

2010-2011

République Tunisienne
Ministère de la Santé Publique
Direction des Soins de Santé de Base
Programme National de Lutte contre
le sida et les MST



RAPPORT D'ACTIVITE SUR LA RIPOSTE AU SIDA- TUNISIE

MARS 2012



ONUSIDA

PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONU DC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

Table des matières

<i>Remerciements</i>	4
<i>Liste des Abréviations</i>	5
1. APERÇU DE LA SITUATION	7
1.1. Degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport	7
1.2. Situation actuelle de l'épidémie	7
1.3. Riposte au plan politique et programmatique	8
1.4. Récapitulatif des indicateurs sous forme de tableau	11
2. APERÇU DE L'EPIDEMIE DE SIDA	33
2.1. Environnement démographique, politique, économique et social	33
2.2. Epidémiologie de l'infection à VIH/sida	36
2.2.1. Données du système de surveillance / cas du VIH notifiés	36
2.2.2. Co-infection VIH-Tuberculose	44
2.2.3. Situation auprès des populations les plus à risque d'exposition au VIH	45
2.2.4. Les estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH en Tunisie	51
2.3. Cas d'infection à VIH enregistrés auprès des étrangers en Tunisie	53
3. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA	54
3.1. Engagement politique et actions au plan national	54
3.1.1. Le plan stratégique	55
3.1.2. Fonds alloués à la lutte contre le VIH/sida	59
3.2. La Prévention	60
3.2.1. Les activités réalisées au cours de la biennie 2010- 2012	60
3.2.2. Les connaissances et les comportements des populations les plus à risque (MSM, UDI, PS) vis-à-vis du risque d'infection par le VIH	63
3.3. Soins, traitement et soutien auprès des PVVIH	67
3.3.1. Thérapie antirétrovirale	67

3.3.2. La prise en charge psychosociale _____	70
4. <i>MEILLEURES PRATIQUES</i> _____	71
4.1. Environnement politique en faveur de la promotion des droits humains: _____	71
4.2. L'Approche participative pour la préparation du PSN 2012-2016 _____	72
4.3. Le renforcement du système communautaire _____	73
4.4. Prévention _____	75
4.5. La prise en charge des PVVIH _____	77
4.6. Lutte contre la discrimination et la stigmatisation _____	79
5. <i>PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES</i> _____	80
5.1. Les progrès réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles dont il fait état dans le Rapport d'activité au niveau national de 2012 _____	80
5.2. Les obstacles ayant entravé la riposte nationale _____	83
5.3. Les mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus _____	86
6. <i>SOUTIEN DES PARTENAIRES DU DEVELOPPEMENT</i> _____	88
7. <i>SUIVI ET EVALUATION</i> _____	89
7.1. Le système actuel de suivi et évaluation _____	89
7.2. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un système de S&E complet _____	90
7.3. Les mesures correctives prévues pour surmonter ces difficultés _____	91
7.4. Le besoin d'assistance technique et de renforcement des capacités _____	92
<i>ANNEXES</i> _____	94
Annexe 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi en vue de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida _____	95
Annexe 2 : NCPI _____	97
<i>Annexe 3 : LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES</i> _____	144

Remerciements

Nos vifs remerciements vont au Programme des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) qui a appuyé techniquement le processus de la rédaction de ce rapport sur la riposte nationale au sida.

Nous remercions les services de référence pour la prise en charge de PVVIH pour leur collaboration et aide dans le processus de la collecte des données.

Nos remerciements aussi pour tous les partenaires OG et ONG qui ont soutenu les consultantes lors de la collecte des données ou de leur validation.

Notre gratitude s'adresse aux membres de l'unité de suivi et évaluation du Fonds Mondial, aux programmes de périnatalité, l'unité d'épidémiologie et la pharmacie de la Direction des Soins de Santé de Base.

Nous remercions aussi les épidémiologistes qui ont assisté les consultantes lors de la validation des indicateurs sur la riposte au sida.

Finalement, nos vifs remerciements pour les consultantes qui ont élaboré ce travail : Dr Amel Noura et Dr Imene Ben Ameer pour leurs efforts et investissement afin de réaliser ce rapport.

Dr Ahmed Maâmouri

Programme National de Lutte contre le sida et les MST

Liste des Abréviations

ARV	Antirétroviraux
AU	Accès Universel
ATIOS	Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le SIDA
ATLMST/sida	Association Tunisienne de Lutte contre les MST et le SIDA
ATLMST/sida-Tunis	Association Tunisienne de Lutte contre les MST et le SIDA - Section de Tunis
ATUPRET	Association Tunisienne de Prévention de la Toxicomanie
ATSR	Association Tunisienne de la Santé de la Reproduction
ARV	Antirétroviraux
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCDAG	Centre de Conseil et de Dépistage Anonyme et Gratuit
CCM	Country Coordinating Mechanism (Instance de coordination pays dans le cadre du Fonds Mondial)
CNLS	Comité National de lutte contre le SIDA
CNTS	Centre National de transfusion sanguine
CRTS	Centre Régional de Transfusion Sanguine
DGS	Direction Générale de la Santé Publique
DGSM	Direction Générale de la Santé Militaire
DMSU	Direction de Médecine Scolaire et Universitaire
DPS	Domaine de prestation de services
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
DT	Dinar Tunisien
FM (GFATM)	Fonds Mondial (Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)
GTS&E	Groupe Technique pour le suivi & évaluation
HSH ou MSM	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IEC	Information, Education et Communication
INS	Institut National des Statistiques
IST	Infections sexuellement transmissibles
MAF	Ministère des Affaires de la Femme
MAR	Ministère des Affaires Religieuses
MAS	Ministère des Affaires Sociales
MDO	Maladies à déclaration obligatoire
MOAN	Moyen Orient et Afrique du Nord
MSP	Ministère de la Santé Publique
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
ONFP	Office National de la Famille et de la Population
OG	Organisation gouvernementale
OMD	Objectifs Millénaires pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONFP	Office National de la famille et de la Population
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PNLS ou PLNS/MST	Programme National de Lutte contre le sida et les Maladies sexuellement transmissibles
PS	Professionnel(le) du Sexe
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la transmission mère – enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RDS	Respondent Driven Sampling : méthode d'échantillonnage

RdR	Réduction des Risques (auprès des UDI)
TLS	Time Location Sampling : méthode d'échantillonnage
TS	Travailleuse de Sexe
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework
UDI	Usagers de Drogues Injectables
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNGASS	Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le sida
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. APERÇU DE LA SITUATION

1.1. Degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport

Le processus de l'élaboration du rapport de situation national sur la riposte nationale au sida en 2012 a débuté par une réunion avec les partenaires tenue le 9 février 2012 à Tunis. Parmi les présents, il y avait des représentants des PVVIH et des populations clés. Au cours de cette réunion, sous l'égide des responsables du PNLIS et avec la participation de l'équipe conjointe des Nations Unies sur le sida, le processus de collecte des données a été convenu:

- Informer les partenaires du contexte et des objectifs de la préparation du rapport ;
- Proposer une feuille de route des activités à effectuer dont:
 - o l'envoi à l'ensemble des partenaires les directives de l'ONUSIDA pour l'élaboration du rapport et l'envoi du dernier rapport UNGASS de la Tunisie et ceci à d'information et pour avoir leur adhésion,
 - o l'envoi par mail de la fiche de l'indice composite pour lecture avant la visite des consultants,
 - o les visites et les contacts avec les consultantes chargées d'appuyer le processus.

Les visites étaient une occasion pour approcher les partenaires et notamment les ONG, d'apercevoir leurs activités, et discuter avec eux certains points utiles à l'élaboration du rapport tels que les capacités de mise en œuvre, leur implication dans la stratégie nationale, les activités de terrain, la participation des populations clés et des PVVIH etc..

Le taux des répondants pour le remplissage de l'indice composite était meilleur auprès des ONG par rapport à celui des OG que les consultants étaient obligés de les recontacter.

Une 2^{ème} réunion a eu lieu le 15 mars pour la présentation du draft du rapport et la discussion des données collectées auprès des partenaires. Les discussions ont abouti dans tous les cas de divergence d'opinions à un consensus.

Le rapport repris et finalisé a été envoyé à l'ensemble des partenaires pour une dernière lecture.

1.2. Situation actuelle de l'épidémie

En Tunisie, l'épidémie de l'infection par le VIH jusque là considérée comme peu active, avec un taux de prévalence inférieure à 0,1% dans la population générale, connaît actuellement une dynamique d'aggravation notamment parmi les groupes à risque.

L'épidémie se transforme progressivement en une épidémie concentrée auprès des populations les plus exposées au risque. Ceci a été notamment mis en évidence à travers les enquêtes bio-comportementales de 2009 et 2011 ont montré que la prévalence du VIH auprès des populations clés est respectivement estimée à 0,43% et 0,61% (2009-2011) pour les travailleuses du sexe clandestines, de 3,1% et 2,4% (2009-2011) pour les usagers de drogues injectables et de 4,9% et 13% (2009-2011) pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et ce dans les sites explorés par les enquêtes.¹

Les zones géographiques les plus touchées sont **le grand Tunis et de la région côtière**².

Ces mêmes conclusions sont aussi avancées à travers les premières estimations données par le MoT-Tunisie (2012), confirmant le nombre élevé de nouvelles infections attendues parmi les populations clés (MARPS), et particulièrement parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes³.

1.3. Riposte au plan politique et programmatique

La Tunisie a réaffirmé, au sein de plusieurs instances internationales et à de nombreuses occasions, son engagement à œuvrer avec la communauté internationale en vue de lutter contre cette maladie et d'en contenir la propagation. Le programme national de lutte contre le Sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles (PNLS/MST ou PNLS) a été mis en place en 1987. Depuis 1992, le PNLS est appuyé par le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) qui est composé de quatre sous comités techniques couvrant les domaines prioritaires de la lutte contre ce fléau (Surveillance épidémiologique du VIH/Sida; information éducation et communication (IEC); Prise en charge médicale et psychologique des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et le sous comité d'Ethique et de législation).

Entre 1987 et 2005, un plan à court terme et cinq autres moyen terme de lutte contre le sida ont été élaborés et mis en œuvre en collaboration avec les partenaires du PNLS.

Avec l'appui des partenaires au développement et particulièrement l'ONUSIDA et l'OMS, le Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le VIH/SIDA et les IST pour la période 2006-2011 a été établi à partir des résultats de l'analyse de la situation réalisées en 2005.

¹ Ministère de La Santé Publique, ATL-MST/SIDA-Tunis, ATUPRET, ATIOS : Enquêtes sérocomportementales auprès des MSM, PS et UDI. 2011

² Ministère de La Santé Publique : PNLS. Plan Stratégique National 2012-2016

³ Ministère de la Santé Publique , ONUSIDA. Modes of Transmission (MoT). Draft du rapport 2012

Le PSN 2006-2011 a fixé des objectifs et des stratégies qui découlent d'un processus participatif et multisectoriel et été adopté par l'ensemble des acteurs (publics, société civile, privé et partenaires). Ce PSN 2006-2011 visait à atteindre les buts et objectifs suivants.

1/ réduire les risques de transmission du VIH et des IST parmi les groupes à comportement à haut risque.

2/ renforcer la prévention de VIH et des IST parmi les groupes vulnérables : 3/ améliorer la qualité de vie des PVVIH et de leurs familles à travers un meilleur accès à une prise en charge globale et adaptée:

3/ mettre en place un système national de suivi/évaluation relatif aux IST et VIH/SIDA à partir de septembre 2007. Le financement d'une partie importante du plan stratégique national (2006-2010) est assuré par le GFATM.

Les principaux acquis de la réponse nationale sont:

- Domaine de la prise en charge des PVVIH : l'introduction et la généralisation des traitements par les antirétroviraux et la réduction de leurs coûts (Accelerated Access Initiative); mesures visant à faciliter l'accès des personnes séropositives aux soins (prise en charge gratuite pour les non assurés sociaux, usage gratuit du transport commun, aides sociales,etc ...) ; l'élargissement de la liste des antirétroviraux disponibles; l'élaboration de recommandations nationales sur la trithérapie antirétrovirale; le suivi biologique des PVVIH avec le renforcement des capacités du laboratoire de microbiologie de référence; la surveillance de la résistance du VIH aux ARV; la création du groupe de soutien des personnes vivant avec le VIH et la reconnaissance statutaire de l'association des PVVIH RAHMA, après la révolution du 14 janvier; la mise en place d'un dispositif national de prise en charge psychosociale des PVVIH avec un accès aux activités génératrices de revenu; L'implication des PVVIH dans la riposte nationale à travers la création d'un groupe de médiateurs socio-sanitaires qui aide à la résolution de certains problèmes liés à l'observance et à la lutte contre la stigmatisation en 2010.
- Domaine de la PTME: La relance de la stratégie nationale pour la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant et la prévision de son intégration au programme national de périnatalité dès l'an 2011.
- Domaine du dépistage: l'actualisation des textes de loi sur le dépistage anonyme et gratuit du VIH, la création et la mise en fonctionnement progressive de plusieurs Centres de Conseil et de Dépistage Anonyme et Gratuit. Une évaluation du fonctionnement et de l'apport de ces CCDAG est en cours.
- VIH et Tuberculose : le dépistage systématique du VIH parmi les patients tuberculeux et prise en charge conjointe des patients.

• Domaine du Suivi et évaluation: la mise en place d'un plan stratégique national du suivi et d'évaluation de la riposte aux IST/VIH/sida incluant un nombre assez large d'indicateurs répondant aux engagements nationaux et internationaux (UNGASS, OMD ...) et la création d'une unité technique de suivi et évaluation au sein du PNLIS ; la réalisation des enquêtes sérocomportementale auprès des populations clés en 2009 et en 2011.

➤ Autres domaines :

- La sécurité transfusionnelle est assurée depuis 1987 avec la gratuité des analyses de laboratoire et le traitement des donneurs dépistés séropositifs au VIH.
- Actions de formation du personnel de la santé aux accidents exposant au sang et élaboration d'un protocole de prise en charge des AES.
- Renforcement des capacités de la société civile avec l'implication des représentants des populations clés et des PVVIH dans les actions de planification, gestion et mise en œuvre.
- l'application de nouvelles mesures législatives pour rendre le préservatif plus accessible,
- l'élaboration d'une stratégie Réduction des risques auprès des UDI avec l'appui de l'ONUSIDA

Au cours de l'année 2011, le nouveau Plan Stratégique National de Lutte contre l'infection à VIH/sida et les IST 2012-2016 (PSN 2012-2016) a été élaboré à la suite d'une analyse de la situation globale du VIH avec l'appui de l'ONUSIDA, celui de l'équipe conjointe des Nations Unies sur le sida et avec la participation de l'ensemble des partenaires concernés par la lutte contre les IST et les infections par le VIH.

Le PSN 2012-2016 cible particulièrement les populations les plus à risque ainsi que les personnes vivant avec le VIH et vise à atteindre les buts et objectifs suivants :

- **Axe stratégique 1** : Réduction des nouvelles infections au VIH/sida par l'amélioration de l'Accès Universel à la prévention chez les populations vulnérables, et en particulier celles ayant des comportements à risque (MARPS). La réduction des nouvelles infections se basera sur les notions de «prévention positive» et de « prévention combinée ».
- **Axe stratégique 2** : Réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/sida par l'amélioration de l'Accès Universel au traitement, aux soins et au soutien des personnes vivant avec le VIH et de leur entourage affecté.

- **Axe stratégique 3** : Réforme du cadre juridique et promotion des droits humains pour la garantie de la dignité de la personne et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida.
- **Axe stratégique 4** : Mise en place de mécanismes efficaces et durables pour la riposte à l'infection par le VIH/sida (leadership, partenariat, renforcement des systèmes communautaires, assurance qualité suivi-évaluation).

Les principaux enjeux de la mise en œuvre:

La Tunisie a connu une période d'instabilité à la suite de la révolution (14 janvier 2011) essentiellement motivée par la dégradation des conditions de vie d'une grande majorité de la population notamment parmi la jeunesse. Ce contexte politique, social et économique risque de retarder ou entraver la mise en œuvre des actions programmées notamment celles visant les populations les plus à risque. Les défis sont :

- Ralentir l'évolution de l'épidémie qui est devenue concentrée et risque fort de s'étendre notamment parmi les populations les plus à risque (HSH, UDI) en l'absence d'un cadre national d'intervention efficace.
- Maintien des acquis et particulièrement de l'engagement politique dans le nouveau contexte social.
- La pérennité de financement de la riposte pour continuer à appuyer et à renforcer les efforts entrepris dans ce cadre de la part de certains partenaires.
- Le renforcement du Comité National de Lutte contre le Sida, pour assurer la coordination de la réponse et du TFM et le suivi et évaluation de toutes les interventions.
- L'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'efficacité des services pour les PVVIH avec la mise en œuvre de mécanismes de lutte contre la stigmatisation.
- Développer une stratégie efficace de dépistage des cas méconnus.
- Améliorer l'accès et la couverture nationale des populations les plus exposées au risque aux interventions de prévention combinée selon les besoins et les zones géographiques.
- L'adhésion des prestataires de santé à la politique nationale de PTME.

1.4. Récapitulatif des indicateurs sous forme de tableau

1-a- Objectif 1 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle

Récapitulatif des indicateurs GARPR et AU (2012)

Objectif 1 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle

Population générale

N°	Indicateurs clés	Valeurs par période		Sources et commentaires
		2008-2009	2010 -2011	
1.1 OMD	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH	7,7 % Garçons: 4,9% filles : 11,4 % 15-19 ans : 5,7% 20-25 ans : 8,6%	Enquête en cours	- Une enquête nationale représentative de l'ensemble des jeunes 15-25 ans en cours - Enquête de 2009 est nationale auprès de 1200 jeunes non scolarisé de 15-24 ans (échantillon représentatif)
1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	3,75%	Enquête en cours	
1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	23,3% Homme : 37,2% Femme : 4,5%	Non disponible	- 2009 : Enquête nationale comportementales auprès des jeunes non scolarisés de 15-24 ans
1.4 OMD	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	28,3%	Non disponible	- Pas de données disponibles pour l'ensemble de la population

1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	1,9 % hommes :2,6% femmes : 1,0%	Non disponible	
1.6 OMD	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH	Indicateur non pertinent pour la Tunisie		Le dépistage n'est pas proposé systématiquement aux femmes enceintes en consultation prénatale (épidémie concentrée)

Professionnelles du sexe

N°	Indicateurs clés	Valeurs par période				Sources et commentaries
		Enquête-2009		Enquête 2011		
1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	<25ans	≥25ans	<25ans	≥25ans	Enquêtes sérocomportementales auprès des Professionnelles du sexe en 2009 et en 2011
		36/125 28,8%	232/575 40,35%	24,3% 87/ 358	29,7% 187/630	
		38,2% (N= 700)		27,73% 274 / 988		
1.8	Pourcentage de professionnelles du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	51,6%		Femmes <25ans	Femmes ≥25ans	Enquêtes comportementales auprès des Professionnelles du sexe en 2009 et 2011. La réponse correspond à la question à propos de l'usage du préservatif lors du dernier rapport payant avec un client occasionnel.
				58,7% 192/327	52,5% 291/554	
				54,8% 483 /881		

1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	<25ans	≥25ans	<25ans	≥25ans	Enquêtes de séroprévalence et comportementales auprès des PS en 2009 et 2011,
		20/158 12,7%	36/239 15,1%	11,2% 40/358	14,6% 92/630	
		56/397 (14,1%)		13,4% 132 /988		
1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	< 25 ans	≥ 25 ans	< 25 ans	≥ 25 ans	Enquêtes de séroprévalence et comportementales auprès des PS en 2009 et 2011
		1/576 (0,17%)	2/127 (1,57%)	0,56 % 2/ 358	0,63% 4/630	
		3/703 (0,43%)		0.61% 6/ 988		

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

N°	Indicateurs clés	Valeurs par période				Sources et commentaires
		Enquête 2009		Enquête 2011		
1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	<25ans	≥25ans	<25ans	≥25ans	Enquêtes de séroprévalence et comportementales auprès des HSH en 2009 et 2011
		365/684 53,4%	257/487 52,7%	42,5% 190/447	37% 205/554	
		622/1171(53,1%)		39,46 % 395/ 1001		
1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	40%		<25ans	≥25ans	Enquêtes de séroprévalence et comportementales auprès des HSH en 2009 et 2011
		- 36.2% (299/826) avec un partenaire non prostitué		32 ,3% 144/447	27 % 149/553	
		- 45.8% (260/568) avec un prostitué		29,3% 293/ 1000		
1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	<25ans	≥25ans	<25ans	≥25ans	Enquêtes de séroprévalence et comportementales auprès des HSH en 2009 et 2011
		108/685 15,8 %	106/493 21,5%	13,1% 53/407	16,7% 82/490	
		214/1178 (18,2%)		15,1% 135 / 897		

1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	4,9% (57/1178)	<25ans	≥25ans	Enquêtes de séroprévalence auprès des HSH 2009 et 2011. La méthodologie de l'enquête 2011 est type RDS et donne des proportions pondérées aux réseaux des HSH. Cette séroprévalence varie selon les régions : 16.0% à Tunis, 15.0% à Sousse, 14.3% à Nabeul, 7.80% à Bizerte, 0.7% à Sfax et nulle à Tozeur
			9,84%	10,28%	
			44/447 (Pondérée :11,7%)	57/554 (Pondéré : 14,1%)	
			10,1%		
			101/1001		
			La séroprévalence globale pondérée à la taille des sous populations HSH serait de : 13.0%		

Dépistage et conseil (AU)

		Valeurs par période	Sources et commentaires
N°	Indicateurs clés	2011	
1.15 AU	Établissements de santé où le dépistage du VIH et les services de conseil sont disponibles	80/ 2591 = 3,08%	<p>Sources : INS / MSP / direction des Laboratoires /PNLS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Numérateur est composé de :19 Centres de Conseil et de Dépistage Anonyme et Gratuit, en plus de 21 Centres Hospitalo-universitaires et 40 hôpitaux régionaux qui disposent de banques de sang offrant la possibilité du test VIH. - Le dénominateur inclut en plus : 2088 Centres de Soins de Santé de Base, 174 hôpitaux et 104 cliniques privées, 293 labo privés en plus de 26 centres de transfusion sanguine

N°	Indicateurs clés	2009	2010		2011		Sources et commentaires
			M	F	M	F	
1.16 AU	Dépistage du VIH et Conseil parmi les femmes et les hommes âgés de 15 ans et plus	13915 (rapport de la DSSB : CCDAG et structures sanitaires qui s'alignent aux stratégies de prévention du VIH)	63,5%	36,5%	56,3%	43,7%	Source : les rapports d'activités des CCDAG effectuant les activités de dépistage anonyme et gratuit
			7286	4168	4825	3748	
				dont 282 femmes enceintes		dont 567 femmes enceintes	
			11454 dont 23 positifs Taux de positivité : 0,20%	8573 dont 23 positifs Taux de positivité : 0,28%			

Infections sexuellement Transmises (IST) (AU)

N°	Indicateurs clés	Valeur 2011	Sources et commentaires
1.17 F1 AU	Infections sexuellement transmises (IST)	Non pertinent	La prévalence de la syphilis est faible en Tunisie. Les cas dépistés sont des formes sérologiques. Le nombre total des cas déclarés (syphilis sérologiques) chez la population générale est de 27 cas en 2010 et de 11 cas en 2011. L'examen n'est pas pas systématique chez la femme enceinte vue la faible prévalence
1.17 F 2 AU	Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals et qui sont séropositives à la syphilis	Non disponible	
1.17 F3	Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals, séropositives à la syphilis et qui ont reçu un traitement	Non disponible	
1.17 F4	Pourcentage de professionne(le)s du sexe qui sont affecté(e)s par la syphilis active	Non disponible	
1.17 F5	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui sont affectés par la syphilis active	Non disponible	

Objectif 2.**D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables**

N°	Indicateurs clés	Valeurs par période		Sources et commentaires	
		2009	2011		
2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	12458	15,2 seringues par UDI par an (137.000 seringues distribuées gratuitement pour 9000 UDI)	Numérateur : données collectées auprès des ONG et auprès le programme du Fonds Mondial Dénominateur : estimation à partir des cartographies des UDI	
2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	35% - 34,0% lors du dernier rapport sexuel non payant -36,8% dernier rapport sexuel payant	<25ans	≥25ans	Enquêtes sérocomportementales auprès des UDI en 2009 et en 2011
			32 % 55/172	15,7 % 95/ 605	
			19,3 % 150/ 777		
2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	78,3%	<25ans	≥25ans	Enquêtes sérocomportementales auprès des UDI 2009 – 2011
			90,5% 162/ 179	87% 546/ 628	
			87,7% 708 / 807		

2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	H	F	<25	≥25	<25ans	≥25ans	Enquêtes sérocomportementales auprès des UDI 2009 – 2011
		21,7 %	12,7%	8,3%	25,3%	31/ 179 17,4%	126/ 628 20,1%	
		20,8% 148/ 711				19,5% 157/ 807		
2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	M	F		<25ans	≥25ans	Selon l'Enquête de séroprévalence 2011 : les proportions ont été pondérées sur les tailles des sous populations enquêtés	
		21/648 3,2%	1/65 1,5%		0,56 % 1/179 (proportion pondérée : 0,56%)	3,66 % 23/628 (proportion pondérée: 3,7%)		
		22/713 (3,1%)				2, 9% 24/807 (proportion pondérée : 2,42 %)		
2.6 AU	Personnes bénéficiant de traitement de substitution aux opiacés	-				Non pertinent		Le traitement de substitution aux opiacés (méthadone) n'a pas été introduit en Tunisie
2.7 AU	Nombre de sites ciblés où des programmes d'aiguilles et de seringues sont menés	1				3		Pas de PAS (Programme aiguilles et seringues) en Tunisie : que des initiatives de la part des 3 ONG essentiellement financées dans le cadre du projet du GFATM

Objectif 3.

D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida

N°	Indicateurs clés	Valeurs par période			Sources et commentaires
		2008-2009	2010	2011	
3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	2008 : 0/18 (0%) 2009 : 3/18 (16,7%)	12,5% 7/ 56	13,8% 9/ 65	- Numérateur : Services hospitaliers des 4 sites de prise en charge /Données du programme - Dénominateur : estimation à partir du SPECTRUM
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie		8,2% 5/ 56	7,7% 5 / 65	Source : Services hospitaliers des 4 sites de prise en charge Pour l'estimation des femmes enceintes à partir du SPECTRUM.
3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	20%		20% 13 / 65	EPP/Spectrum

N°	Indicateurs clés	Valeurs par période		Sources et commentaires
		2010	2011	
3.4 AU	Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu les résultats : au cours de leur grossesse, durant le travail et l'accouchement, et pendant la période post- partum (≤ 72 heures) - y compris celles dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était déjà connu		0,3% 575/ 194.701	Les rapports des CCDAG et des maternités
3.5 AU	Pourcentage de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals, dont le partenaire masculin a été dépisté pour le VIH		Non disponible	
3.6 AU	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évalué selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4)		12,3% 8/65	Numérateur : services de prise en charge des PVVIH Dénominateur : Spectrum
3.7 AU	Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) dans les six premières semaines de vie	8,2% 5/ 56	7,7% 5/ 65	Numérateur : à partir des registres des services de prise en charge Dénominateur : SPECTRUM
3.8 AU	Nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, recevant des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période de l'allaitement au sein		Non disponible	
3.9 AU	Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par Cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance		0	La prophylaxie par le CTX n'est pas systématique pour les nouveaux nés

3.10 AU	Distribution des pratiques d'alimentation à l'âge de 3 mois (allaitement au sein exclusif, de substitution, mixte/autre) pour les enfants nés de femmes séropositives au VIH, à la visite DTC3		Non disponible	
3.11 AU	Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals au moins une fois durant la période couverte par les données	149.859	Non disponible	Données à partir des registres du programme de périnatalité de la DSSB
3.12 AU 2011 #I2a	<i>Établissements de santé</i> Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals		2071	Données à partir des registres du programme de périnatalité de la DSSB
3.12 AU 2011 #I2b	Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et aussi des services de dépistage et de conseil pour les femmes enceintes		4	Les 4 établissements sont des services hospitalo-universitaires de 3 ^{ème} ligne.
3.12. AU 2011 #I2C	Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et qui dispensent également le dépistage du VIH ET les antirétroviraux pour la PTME sur place		4	Les 4 établissements sont des services hospitalo-universitaires de 3 ^{ème} ligne. Pas de dépistage systématique du VIH chez les femmes enceintes en Tunisie.
3.12 I2D	Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et assurant aussi la surveillance des CD4 pour les femmes enceintes sur place ou qui disposent d'un système de collecte et de transport des échantillons de sang pour la surveillance des CD4 pour les femmes enceintes		4	Dont ¾ sur place

3.12 AU 2011 #13	Nombre d'établissements de santé qui dispensent la thérapie antirétrovirale pédiatrique		4	Les services de prise en charge des PVVIH disposent de la thérapie antirétrovirale pédiatrique
3.12 AU 2011 #14	Pourcentage d'établissements de santé qui dispensent des services de tests virologiques (ex. PCR) pour le diagnostic du VIH chez les nourrissons, sur place ou à partir de sang séché sur papier buvard		4	

N°	Indicateurs clés	2009				2011					Commentaires
4.1 AU G2b	Nombre d'adultes et d'enfants éligibles, ayant nouvellement débuté un traitement antirétroviral durant la période couverte par les données					<15 ans			≥ 15 ans		Registre des pharmacies des services de maladies infectieuses.
						<1	1-4	>5	M	F	
						0	2	1	29	13	
						3			45		
						48					
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	< 15 ans	≥ 15 ans	< 15 ans	≥ 15 ans	<15 ans			≥ 15 ans		Registres des pharmacies des services de maladies infectieuses. Les 2 patients sont décédés)
		5/5	124/129	9/9	136/142	<1	1-4	>5	M	F	
		100 %	96,1%	100%	95,8%	0	2/2	1/1	32/34	13/13	
						100% 3/3			95,7% 45/47		
		96,3%129/134				96,0% 145/151				96% 48/50	

N°	Indicateurs clés	2011					Commentaires
4.2. b AU G3b	Traitement contre le VIH : Rétention à 24 mois ; 24 mois après le début du traitement parmi les patients ayant débuté le traitement antirétroviral en 2009,	<15 ans		≥ 15 ans			Registres des pharmacies des services de maladies infectieuses
<1	1-4	>5	M		F		
-	0	1/1	97% 33/34		79% 15/19		
100% 1/1		90% 48/ 53					
90,7% 49/54							
4.2C AU	Traitement contre le VIH : Rétention à 60 mois : 60 mois après le début du traitement parmi les patients ayant débuté le traitement antirétroviral en 2006	<15 ans		≥ 15 ans			Registres des pharmacies des services de maladies infectieuses.
<1	1-4	>5	M		F		
-	0	2/2	47,3% 11/23		80% 12/15		
100% 2/2		60% 23/38					
62,5% 25/40							

N°	Indicateurs clés	Valeurs	Sources et commentaires
4.3 AU G1	Établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux	4	La capacité des établissements de santé à dispenser des antirétroviraux, exprimée en pourcentage des établissements de santé qui dispensent des antirétroviraux (les prescrivent et/assurent le suivi clinique).
4.4 AU H1	Pourcentage des établissements de santé délivrant des antirétroviraux et ayant connu une rupture de stocks pour au moins un antirétroviral dans les 12 derniers mois (AU)	1/ 4	Services de prise en charge (généralement le Combivir)
4.6 AU D1	Pourcentage d'adultes et d'enfants pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH, répondant aux critères d'accès (selon les recommandations nationales) à la prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) et recevant cette prophylaxie actuellement	100%	Selon les données des services de maladies infectieuses

Objectif 5.D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la **tuberculose** chez les personnes vivant avec le VIH

N°	Indicateurs clés	Valeurs par période								Sources et commentaires	
		2008	2009				2010		2011		
5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	(5/20) 22,7%	H	F	<15	≥15	H	F	H	F	Sources : - Système de Déclaration obligatoire - données des services de référence - Estimation de l'incidence de Tuberculose parmi les PVVIH par SPECTRUM (8%)
			7/13	4/7	0/1	11/19					
			53,8%	57,1%	0%	57,9%			14	8	
			11/ 20		11/20		11,7% 11/ 94		24,7% 22 / 89		

N°	Indicateurs clés	2010	2011	Sources et commentaires
5.2 AU E1	Nombre d'établissements de santé (dispensant des traitements antirétroviraux) qui respectent des pratiques attestées de lutte contre l'infection, notamment de lutte antituberculeuse	0/4	0 / 4	
5.3 AU E3	Pourcentage d'adultes et d'enfants récemment pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH et ayant débuté une thérapie contre la tuberculose latente (thérapie préventive par isoniazide)	70% 46/65	52% 38/73	Prophylaxie par INH n'est pas systématique
5.4 AU E4	Pourcentage d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH, dépistés pour la tuberculose à leur dernière visite		Non disponible	

Objectif 6.

Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

N°	Indicateurs clés	Valeurs par période				Sources et commentaires
		2008	2009	2010	2011	
6.1	Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement	752850 \$	803040 \$	3.038.500 \$	2.742.549\$	Sources : Unité de gestion du Fonds Mondial et MSP (DSSB/PNLS). Indicateur pertinent mais le niveau de détail demandé pour l'établissement n'est pas disponible en raison de l'absence de comptabilité analytique au niveau des partenaires concernés par la lutte contre le VIH/sida. Les dépenses considérées dans ce rapport ne concernent que les dépenses étatiques individualisées pour le VIH/sida et les dépenses dans le cadre du projet Fonds Mondial

Objectif 7.

Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement

N°	Indicateurs clés	2011	Sources et commentaires
7.1	Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation) (AU) Partie A		Voir Annexe
7.2	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	16,2% 627/ 3873	Enquête nationale sur la violence à l'égard des femmes réalisée par l'ONFP.
7.3 OMD	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*	Non pertinent	Indicateur non retenu en Tunisie vue la faible prévalence de l'infection à VIH . La scolarisation est en principe obligatoire par la réglementation jusqu'à la neuvième année de l'enseignement de base.

7.4	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	91% 184 220 /202.000	Source : Ministère des Affaires sociales (MAS) et INS (Institut National de Statistiques) Le nombre des ménages les plus pauvres (202.000) correspond à un taux de pauvreté de 11,3%. Le soutien externe peut être sous forme de Primes fixes, d'Aides ponctuelles ou encore la gratuité des soins
-----	---	----------------------------	--

2. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

2.1. Environnement démographique, politique, économique et social

Environnement politique

En décembre 2010, une violente crise sociale s'est déclenchée et un mouvement de contestation, dont les revendications sont à la fois sociales et politiques, s'est étendu à l'ensemble du pays. Ces événements politiques particuliers liés à la mauvaise gouvernance, l'injustice sociale, au déséquilibre régional et au chômage des jeunes, notamment les diplômés, se sont transformés en une révolution qui a entraîné une mobilisation spectaculaire et inattendue de la population tunisienne contre le pouvoir de Ben Ali et a provoqué sa fuite ainsi que celle de ses proches et alliés le 14 janvier 2011. La chute de ce régime a ouvert, après une période d'incertitude, de violence et de paralysie de l'appareil d'Etat, la voie à l'instauration de la démocratie, de la consécration des Droits de l'Homme et de la bonne gouvernance.

Il est évident que ces événements ont eu un impact sur le système de santé vu que l'administration et les unités de gestion des institutions sanitaires étaient quasiment paralysées pendant une bonne période de l'année de 2011. Cette situation s'est répercutée négativement sur la performance du système de la santé en matière de volume et de qualité de prestations d'une part et a provoqué de sérieuses préoccupations sur son financement.

Situation économique

L'économie tunisienne a connu en 2011 une crise sans précédent, des mouvements sociaux qui ont freiné toute tentative de relance et du fait du ralentissement des principaux moteurs de l'économie à savoir la consommation des ménages, le tourisme et l'exportation. Parallèlement, des facteurs exogènes tels que la survenue de la crise libyenne et celle de l'Europe ont aggravé ce ralentissement. L'impact de cette situation s'est traduit par un taux de croissance de l'ordre de 0% en 2011 contre 3,7% en 2010. La mauvaise conjoncture internationale (particulièrement en Europe) et l'instabilité de toute la région ne permettent pas d'envisager une reprise imminente de la croissance. L'objectif d'une croissance de 4,5 % en 2012 sur lequel s'est basé le budget de l'Etat semble hors de portée. Les prévisions de la

Banque Mondiale évoquant un taux de croissance de 2,5 % seulement pour 2012 semblent être plus réalistes. Aussi, la Tunisie connaît aujourd'hui un ralentissement de son activité économique qui tend à se généraliser et une dépréciation du Dinar Tunisien par rapport aux monnaies échangées. La reprise sera lente et inégale en raison de la situation assez fragile. De ce fait, la Tunisie a été déclassée de huit places dans le rapport du Forum Economique Mondial (WEF) de Davos de 2012, sur la compétitivité mondiale.

Le chômage :

En 2011, la population active (en âge de travailler, qui travaille ou souhaite travailler) est estimée à 3909 mille personnes, dont 27,3% sont des femmes. Le taux de chômage en Tunisie s'est élevé à 18,9%, entre le 2ème et le 4ème trimestre 2011, période au cours de laquelle le nombre de chômeurs a progressé à 738,4 mille personnes, selon les résultats de l'enquête nationale sur l'emploi, publiés par l'Institut National de la Statistique (INS). 72,1% de l'ensemble de chômeurs sont des jeunes, dont l'âge ne dépasse pas 30 ans.

Face à la crise, les autorités ont réagi avec prudence et modération. Les orientations des réformes sur le plan socio-économique sont :

- . L'emploi des jeunes et particulièrement les diplômés ;
- . Le développement régional équilibré ;
- . Les réformes structurelles au niveau administratif ;
- . Les réformes au niveau des secteurs économiques : agriculture, industrie et exportations ;
- . La réforme de l'éducation, de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Situation socio démographique

Selon les données les plus récents de l'institut national des statistiques (INS) :

- . La population tunisienne est estimée au 1 juillet 2011 à 10.673.800 habitants dont 62,5% sont installées dans les zones urbaines.
- . En 2009, le Taux d'accroissement naturel de la population était de 1,20 % ; l'Indice Synthétique de fécondité (ISF) de 2,05 et l'Espérance de vie à la naissance de 74,5 ans.
- . Concernant le niveau éducatif, 12% de la population ont un niveau supérieur, au moins une année de réussite à l'enseignement supérieur, contre 7,9% en 2004. De même, le niveau

secondaire a observé un progrès continu. Ainsi, le taux d'analphabétisme a régressé à 18,6% en 2009 contre 20,6% en 2007.

La croissance de l'économie au cours des deux dernières décennies s'est accompagnée de progrès en matière d'espérance de vie, de la place des femmes dans la société, ou encore des infrastructures de santé et d'éducation ce qui a rendu possible une remarquable amélioration des indicateurs sociaux et un déclin du taux de pauvreté de 30% en 1960 à 4% en 2010 (ce chiffre est contesté par certains responsables qui pensent qu'il est largement sous-estimé).

La composante genre

Concernant l'égalité des sexes, le pays se situe en première position de la zone MOAN. Cette situation est la résultante du fait que le principe de l'égalité entre l'homme et la femme a été expressément garanti par la constitution tunisienne dès 1959 et par un arsenal de textes législatifs. Le Code du Statut Personnel (promulgué le 13 août 1956) a aboli la polygamie, institué le divorce judiciaire, fixé l'âge minimum au mariage à 17 ans pour la fille sous réserve de son consentement et a attribué à la mère, en cas de décès du père, le droit de tutelle sur ses enfants mineurs. Par ailleurs, la législation tunisienne permet, sous réserve du consentement du père, à la mère tunisienne mariée à un non Tunisien d'accorder sa propre nationalité à son enfant. Elle lutte également contre la violence conjugale en renforçant les sanctions encourues et en considérant les liens matrimoniaux comme des circonstances aggravantes.

La population active féminine constitue en 2011 27,3% de l'ensemble de la population active tunisienne contre 24,5% en 2009..

En matière de scolarisation des filles, les indicateurs d'accès et de survie scolaire avancés par l'UNICEF montre qu'il y a une réelle parité entre les 2 sexes : Taux net de scolarisation dans le primaire (2005-2009) des filles : 98% ;

Dans le domaine de la santé, tous les programmes et projets de santé veillent au respect de l'approche genre qui représente un choix politique fondamental pour le projet de société tunisien. Cette volonté se traduit par des indicateurs de santé qui ne présentent aucun

désavantage pour la femme (Espérance de vie, prévalence et incidence des principales pathologies).

2.2. Epidémiologie de l'infection à VIH/sida

En Tunisie, l'épidémie de l'infection par le VIH jusque là considérée comme peu active, avec un taux de prévalence inférieur à 0,1% dans la population générale, connaît actuellement une dynamique d'aggravation notamment parmi les groupes à risque.

En fait, les enquêtes bio-comportementales de 2009 et 2011 ont montré que la prévalence du VIH les populations clés est respectivement estimée à 0,43% et 0,61% (2009-2011) pour les travailleuses du sexe clandestines⁴⁻⁵, de 3,1% et 2,4% (2009-2011) pour les usagers de drogues injectables ⁶⁻⁷ et de 4,9% et 13% (2009-2011) pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ⁸⁻⁹, et ce dans les sites explorés par les enquêtes .

Cette situation en Tunisie est inédite et préoccupante, reflète une **transition vers une épidémie qui se concentre doublement sur les populations les plus exposées au risque et dans les zones géographiques du grand Tunis et de la région côtière**¹⁰. Les premières estimations données par le MoT-Tunisie (2012), confirment également le nombre élevé de nouvelles infections attendues parmi les populations clés (MARPS), et particulièrement parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ¹¹

2.2.1. Données du système de surveillance / cas du VIH notifiés

En Tunisie, les données relatives à la situation épidémiologique proviennent, entre autres, à partir du système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, des rapports des

⁴ DSSB, ATUPRET, OMS/ONUSIDA. Enquête sérocomportementale du VIH et des Hépatites virales B et C chez les travailleuses du sexe clandestines. Rapport de l'enquête, Tunis, 2009.

⁵ DSSB, ATUPRET, OMS/ONUSIDA. Enquête sérocomportementale du VIH auprès des travailleuses du sexe clandestines. Rapport de l'enquête, Tunis, 2011.

⁶ DSSB, ATIOS, OMS/ONUSIDA. Enquête sérocomportementale du VIH et des Hépatites virales B et C chez les usagers de drogues injectables. Rapport de l'enquête, Tunis, 2009.

⁷ DSSB, ATIOS, OMS/ONUSIDA. Enquête sérocomportementale du VIH auprès des usagers de drogues injectables. Rapport de l'enquête, Tunis, 2011.

⁸ DSSB, ATL MST/SIDA SECTION DE TUNIS, ONUSIDA. Enquête sérocomportementale du VIH et des Hépatites virales B et C chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. Rapport de l'enquête, Tunis, 2009.

⁹ DSSB, ATL MST/SIDA SECTION DE TUNIS, ONUSIDA. Enquête sérocomportementale du VIH auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. Rapport de l'enquête, Tunis, 2011.

¹⁰ Ministère de la Santé Publique - Tunisie. Plan stratégique national 2012-2016.

¹¹ Ministère de la Santé Publique – Tunisie, ONUSIDA : Modes of Transmission rapport 2012 - *Draft*

services de prise en charge des PVVIH et ceux du laboratoire de référence qui centralise au niveau national, la confirmation de l'infection par le VIH par Western Blot. Selon ce système, la situation épidémiologique semble stable. Ce système est jugé sensible et spécifique permettant la notification de la quasi-totalité des cas dépistés en Tunisie. Cependant, ce système fournit un taux de prévalence national des cas connus et déclarés mais il ne permet pas de connaître l'incidence c'est-à-dire le niveau du risque réel de transmission de l'infection au sein de la population.

2.2.1.1. L'incidence notifiée de l'infection à VIH/sida en 2010-2011

Le nombre de nouveaux cas déclarés et notifiés d'infection par le VIH/sida est de 65 en 2010 et de 73 en 2011. Le taux d'incidence déclarée de l'infection à VIH/sida est alors de l'ordre de 0,61/100000 en 2010 et de 0,68/100000 en 2011.

La répartition des cas déclarés en fonction de l'âge et du sexe notifie que:

- Le nombre d'enfants âgés de moins de 15 ans est de 5 en 2010 et de 1 en 2011,
- Le sexe ratio est de 1,10 en 2010 et 1,61 en 2011.

Parmi les nouveaux cas, 44,6 % en 2010 et 30,1 % en 2011 étaient dépistés au stade de la maladie sida.

Parmi les PVVIH, 18 décès sont enregistrés en 2010 et 26 décès en 2011.

Tableau 1: L'incidence notifiée de l'infection VIH/sida en fonction de l'âge et du sexe en 2010 et en 2011

	2010			2011		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Taux d'incidence	0,61/100000 habitants			0,68/100000 habitants		
Sexe ratio	1,10			1,61		
Total	34	31	65 (100%)	45	28	73 (100%)
0-4	2	1	3 (4,6%)	0	0	0
5-9	0	1	1 (1,5%)	0	1	1 (1,4%)
10-14	0	1	1 (1,5%)	0	0	0
15-19	1	0	1 (1,5%)	0	0	0
20-24	3	1	4 (6,1%)	6	1	7 (9,6%)

25-29	4	4	8 (12,3%)	4	6	10 (13,7%)
30-34	3	5	8 (12,3%)	4	4	8 (11,0%)
35-39	1	3	4 (6,1%)	9	0	9 (12,3%)
40-44	3	6	9 (13,8%)	6	2	8 (11,0)
45-49	7	2	9 (13,8%)	5	2	7 (9,6%)
50-54	2	2	4 (6,1%)	2	5	7 (9,6%)
55-59	1	1	2 (3,1%)	0	0	0
60 et plus	1	0	1 (1,5%)	2	0	2 (2,7%)
Age non précisé	6	4	10 (15,4)	7	7	14 (19,2%)

Source : MSP/ DSSB /PNLS (Base des données, mars 2012)

Selon les données du Centre National de la Transfusion Sanguine, le pourcentage de séropositivité parmi les donneurs du sang (**âgés de 18-50 ans**) est de 0,012 / 1000 (8 positifs pour le VIH parmi 66100 poches testées) en 2010 et de 0,074 / 1000 (5/ 67102 poches testées).

2.2.1.2. Evolution de la situation épidémiologique depuis le début de l'épidémie

a- Cumul des cas VIH/Sida notifiés depuis le début de l'épidémie :

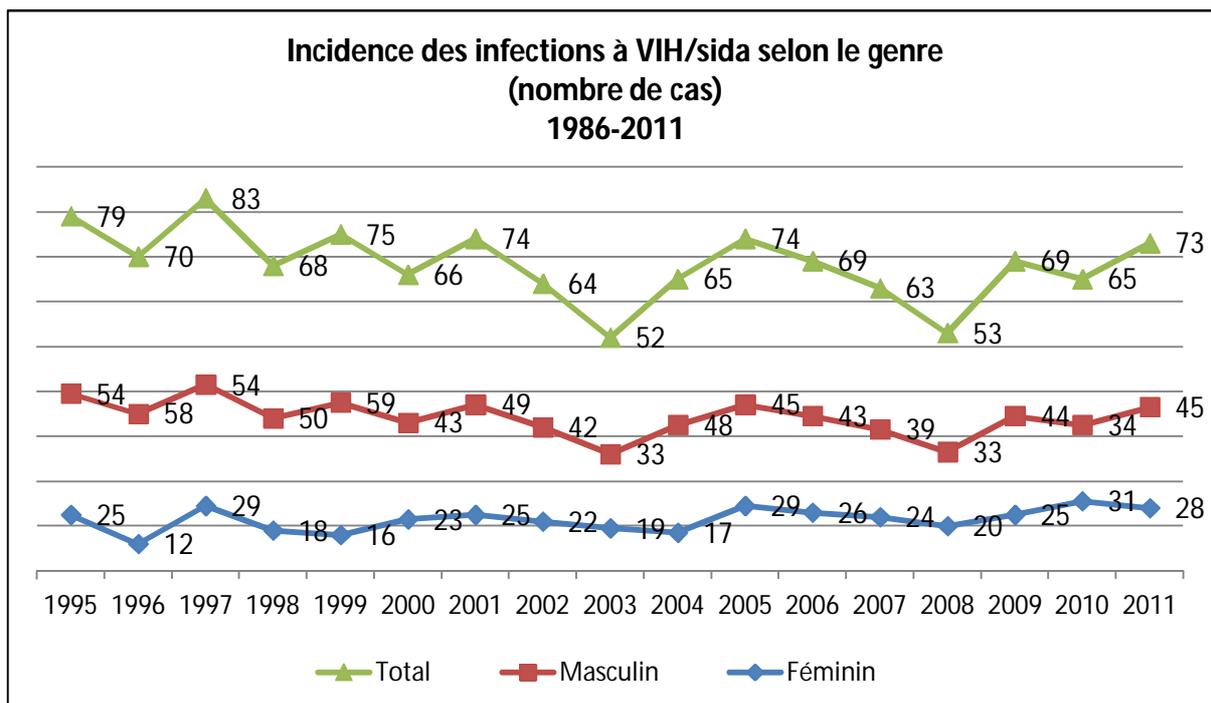
Depuis décembre 1985, date à laquelle le premier cas d'infection à VIH a été notifié et jusqu'au 31 décembre 2011, parmi les citoyens tunisiens, 1706 cas ont été enregistrés dont :

- 1595 adultes de plus de 15 ans (468 femmes et 1127 hommes)
- et 111 enfants de moins de 15 ans dont 79 cas, ont été contaminés à travers leurs mères, à raison d'une moyenne de 4 nouveaux cas par an, les dernières années ; les autres enfants ont été contaminés à travers le sang et ses dérivés avant 1987.
- Parmi les 1706 cas enregistrés, 982 cas sont atteints le stade sida dont 540 sont décédés.

Le nombre des personnes vivant avec le VIH, fin de l'année 2011 est alors de 1166 cas, soit une proportion de prévalence déclarée de 1,09 cas/10 000 habitants.

Le nombre de nouveaux cas par an, chez les nationaux résidents est relativement stable depuis plus d'une dizaine d'années, en moyenne égal à 67.

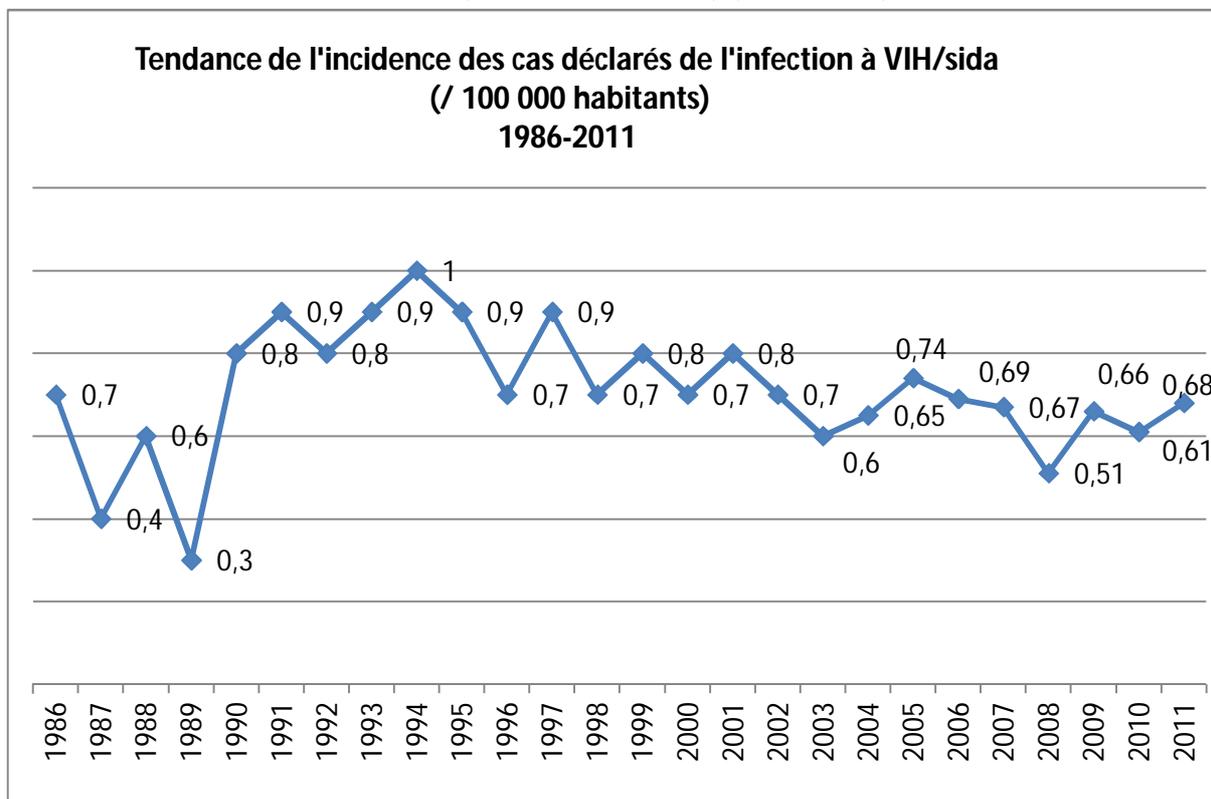
Figure 1: Nombre de cas déclarés de l'infection à VIH/Sida chez les Tunisiens (1995-2011)



Source : MSP/ DSSB /PNLS (Base des données, mars 2012)

Le taux d'incidence annuelle est toujours inférieur à 1 pour cent mille et varie selon les années entre 0.52 et 1 / 100 mille habitants.

Figure 2: Tendance de l'incidence des cas déclarés de l'infection à VIH/Sida chez les Tunisiens (/100 000 habitants) (1986-2011)



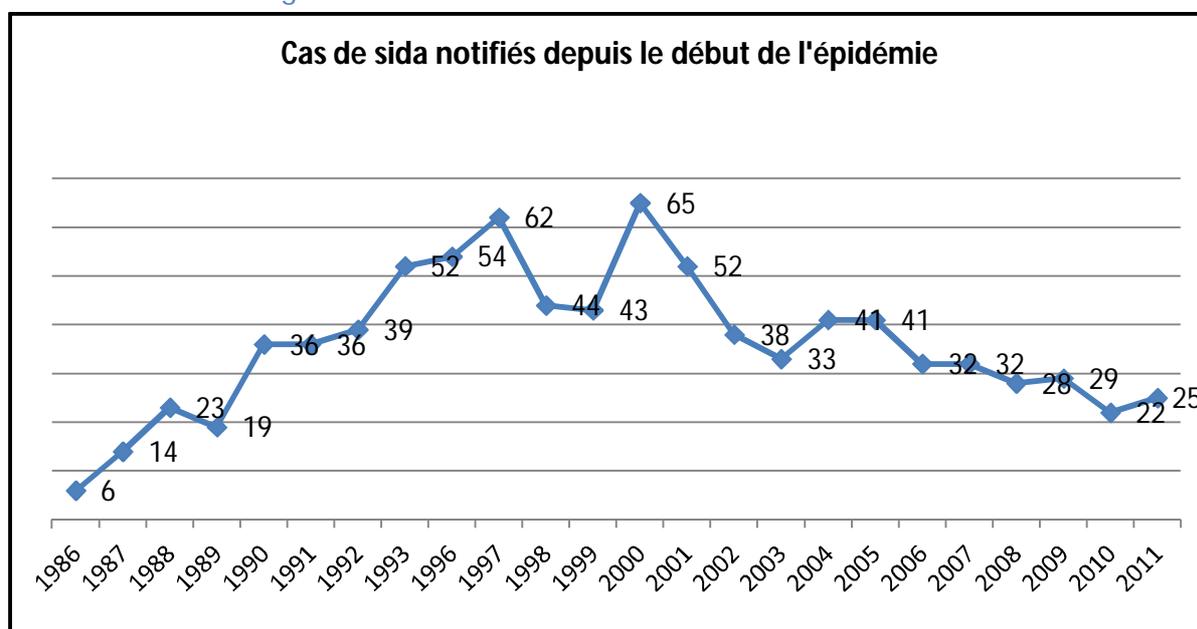
Source : MSP/ DSSB /PNLS (Base des données, mars 2011)

b- Les cas notifiés de sida maladie

Selon la DSSB (MSP), le cumul des cas de sida est de 982 à la fin de l'année 2011 avec une tendance à la baisse depuis 2001, date de l'introduction des ARV.

La proportion des nouveaux cas au stade sida par rapport au nombre total de nouveaux cas par an, paraît a priori relativement élevée, se situant autour de 50%, ce qui dénote d'une insuffisance des activités de dépistage et d'un dépistage tardif. Néanmoins, au cours de 2010 et 2011, cette proportion semble diminuer (44,6 % en 2010 et 30,1 % en 2011).

Figure 3: Tendence des nouveaux cas de sida maladie



Source : MSP/DSSB/PNLS (Base des données, mars 2012)

c- Caractéristiques des personnes infectées**Répartition selon l'âge et le sexe :**

La répartition selon l'âge montre que 66,9% des cas cumulés d'infection VIH/Sida sont dépistés entre l'âge de 20 et 40 ans.

Quant à la différence de vulnérabilité entre hommes et femmes, il est à noter une féminisation de la population infectée par le VIH/sida au cours des dernières années. Le sex-ratio décroît progressivement, et est passé de 3 en 1986 à moins de 2 (1,10 en 2010 et

1,61 en 2011) en raison de l'augmentation du nombre de cas de sexe féminin contaminés par voie sexuelle (femmes contaminées par leurs maris ou dans le cadre de relations à partenaires multiples).

Tableau 2: Cumul des cas d'infection par le VIH/sida depuis le début de l'épidémie en fonction de l'âge et du sexe

Age	Masculin		Féminin		Total	
Total	1195	100%	511	100%	1706	100%
0-4	34	3%	29	6%	63	3,69%
5 - 9	20	2%	11	2%	31	1,82%
10- 14	14	1%	3	1%	16	0,94%
15-19	21	2%	10	2%	32	1,88%
20-24	83	7%	50	10%	133	7,80%
25-29	167	14%	91	18%	258	15,12%
30-34	241	20%	91	18%	332	19,46%
35-39	199	17%	57	11%	256	15,01%
40-44	126	11%	36	7%	162	9,50%
45-49	75	6%	25	5%	100	5,86%
50-54	36	3%	19	4%	55	3,22%
55-59	14	1%	7	1%	21	1,23%
60+	22	2%	13	3%	35	2,05%
Inconnus	143	12%	69	14%	212	12,43%

Source : MSP/DSSB/PNLS (Base des données, mars 2012)

Prévalence parmi les jeunes de 15 à 24 ans:

Depuis le début de l'épidémie et jusqu'à la fin de l'année 2011, un total de 165 jeunes (104 jeunes hommes et 60 jeunes femmes **âgés de 15 à 24 ans**) ont été dépistés infectés par le VIH, dont 26 sont décédés. Ainsi la prévalence de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH est de 139 (79 hommes et 50 femmes) soit **une proportion de prévalence de 0,0 63 pour mille. Le taux de prévalence serait de 0,072 pour mille pour les hommes et de 0,045 pour mille pour les femmes.**

Répartition géographique :

Les cas recensés sont concentrés dans le District de Tunis et le Centre-Est. Ces dernières totalisent approximativement les trois quarts de tous les cas d'infection au VIH tunisiens depuis le début de l'épidémie. Pour les années 2010 et 2011, parmi les 138 cas notifiés,

84,7% sont des régions côtières (74 cas sont du gouvernorat de Tunis, 24 de Sousse, 8 de Bizerte, 7 de Sfax et 4 de Monastir).

Modes de transmission : Pour les deux années 2010 et 2011, 80,7% des nouveaux cas notifiés dont le mode de transmission a été recherché ont été contaminés par la voie sexuelle. Les hommes âgés de plus 15 ans ont été contaminés essentiellement par voie hétérosexuelle (68%) et ensuite par usage de drogues injectables (20%), la transmission à travers des relations sexuelles entre hommes a été notifiée auprès de 8 % d'hommes. Ces données provenant des déclarations des PVVIH sont à interpréter avec réserve, puisque les patients peuvent ne pas révéler des comportements à risque de peur de stigmatisation.

Tableau 3: Répartition des nouveaux cas d'infection par le VIH/sida selon le mode de transmission et selon le sexe (2010-2011)

Modes de transmission	2010			2011			
	Sexe	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Total		34	31	65	45	28	73
Hétérosexuel		16	28	44	18	26	44
HSH/Bisexuel		0	0	0	4	0	4
UDI		7	0	7	3	1	4
Sang et dérivés		0	0	0	0	0	0
Périnatal		2	3	5	0	1	1
Inconnu		9	0	9	20	0	20

Source : MSP/ DSSB /PNLS (Base des données, mars 2012)

Le nombre de transmissions mère enfant est faible, cinq enfants en 2010 et un enfant en 2011 ont été dépistés infectés par le VIH.

En fait, le nombre des femmes enceintes suivies et mis sous ARV (7 en 20010 et 9 en 2011) a augmenté par rapport aux années 2008 (zéro) en 2009 (3 femmes). Selon le modèle EPP/Spectrum, le nombre d'enfants infectés de la part de leurs mères serait de 15 en 2011, soit un pourcentage de 23%.

Depuis le début de l'épidémie (1986), la transmission par voie sexuelle est prédominante notamment chez les femmes.

Tableau 4: Répartition selon le mode de contamination et selon le sexe du nombre total de cas d'infection à VIH/SIDA depuis le début de l'épidémie (1986-2011)

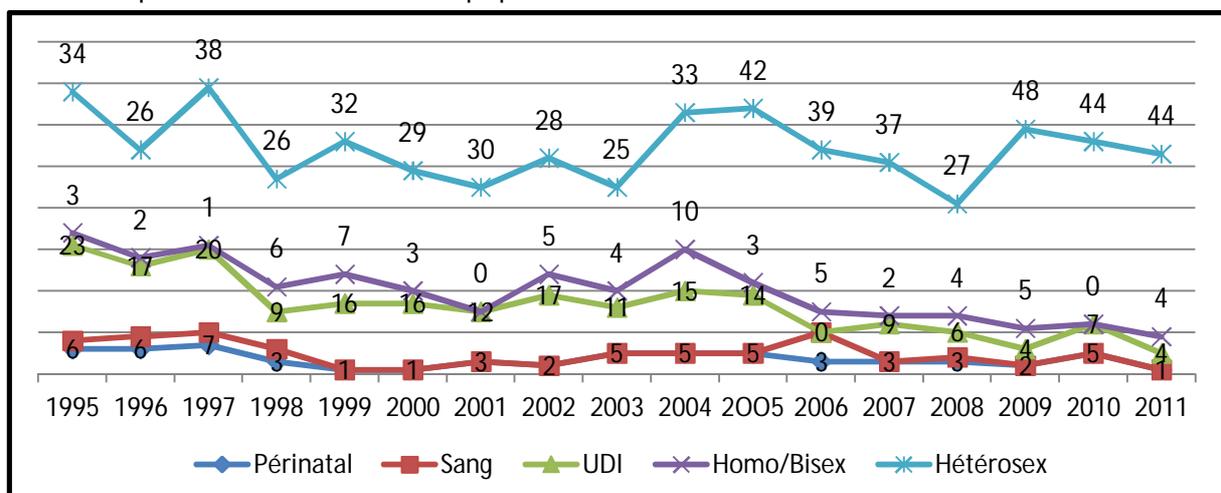
Modes de transmission	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	Fréquence relative	Effectif	Fréquence relative	Effectif	Fréquence relative
Cumul	1195	100,00%	511	100,00%	1706	100,0%
Hétérosexuel	351	29,37%	375	73%	725	42,5%
HSH/Bisexuel	82	6,86%	0	0%	82	4,8%
UDI	391	32,72%	23	5%	407	23,9%
Sang et dérivés	92	7,70%	24	5%	123	7,2%
Périnatale	35	2,93%	44	9%	79	4,6%
Inconnu	244	20,42%	45	9%	290	17,0%

Source : MSP/PNLS

Si on considère l'évolution des voies de transmission, la transmission à travers l'usage des drogues injectables auprès des hommes était relativement élevée au début de l'épidémie avec l'enregistrement des cas infectés à l'étranger, avec ensuite une tendance à la baisse. Les dernières années, les quelques cas d'infection par l'UDI ont été contaminés en Tunisie.

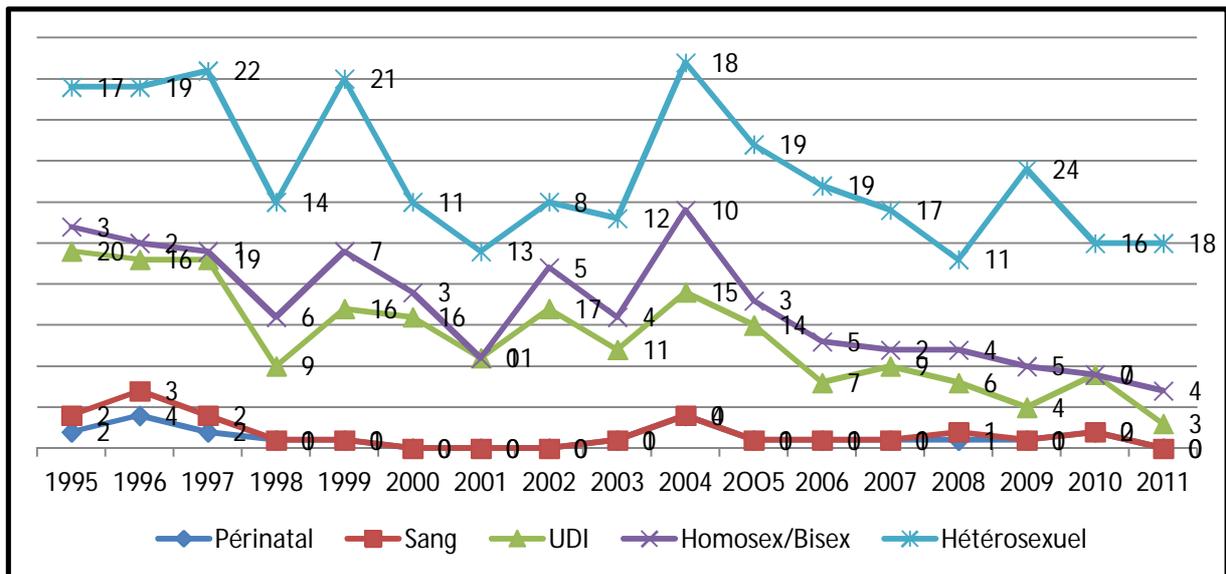
Figure 4: Tendence des modes de transmission de l'infection à VIH depuis le début de l'épidémie (1995-2011)

a- Après de l'ensemble de la population :

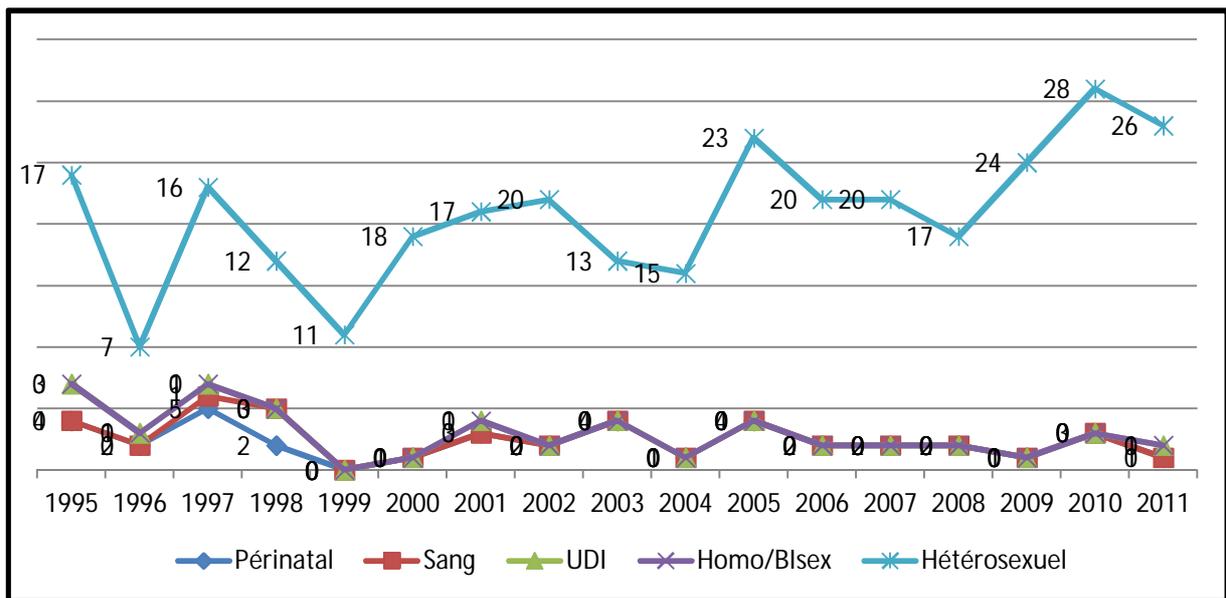


Source : MSP/PNLS

b- Tendence des modes de transmission auprès des hommes :



c- Tendence des modes de transmission auprès des femmes :



2.2.2. Co-infection VIH-Tuberculose

En 2011, dans les services de prise en charge des PVVIH, 22 patients ont été suivis pour co-infection VIH/Tuberculose et ont été traités pour les deux infections. Ce chiffre est en augmentation (5 en 2008, 11 en 2009 et en 2010) et ceci est en rapport au renforcement des activités de dépistage du VIH parmi les tuberculeux. En fait, le programme de lutte contre la tuberculose vient d'adopter une nouvelle stratégie pour le dépistage du VIH parmi les patients

suivis pour tuberculose ; dorénavant, le test devrait être proposé systématique aux patients tuberculeux. En 2010, au niveau des unités de soins assurant la prise en charge des tuberculeux, 200 cas de tuberculose (moins de 10 % des cas suivis) ont été testés avec un taux de positivité de 6%. Selon les estimations par le SPECTRUM 8% de personnes vivantes avec le VIH seraient aussi atteintes de Tuberculose ce qui correspond à un pourcentage de 24,7% de personnes co-infectés bénéficiant de traitement en 2011.

2.2.3. Situation auprès des populations les plus à risque d'exposition au VIH

Dans le cadre de la surveillance de deuxième génération, deux séries d'enquêtes sérocomportementale ont été réalisées en 2009 et en 2011 auprès des trois populations clés, les hommes ayant des rapports sexuelles avec les hommes (HSH), les usagers des drogues injectables (UDI) et les professionnelles de sexe clandestines (PS). Ces enquêtes ont été menées par la Direction des Soins de Santé de Base à travers son PNLs/MST et trois organisations non gouvernementales : l'Association Tunisienne de Lutte contre les MST/SIDA – section de Tunis (ATLMST/SIDA – Tunis), l'Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le Sida (ATIOS) et l'Association tunisienne de Prévention de la Toxicomanie (ATUPRET). Ces études ont bénéficié du soutien financier du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, ainsi que l'appui technique du Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida.

2.2.3.1. La séroprévalence auprès des HSH

Les études sérocomportementale de 2009 et de 2011 ont été réalisées dans les régions de la Tunisie, le District de Tunis, le gouvernorat de Bizerte, la zone de Kélibia, le gouvernorat de Sousse, le gouvernorat de Mahdia, le gouvernorat de Sfax et le gouvernorat de Tozeur où les rapports sexuels entre hommes sont les plus reconnus.

globale pondérée serait de 13.0% [IC₉₅: 8.4%-17.5%]. Cette séroprévalence varie selon les régions, elle est de 16.0% [6.6%-25.4%] à Tunis, de 15.0% [4.7%-25.3%] à Sousse, de 14.3% [4.5%-24.1%] à Nabeul, de 7.80% [0.0%-16.3%] à Bizerte, de 0.7% [0.00%-2.2%] à Sfax et elle est nulle à Tozeur.

En fait les HSH séropositifs sont concentrés dans certains lieux de rencontre :

- Dans le Grand Tunis, 66.6% des cas séropositifs proviennent uniquement de 5 lieux de rencontre parmi les 24 investigués,
- A Bizerte, 72,7% proviennent de deux lieux de rencontres parmi les 12 investigués,
- A Nabeul, 72,2% proviennent de trois lieux de rencontres parmi les 12 investigués,
- A Sousse, 57.1% proviennent de trois lieux de rencontres parmi les 12 investigués.

La prévalence parmi les jeunes de moins de 25 ans est moins élevée que chez les HSH plus âgés mais elle dénote d'une exposition déjà importante depuis le jeune âge.

Tableau 5: Séroprévalence du VIH auprès des HSH en 2011

	Nombre des personnes enquêtées	Nombre de cas séropositifs	Taux de séroprévalence pondérée (et non pondérée*)	95% Confidence Limits	
Répartition par Région					
Tunis	300	48	16,0	6.6	25.4
Bizerte	141	11	7,8	0.0	16,3
Nabeul	140	20	14,3	4.5	24.1
Sousse	140	21	15,0	4.7	25.3
Sfax	140	1	0,7	0,0	2,2
Tozeur	140	0	-	-	-
Répartition par tranche d'âge					
< 25 ans	447	44	11,7 Non pondérée : 9,84%	5.6	17.9
25 ans et plus	554	57	14,1 Non pondérée : 10,29	9,4	18,7
Total	1001	101	13,0 Non pondérée : 10,1%	8.4	17,5

Source : Rapport de l'enquête sérocomportementale auprès des HSH – 2011

* les proportions non pondérées (calcul simple du rapport) sont générées aussi par la plate forme informatisée de l'ONUSIDA - rapport Mondial 2012

Il est à signaler que la séroprévalence est aussi élevée chez les célibataires (12,4%) que chez les non célibataires (14,9%) ($p < 5\%$).

Par rapport aux résultats de l'enquête de séroprévalence effectuée en 2009, il semble que la séroprévalence du VIH chez les HSH a observé une augmentation très marquée (elle a été multipliée par 2.53 en 2 ans) entre 2009 et 2011, passant de 4.9% à 13.0%, avec des niveaux très élevés à Tunis à Sousse et Nabeul, un niveau intermédiaire à Bizerte (7.8%) et des niveaux relativement faibles à Sfax (0.71%) et à Tozeur (0.00%). Cette forte augmentation de la séroprévalence confirme ainsi le passage à une épidémie de type concentré.

Tableau 6: Variation de la prévalence du VIH chez les HSH entre 2009 et 2011 selon les régions

Zones	Villes	Prévalence en 2009	Prévalence en 2011
Nord Est	Grand Tunis	32 / 506 (6.3 %)	48/300 16%
	Bizerte		11/141 7,8%
	Kélibia		-
Centre Est	Sousse	21 / 403 (5.2 %)	21/140 15%
	Mahdia		-
Sud	Sfax	2 / 253 (0.8%)	0,7%
	Tozeur		0%
Total		4,9%	13,0%

NB : l'incidence a été calculée en considérant l'importance des réseaux des HSH (méthodologie de l'enquête : RDS)

En fait, pour l'interprétation de ces résultats, deux questions se posent¹²;

- la première consiste à s'interroger sur l'existence réelle d'une augmentation importante de la séroprévalence entre 2009 et 2011, sachant que la méthodologie des deux études n'a pas été la même entre les deux années, en 2009 la méthode de recrutement des enquêtés était celle dite (RDS: Respondant Driven Sampling) et en 2011, était celle de l'échantillonnage espace - temps (TLS : Time Location Sampling). le choix des HSH selon la méthodologie adoptée en 2011 favorise l'inclusion d'un nombre relativement important des membres d'un même réseau de HSH (ce nombre peut aller jusqu'à 12 HSH) ; alors que pour l'enquête menée en

¹² DSSB, ATL MST/SIDA SECTION DE TUNIS, ONUSIDA.. Enquête sérocomportementale du VIH auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. Rapport de l'enquête, Tunis, 2011.

2009, les HSH était inclus d'une manière non codifiée, ayant ainsi abouti à un recrutement dispersé des HSH et n'ayant pas permis cette exploration des réseaux de HSH. Toutefois, cette différence méthodologique des deux enquêtes ne pourrait pas expliquer la totalité de l'augmentation de la séroprévalence entre les deux années 2009 et 2011 ; en effet, il est difficile d'avancer le fait que la méthodologie adoptée en 2009 avait tendance à sélectionner les HSH séronégatifs.

- La deuxième question consiste à s'interroger sur les explications d'une éventuelle augmentation de la séroprévalence. La concentration des cas dans certains lieux de rencontres serait expliquée par l'organisation des HSH en réseaux relativement fermés notamment après la révolution ; ce qui aurait été à l'origine de cette concentration notamment à travers les rapports anaux non protégés et sans utilisation de lubrifiants.

2.2.3.2. La séroprévalence chez les PS

En 2011, l'enquête a été réalisée auprès de 988 PS dans 3 régions : le District de Tunis, la ville de Sfax et la ville de Sousse.¹³

L'échantillonnage était type TLS : Time Location Sampling après avoir établi une cartographie des PS (sites et lieux de fréquentation) et après avoir estimé, pour chaque lieu de travail du sexe et pour chaque jour de la semaine l'effectif de travailleuses du sexe clandestines fréquentant ce lieu.

La séroprévalence du VIH a été estimée à 0.61% [0.12%-1.09%], sans variation significative par rapport à l'estimation de l'enquête sérocomportementale de 2009 (0.43%). Il n'a pas été mis en évidence de différence significative selon les régions, la séroprévalence étant de 0.56% [0.00%-1.34%] dans le Grand Tunis, 1.15% [0.02%-2.28%] à Sousse et nulle à Sfax. De même, il n'a pas été mis en évidence de différence significative selon l'âge, avec une séroprévalence de 0.56% [0.00%-1.33%] chez les PS de moins de 25 ans et 0.63% [0.01%-1.26%] chez les PS âgées de 25 ans et plus.

¹³ DSSB, ATUPRET, OMS/ONUSIDA. Enquête sérocomportementale du VIH auprès des travailleuses du sexe clandestines. Rapport de l'enquête, Tunis, 2011.

Tableau 7: Séroprévalence du VIH auprès des professionnelles du sexe en 2011

	Taille de l'échantillon	Nb de cas séropositifs	Taux de séroprévalence (%)	95% Confiance Limits		p
Région						
Tunis	357	2	0,56	0,00	1,34	0,18
Sousse	347	4	1,15	0,02	2,28	
Sfax	284	-	-	-	-	
Age						
< 25 ans	358	2	0,56	0,00	1,33	0,88
≥ 25 ans	630	4	0,63	0,01	1,26	
Total	988	6	0,61	0,12	1,09	

L'influence de la présence d'utilisateurs de drogues par voie intraveineuse (UDI) sur la séroprévalence VIH a été rapportée par plusieurs études. Dans la présente étude, uniquement dix (10) TS ont rapporté être des consommatrices de drogues injectables et aucune d'entre elles ne s'est révélée séropositive.

2.2.3.3. La séroprévalence chez les UDI

L'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon de 800 UDI repartis sur deux sites (500 à Tunis et 300 à Bizerte). Il s'agit d'un échantillonnage par les répondants (RDS), qui permettrait d'approcher au mieux la représentativité, tout en assurant une bonne répartition des UDI entre les sites préalablement identifiés de la cartographie.¹⁴

La séroprévalence du VIH a été estimée à 2.42% [1.11%-3.73%], sans variation significative par rapport à l'estimation de l'enquête sérocomportementale de 2009 (3.1%). Tous les cas résident dans le Grand Tunis, soit une séroprévalence égale à 2.58% [1.18%-3.97%]. La distribution de la séroprévalence du VIH montre qu'il y a eu un seul cas âgé de moins de 25 ans ; alors que les 25 autres cas sont âgés de plus de 25 ans, soit une séroprévalence de 2.68% [1.21%-4.16%].

¹⁴ DSSB, ATIOS, OMS, ONUSIDA. Enquête sérocomportementale du VIH auprès des usagers de drogues injectables. Rapport de l'enquête, Tunis, 20011.

Tableau 8: Estimation de la séroprévalence du VIH auprès des UDI

	Taille de l'échantillon	Nb de cas séropositifs	Taux de séroprévalence pondéré (et non pondéré*) (%)	95% Confidence Limits		p
Région						
Tunis	506	24	2,58 (non pondéré : 4,74%)	1,18	3,97	0,25
Bizerte	301	0	0	-	-	
Age						
< 25 ans	179	1	0,34 (non pondéré : 0,56%)	0,00	1,01	0,17
≥ 25 ans	628	23	2,68 (non pondéré : 3,7%)	1,21	4,16	
Total	807	24	2,42 (non pondéré : 2,97%)	1,11	3,73	

Source des % pondérés : enquête sérocomportementale 2011

* Proportions non pondérées : calcul simple du rapport, générées aussi par la plate forme informatisée de l'ONUSIDA - rapport Mondial 2012

La présente enquête a mis en évidence une certaine stabilité de la séroprévalence du VIH chez les UDI par rapport à l'enquête menée en 2009.

2.2.4. Les estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH en Tunisie

2.2.4.1. Estimation du nombre des personnes vivant avec le VIH

Les dernières estimations et projections relatives à l'épidémie VIH en Tunisie, ont été effectuées à l'aide du logiciel EPP/Spectrum par le Programme national de lutte contre les IST/sida avec l'appui de l'ONUSIDA et en collaboration avec un groupe de personnes ressources nationales.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH a été estimé à près 3800 en 2011 soit une proportion de prévalence du VIH dans la population totale de 0,036% (estimation par le logiciel EEP/Spectrum).

Tableau 9 : Estimation du nombre des personnes vivant avec le VIH selon le groupe de population

Groupes de population	Nombre estimé	Prévalence estimée
Nombre de personnes vivant avec le VIH (adultes + enfants)	3811	0,036%
Nombre d'adultes vivant avec le VIH de plus de 15 ans	3756	0,04%
Nombre de femmes vivant avec le VIH de plus de 15 ans	1538	0,04%
Nombre de jeunes femmes vivant avec le VIH de 15 à 24 ans	188	0,04%
Nombre d'enfants vivant avec le VIH de 0 à 14 ans	55	0,0025 %
Nombre estimé annuel des nouveaux cas de VIH	850	-
Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH	65 femmes dont - 55 ont besoin de PTME et - 11 ont besoin de traitement	
Décès imputables au SIDA	136 décès (85 hommes , 51 femmes)	

2.2.4.2. Estimation à l'aide du MoT de l'incidence du VIH par groupe de population au cours de l'année à venir

Le modèle proposé par MoT a permis de retrouver des estimations très proches que celles obtenues par l'EPP/Spectrum. Le nombre attendu des nouvelles infections serait de 837 ; la majorité des cas seront parmi les MSM.

Tableau 10: estimation de l'incidence annuelle ¹⁵attendue par groupe de population avec le

Groupe de population	MoT	
	% des nouvelles infections	Nombre des nouvelles infections
UDI	4,83	40
Partenaires d'IDU	1,13	9
PS	1,83	15
Clients des PS	1,18	10
Partenaires des clients des PS	2,52	21
MSM les plus exposés au risque	48,14	403
Partenaires féminins des MSM à haut risque	2,33	20
MSM moins exposés au risque de contamination	15,50	130
Partenaires féminins des MSM les moins exposés au risque	1,78	15
Hétérosexuels avec partenaires occasionnels	4,08	34
Partenaires des Hétérosexuels avec partenaires occasionnels	6,39	53
Hétérosexuels ayant des relations stables	10,25	86
Total	100	837

2.3. Cas d'infection à VIH enregistrés auprès des étrangers en Tunisie

- a- Chez les étrangers résidents en Tunisie ou venant des pays voisins pour le dépistage et/ ou la prise en charge

En 2010, 202 tests se sont révélés positifs pour le VIH et 164 en 2011 ; La majorité des étrangers étaient non résidents et de nationalité Libyenne ou de pays d'Afrique subsaharienne.

- b- Chez les réfugiés

L'éruption de la crise libyenne en février 2011 était à l'origine de l'afflux en Tunisie de près d'un million de personnes, dont plus de 660 000 Libyens et plus de 200 000 ressortissants d'autres pays. Différents intervenants dont l'Association tunisienne de la santé de la reproduction (ATSR) et le croissant rouge ont mené des actions de sensibilisation et de

¹⁵ Ministère de la santé Publique. DSSB. ONUSIDA. Modes of Transmission (MoT). Draft du rapport 2012

dépistage du VIH/sida auprès des réfugiés dans les camps au sud de la Tunisie. Autour de 16 personnes ont été dépistées positives au cours de l'année 2011.

Encadré 1 : Exemple d'un cas d'accompagnement d'une PVVIH par l'ATSR dans le camp de réfugiées de CHUCHA



Association tunisienne de la santé de la reproduction

RABIAA est une femme âgée de 25 ans, réfugiée au camp de CHUCHA (Sud de la Tunisie), de la communauté Ethiopienne. Au cours de son séjour dans le camp des réfugiés, elle a été prise en charge par l'ATSR pour le suivi de sa grossesse. Le test de dépistage du VIH s'est révélé positif. Un accompagnement psychologique régulier a été assuré de la part de la sage-femme de l'association. L'ATSR l'a transféré par la suite à l'hôpital de Sfax pour accoucher dans un service de maternité niveau 3. L'ensemble des soins, y compris la surveillance de son enfant et son allaitement a été pris en charge par l'ATSR.

Témoignage de l'ATSR

3. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA

3.1. Engagement politique et actions au plan national

La Tunisie a réaffirmé, au sein de plusieurs instances internationales et à de nombreuses occasions, son engagement à œuvrer avec la communauté internationale en vue de lutter contre cette maladie et d'en contenir la propagation.

La Tunisie a ainsi notamment adopté :

- la déclaration d'engagement adoptée à l'unanimité par les États réunis à New York lors de la 26^{ème} Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UGASS) en 2001 en vue de renforcer les activités de lutte contre le sida et de mobiliser des fonds additionnels.
- La déclaration politique de haut niveau sur le sida en 2006 (nouvelle déclaration politique sur la lutte contre le VIH et le sida réaffirmant la déclaration d'engagement de 2001) pour l'accès Universel à la prévention, traitement, soins et soutien liés au VIH
- Les 3 principes de l'ONUSIDA;
- Les Objectifs du Millénaire pour le Développement ;
- Le Cadre de Résultats de l'ONUSIDA ;

- La déclaration de Dubai pour l'Accès Universel en 2010 (déclaration de consensus appelant à accélérer la riposte régionale à l'épidémie de VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord) ;
- Les principes du « Droit et de l'équité à la santé pour tous » réitérés dans les politiques et plans nationaux clés les plus récents.
- Et dernièrement la déclaration politique de haut niveau en 2011.

Au niveau national, la Tunisie s'est lancée dès 1986, date d'apparition du premier cas de sida dans le pays, dans la lutte contre l'épidémie. Le programme national a ainsi été mis en place en 1987. Depuis 1992, le Programme National de lutte contre le Sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles (PNLS/MST ou PNL) est appuyé par le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS). Le secrétariat du CNLS est assuré par la Direction des soins de santé de base (DSSB/ Ministère de la santé Publique) qui héberge le PNL.

Entre 1987 et 2005, six plans ont été élaborés et exécutés en collaboration avec les partenaires de la lutte contre le sida.

3.1.1. Le plan stratégique

3.1.1.1. Le plan stratégique national 2006-2010 et son extension à l'année 2011

Avec l'appui des partenaires au développement et particulièrement l'ONUSIDA, le Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le VIH/SIDA et les IST pour la période 2006-2010 a été établi dans le cadre d'un processus de planification stratégique de lutte et ce à partir des résultats de l'analyse de la situation et de la réponse de lutte contre le VIH/Sida réalisées en 2005. Le PSN a fixé des objectifs et des stratégies qui découlent d'un processus participatif et multisectoriel. Son adoption par l'ensemble des acteurs (publics, société civile, privé et partenaires) a eu lieu lors d'un atelier de consensus et de validation qui s'est tenu le 9, 10 et 11 mars 2005 à Tunis¹⁶.

Le plan stratégique visait à atteindre les buts et objectifs suivants ¹:

1/ réduire les risques de transmission du VIH et des IST parmi les groupes à comportement à haut risque:

- en améliorant l'accès à des services de prévention pour les groupes à comportement à haut risque;

¹⁶ Ministère de la Santé Publique - Tunisie. Plan stratégique national 2006-2010. Programme National de lutte contre le SIDA et les MST. 2005.

- en renforçant les capacités d'intervention des ONG en tant qu'acteurs clés de la prévention auprès des groupes à comportement à haut risque.

2/ renforcer la prévention de VIH et des IST parmi les groupes vulnérables:

- en réduisant la prévalence des comportements exposant au risque de transmission des IST/VIH chez les groupes vulnérables;
- en améliorant le recours à la prise en charge des IST chez les groupes vulnérables.

3/ améliorer la qualité de vie des PVVIH et de leurs familles par un meilleur accès à une prise en charge globale et adaptée:

- en améliorant l'accessibilité à des services de prise en charge de qualité;
- en améliorant la qualité de vie des PVVIH et de leur famille par une prise en charge psychosociale optimale;
- en réduisant la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

4/ mettre en place un système national de suivi/évaluation relatif aux IST et VIH/SIDA :

- en améliorant la surveillance épidémiologique des IST/VIH/SIDA par la mise en œuvre du système de surveillance de deuxième génération;
- en développant des capacités nationales en matière de suivi & évaluation du VIH/SIDA;
- en identifiant les déterminants psychosociaux de transmission du VIH à travers des recherches opérationnelles.

La réponse Nationale de lutte contre le VIH/sida les IST repose sur une approche multisectorielle et décentralisée qui accorde à chacun des acteurs (public, privé, société civile et partenaires) le rôle qui lui revient dans la lutte contre le SIDA. Parmi les autres principes directeurs de la riposte, nous pouvons citer la mise en œuvre des «trois principes » [une instance nationale de coordination (le Comité National de Lutte contre le Sida), un cadre d'action (le plan stratégique national) et un système de suivi et d'évaluation], la protection des droits et les responsabilités des personnes touchées par l'infection, l'application des précautions universelles et de sécurisation des produits sanguins, le volontariat et l'anonymat de l'ensemble des tests de dépistage de VIH, l'accès gratuit aux soins pour les catégories qui y ont droit.

Extension du plan stratégique d'une année (2006-2011):

Le Plan Stratégique National de lutte contre l'infection à VIH/sida et les IST 2006-2010 (PSN 2006-10) était programmé pour être clôturé en 2010. Toutefois, la subvention du GFATM (round 6), source principale de son financement, n'ayant été reçue qu'en 2007, la mise en

œuvre du PSN 2006-2010 a réellement commencé durant la 2^{ème} moitié de 2007. En conséquence, la mise en œuvre du PSN 2006-2010 s'est poursuivie durant l'année 2011. Par ailleurs, vue la situation sociopolitique dans le pays suite à la révolution du 14 Janvier 2011, le processus de préparation, de finalisation et de validation du nouveau PSN 2011-2015 s'est ralenti ; ainsi, le Comité National de Lutte contre le sida (CNLS), a recommandé d'étendre le PSN 2006-2010 d'une année (2011) lors de sa réunion tenue le 18 mars 2011 en présence des partenaires. Alors, un plan d'action annuel 2011 relatif à l'extension du PSN 2006-2010 (PA 2011) fut préparé. Ainsi, les partenaires ont disposé d'un cadre de référence leur informant d'une manière concise des activités planifiées, du moment auquel elles sont prévues, des ressources nécessaires à leur réalisation ainsi que des personnes responsables de chaque activité et des échéances de la mise en œuvre.

Le plan d'action de l'année 2011 a considéré les orientations et les objectifs du PSN 2006-2010 ainsi que le degré d'avancement de la mise en œuvre des plans sectoriels et les recommandations émanant des analyses récentes de la situation¹⁷ et ¹⁸ .

3.1.1.2. Le plan stratégique national 2012-2016

Le plan stratégique national de riposte au VIH/sida et aux IST (2012-2016) se base sur les Objectifs de Développement du Millénaire (4/5/6), les Objectifs de l'Accès Universel à la Prévention, traitement, soins et soutien en matière de VIH, le Cadre de Résultat de l'ONUSIDA et la stratégie de l'ONUSIDA (2011-2015) et la déclaration politique de haut niveau 2011 que la Tunisie a adoptés.

Il a été préparé au cours des années 2010 et 2011 après une analyse de la situation et a été validé au début de l'année 2012 de la part de l'ensemble des partenaires lors d'un atelier sous l'égide des autorités sanitaires nationales.

La stratégie nationale cible particulièrement les populations les plus à risque ainsi que les personnes vivant avec le VIH et vise à atteindre les buts et objectifs suivants :

- **Axe stratégique 1** : Réduction des nouvelles infections au VIH/sida par l'amélioration de l'Accès Universel à la prévention chez les populations vulnérables, et en particulier celles ayant des comportements à risque (MARPS). La réduction des nouvelles infections se basera sur les notions de «prévention positive » et en de «

¹⁷ PNLS.ONUSIDA- Analyse de la situation et de la réponse au VIH/SIDA en Tunisie, 2010.

¹⁸ PNLS.ONUSIDA- Revue de l'accès Universel à la prévention, au traitement, aux soutien et aux soins liés au VIH,2010.

prévention combinée » qui se définit comme la communication pour le changement de comportement, accès aux préservatifs, prise en charge IST, conseil et dépistage VIH, accès aux soins et soutien et aux services de santé de la reproduction, lutte contre la discrimination et protection des droits humains. Les notions de populations les plus exposées (MARPS) et de « zones les plus exposées » font l'objet d'une attention particulière. Le dépistage du VIH se fera d'une part dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CCDAG), mais également à l'initiative des personnels de santé, notamment chez les populations les plus à risque et aussi les femmes en âge de reproduction surtout lorsqu'il s'agit de prévenir la transmission mère-enfant du VIH (PTME).

- **Axe stratégique 2** : Réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/sida par l'amélioration de l'Accès Universel au traitement, aux soins et au soutien des personnes vivant avec le VIH et de leur entourage affecté. L'accès universel des PVVIH à une prise en charge médicale et psycho-sociale de qualité (ARV, prise en charge des co-morbidités,...) intégrera également la prise en charge des « couples séro-discordants » ou « séro-différents », ainsi que la prise en charge des personnes migrantes qu'elles soient résidentes ou non.
- **Axe stratégique 3** : Réforme du cadre juridique et promotion des droits humains pour la garantie de la dignité de la personne et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida. La non discrimination concernera aussi bien les activités de prise en charge médico-sociale des PVVIH que les activités de prévention auprès des MARPS qu'il s'agisse de tunisiens ou de personnes migrantes.
- **Axe stratégique 4** : Mise en place de mécanismes efficaces et durables pour la riposte à l'infection par le VIH/sida. Le leadership et le partenariat doit se baser notamment sur le renforcement des systèmes communautaires (RSC). Les mécanismes d'assurance qualité concerneront aussi bien les activités préventives et la prise en charge médico-sociale que le système de suivi-évaluation. « Mieux connaître son épidémie » doit constituer une priorité pour le PSN actuel afin de mieux adapter la riposte, et ce par une meilleure connaissance des MARPS (cartographie, comportement) et des modes de transmission du VIH (MoT).

Au cours des deux années 2010 et 2011 qui ont été marquées par la révolution et les conditions politiques et socioéconomiques difficiles, il n'y a pas eu des déclarations précises relatives au soutien des politiciens au PNLS. Néanmoins, le Directeur général de la santé, haut responsable au sein du Ministère de la Santé, a participé à plusieurs réunions relatives au PNLS dans le cadre de la préparation du nouveau plan stratégique et dans le cadre de la préparation de la proposition de la Tunisie pour avoir une subvention auprès du Fonds Mondial (GFATM : VIH Round 11 remplacé par le Mécanisme Transitoire de Financement).

3.1.2. Fonds alloués à la lutte contre le VIH/sida

En l'absence d'un système de tracking des dépenses adopté au niveau pays, il est difficile de cerner avec exactitude les montants et les sources des financements ainsi que la dépense consacrée à la lutte contre le VIH par les différents partenaires du PNLS.

Les données disponibles sont relatives à certaines dépenses de l'Etat et aux dépenses effectuées dans le cadre du projet du Fonds Mondial.

En fait, le financement de la riposte est assuré essentiellement par l'Etat et dans le cadre du projet du GFTAM round 6. Le budget de l'Etat spécifique au programme de lutte contre le VIH/sida (de l'ordre de 1.200.000 Dinars Tunisiens) alloué au Ministère de la Santé Publique dans le cadre du PNLS est géré par la DSSB. Ce budget est destiné principalement à l'achat des antirétroviraux, des médicaments pour lutter contre les infections opportunistes et les IST ainsi que les réactifs de dépistage et de suivi biologique. La contribution de l'Etat ne se limite pas à ce budget. Le secteur de la santé assure la gestion du PNLS au niveau national et régional ; il prend en charge certaines activités de prévention effectuées dans les structures publiques (dépistage et la prise en charge des IST selon l'approche syndromique, distribution des préservatifs, IEC, conseil et dépistage du VIH, formation du personnel, sécurité transfusionnelle, prévention des accidents exposant au sang ...) et il assure la prise en charge gratuite des PVVIH qui ne disposent pas de couverture sociale. Pour les autres secteurs gouvernementaux (en dehors de celui de la santé), bien qu'il ne disposent pas d'un budget individualisé affecté directement pour la lutte contre le VIH/sida, ils assurent le financement de certaines activités telles que les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) notamment à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida ; les aides sociales et financières pour les PVVIH sont assurées par les différents secteurs mais elles sont intégrées dans d'autres rubriques (par exemple : aides aux personnes handicapées ou nécessiteuses).

Depuis 2007, la Tunisie bénéficie de la mise en place du projet du GFATM. Le budget consacré à la période Septembre 2009 – Août 2011 est de 5403144 \$US (8 090 127 DT). Le budget de la 5^{ème} année de ce projet (1^{er} septembre 2011 - 31 août 2012) est de l'ordre de 2015356 Dollars Américains (soit 3.040.286 Dinars Tunisiens)

Ainsi, le budget individualisé pour la riposte de la part de l'Etat et du Fonds Mondial serait de l'ordre de 3 038 500 \$ en 2010 et de 2.742.549\$ en 2011.

Par ailleurs, certaines ONG ont mobilisé des ressources additionnelles à partir d'autres sources de financement (coopération bilatérales, ONG régionales et internationales). Mais ces ressources restent très limitées.

3.2. La Prévention

3.2.1. Les activités réalisées au cours de la biennie 2010- 2012

Au cours de la période 2010-2011, malgré la situation socioéconomique critique du pays liée à la révolution, un effort a été déployé de la part des partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux pour poursuivre et ne pas trop retarder la mise en œuvre des activités programmées de lutte contre le VIH. Le PNLS a continué à assurer la mise en œuvre de certaines activités devenues routinières tels que la sécurité transfusionnelle, le dépistage des IST et leur prise en charge selon l'approche syndromique dans les structure de 1^{ère} ligne, la gestion des préservatifs etc. Nous détaillons ci après les domaines où il y a eu des changements.

3.2.1.1. Prévention de la transmission mère-enfant

La biennie a été marquée par la révision de la stratégie de la PTME. En fait, l'ancienne stratégie de PTME était gérée exclusivement par le PNLS et elle est basée sur le dépistage dans les maternités lors de l'hospitalisation de la parturiente pour l'accouchement. Cette stratégie s'est révélée très insuffisante avec une activité très faible de dépistage du VIH et cela pour différentes raisons dont le court séjour des parturientes à la maternité en Tunisie. En général les femmes arrivent à la maternité déjà en travail, sur le point d'accoucher et, dans la majorité des cas, elles quittent la maternité dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Par ailleurs, le dépistage à ce stade est relativement tardif ne permettant pas d'avoir une conduite à tenir adéquate pour la prévention de la transmission à l'enfant en cas d'infection Ainsi avec l'appui de l'UNICEF et en collaboration avec le PNLS, le

programme national de périnatalité a intégré la PTME dans les services de périnatalité. En fait, ces derniers sont dans la plupart des centres de santé de base repartis dans l'ensemble du territoire tunisien et accessibles à plus de 90% des habitants. Par ailleurs, ces CSB sont déjà dotés en ressources humaines qualifiées assurant les activités de périnatalité : médecins surtout sages femmes.

L'étape suivante sera la mise en œuvre de la nouvelle stratégie.

3.2.1.2. Les activités de sensibilisation, d'éducation et de communication

Les activités d'IEC ont ciblées aussi bien les jeunes, les lieux de travail que les populations clés (MSM, UDI, PS et détenus) et elles ont été assurées par différents partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux.

Néanmoins, l'essentiel de ces activités notamment celles qui visent les populations les plus exposées au risque d'infection était assuré par les ONG notamment les 3 ONG thématiques, l'Association Tunisienne de lutte contre les MST/SIDA (ATL-MST-SIDA section Tunis), l'Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le SIDA (ATIOS), l'Association Tunisienne de Prévention contre la Toxicomanie (ATUPRET).

Ces 3 ONG dont les capacités ont été relativement renforcées dans le cadre du projet du Fonds Mondial, sont arrivées à atteindre les objectifs fixés en matière de couverture des populations les plus à risque par les actions de CCC assurées par des médiateurs de santé et des éducateurs pairs. Au total, autour de 5600 professionnelles de sexe, 4000 MSM, 2000 UDI et 6500 détenus ont été touchées au moins une fois par des activités de prévention.

3.2.1.3. Gestion des préservatifs

Les difficultés pour faire écouler les stocks achetés de préservatifs persistent. En fait, les besoins en préservatifs ont été estimés et les quantités achetées ont été augmentées depuis 2008 mais les capacités de distribution n'ont pas suivi. Par ailleurs, les ONG ont distribué moins de préservatifs en 2011, après la révolution, qu'en 2010. La vente des préservatifs dans les grandes surfaces qui a démarrée en 2009 après une modification de la réglementation en vigueur, a été aussi arrêtée de la part des commerçants. Selon les rapports du projet du Fonds Mondial, le nombre de préservatifs distribués gratuitement au niveau des régions d'intervention était de 6 178 259 au cours de la période septembre 2009-août 2010 et de 2 137 706 au cours de la période septembre 2010-août 2011.

3.2.1.4. Le conseil et dépistage

Le nombre des structures offrant gratuitement le conseil et le dépistage de l'infection à VIH a progressé au cours de la période 2010 – 2011 pour atteindre 25 centres de conseil et dépistage anonyme et volontaire (CCDAG). Néanmoins, le volume d'activité de certains centres reste faible. En fait, ces CCDAG ont été créés essentiellement dans le but d'améliorer l'accessibilité aux populations les plus exposées au risque qui tendent à fuir les structures des soins habituelles.

Selon les rapports d'activité du PNLS, le nombre des personnes ayant subi un test de dépistage dans les CCDAG est 11472 (dont 7286 hommes et 4186 femmes) en 2010 et 8573 (dont 4825 hommes et 3748 femmes) en 2011. Les taux de positivité étaient respectivement de 0,20% et de 0,28%.

Tableau 11: Répartition des tests de dépistage effectués dans les CCDGA par année, par sexe et selon les résultats

Sexe Année	Hommes	Femmes	Total des tests	Tests positifs
2010	7286	4186	11472	23
	63,5%	36,5%	100%	0,20 %
2012	4825	3748	8573	24
	56,3%	43,7%	100%	0,28 %

Autour de la moitié des personnes qui recourent au dépistage sont âgées de moins de 25 ans

Tableau 12: Motifs de recours au dépistage dans les CCDAG

Age Sexe	<15		15-19		20-24		25-49		>50		Total des tests
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
2010	35	28	1230	563	2658	1498	3193	2009	170	88	11472
	63 (0,55%)		1793 (15,6 %)		4156 5 (36,2%)		5202 (45,3%)		258 (2,2%)		100%
2012	5	27	541	435	1629	1107	2520	2087	130	92	8573
	32 (0,4%)		976 (11,4%)		2736 (31,9%)		4607 (53,7%)		222 (2,6%)		100%

Parmi les consultants dont le motif a été précisé, plus de la moitié (71 ,1% en 2010 et 66,4% en 2011) a eu un rapport sexuel non protégé avec un partenaire occasionnel. Le nombre des femmes enceintes ayant subi un test de dépistage dans les CCDAG était de 282 en 2010 et

de 567 en 2011 soit une proportion respectivement de 3,0% et de 7,1% des consultants dont le motif est connu.

Tableau 13: Motifs de recours au dépistage dans les CCDAG

Année	Examen prénuptial	femme enceinte	Rapport sexuel non protégé avec partenaire occasionnel	PS autorisées	PS clandestine	UDI	HSH	Autres
2010	3,1%	3,0%	71,1%	1,4%	3,7%	2,7%	2,2%	12,8%
2011	3,6%	7,1%	66,4%	1,7%	1,5%	5,2%	1,9%	12,7%

Un appui de la part de l'UNICEF a été apporté au dispositif de conseil et dépistage anonyme et gratuit du VIH avec l'évaluation de tout le dispositif en 2011-2012. Les résultats de cette évaluation devraient permettre d'améliorer l'apport de ces CCDAG.

3.2.2. Les connaissances et les comportements des populations les plus à risque (MSM, UDI, PS) vis-à-vis du risque d'infection par le VIH

En Tunisie, le système de surveillance de 2^{ème} génération a été mis en œuvre en 2009 avec le démarrage de la 1^{ère} série d'enquêtes sérocomportementale auprès des populations les plus à risque et ceci dans le cadre du projet du Fonds Mondial et avec l'appui de l'ONUSIDA et de l'OMS. Une 2^{ème} série de trois enquêtes sérocomportementale a été réalisée au cours de l'année 2011.

3.2.2.1. Les connaissances et comportements des MSM

Selon l'enquête comportementale de 2011, la part des MSM que les programmes de prévention parviennent à atteindre est de l'ordre de 39,6%. Seulement 25,3% des enquêtés ont une bonne connaissance des modes de transmission du VIH avec absence de fausses connaissances sur les modes de transmission du VIH. Ces proportions semblent être plus élevées chez les moins de 25 ans.

L'adoption des moyens de prévention est encore loin d'être satisfaisante. En effet, l'usage du préservatif lors du dernier rapport anal n'est notifié que chez 29% des enquêtés. Il en est de même pour le pourcentage de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat qui reste faible

Par ailleurs, 40% des MSM déclarent ayant des rapports sexuels à risque avec des hommes et des femmes.

Tableau 14: Connaissances et comportements des MSM

	âge				Total	
	25 ans-		25 ans+		N	%
	N	%	N	%		
Exposition aux programmes de prévention	447	42.5	554	37.0	1001	39.6
Bonne connaissance des modes de transmission du VIH + absence de fausses connaissances sur les modes de transmission du VIH	447	30.8	554	20.6	1001	25.3
Soumission à un dépistage volontaire du VIH	407	13.1	490	16.7	897	15.1
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport anal	447	32.3	553	27.0	1000	29.4
Rapports sexuels par voie anale avec de multiples partenaires durant les 6 derniers mois	447	81.8	554	85.3	1001	83.7
Hommes ayant des rapports sexuels à risque avec des hommes et des femmes	447	30.6	554	47.6	1001	39.8

Par rapport à l'année 2009, il semble qu'il n'y a pas eu d'amélioration des pratiques des HSH relativement à la prévention du VIH. Il peut s'agir d'une insuffisance de couverture par les prestations préventives et d'un manque d'efficacité des interventions assurées auprès de cette population dans un environnement socio politique peu favorable vis-à-vis des HSH.

En fait, les interventions auprès des HSH sont réalisées par deux ONG seulement (ATLMST/SIDA et ATUPRET) dont les capacités humaines, matérielles et en matière de savoir faire, malgré les acquis grâce au Fonds Mondial, semblent encore très limitées. Selon les ONG, d'une part, le nombre de contacts par personne exposée au risque est faible et d'autre part, ces interventions sont parcellaires et ne renferment pas le paquet minimal de

services essentiels à la prévention. La qualité de ces interventions est loin d'être parfaite. **Ainsi, on peut dire que ces actions manquent d'efficacité auprès des HSH chez qui la séroprévalence du VIH a augmenté d'une façon spectaculaire dans l'intervalle de deux années.**

Il est à signaler qu'après la révolution, les ONG ont eu des difficultés sur terrain pour atteindre les personnes appartenant aux populations les plus à risque. Ces dernières ont eu tendance à se cacher par peur d'être persécuté par certains groupes extrémistes. Il n'y a pas eu aussi des activités de plaidoyer auprès des décideurs et des hauts responsables. Par contre, des activités de plaidoyer et de sensibilisation ont été menées auprès des différents intervenants dans la riposte au VIH.

3.2.2.2. Les connaissances et comportements des UDI

La couverture des UDI par des programmes de prévention est très faible (3,5%). Néanmoins, la moitié possède tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus. Les comportements sexuels sont plutôt à risque avec un faible usage du préservatif (15,7%) et un recours au commerce du sexe de la part du quart des enquêtés.

Le pourcentage des personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat est le même qu'en 2009 (20%). La situation ne semble pas être meilleure qu'en 2009.

Néanmoins, l'accès aux seringues et aiguilles stériles semble adéquat (98%) ainsi que le pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue (87%) et ceci malgré l'absence d'un programme de distribution gratuite de ce matériel en Tunisie.

En fait, cette activité qui était assurée par les trois ONG thématiques appuyées par le projet du Fonds Mondial ; cependant, la quantité distribuée gratuitement dans ce cadre est loin de couvrir les besoins des UDI qui recourent dans la majorité des cas aux officines privées pour acheter les seringues et les aiguilles. Le nombre total de seringues distribuées en 2011 est de l'ordre de 137000 seringues pour un nombre estimé de 9000 UDI.¹⁹ Le pourcentage des enquêtés qui déclarent n'ayant eu aucun partage de matériel d'injection durant le dernier

¹⁹ Ministère de la Santé Publique, ONUSIDA. Modes of Transmission (MoT), draft du rapport 2012.

mois a augmenté de 53,9% en 2009 à 70,4% en 2011. Ce résultat est cohérent avec la stabilité de la séroprévalence du VIH.

Tableau 15: Connaissances et comportements des UDI

	Total		< 25 ans		25 ans et +	
	N	%	N	%	N	%
Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre	807	3,7	179	6,1	628	3,5
Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.	807	49,7	179	39,3	628	51,1
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant leur dernier rapport sexuel	777	23,1	172	32,3	605	15,7
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue.	807	87,4	179	90,3	628	87
Partage de matériel d'injection lors de la dernière prise de drogue	807	12,6	179	9,7	628	13
Aucun partage de matériel d'injection durant le dernier mois	805	70,8	179	73,8	626	70,4
Accès à des seringues/aiguilles stériles	793	96,1	179	97,5	614	97,8
Consommateurs de drogues injectables s'adonnant au commerce du sexe	684	28,3	166	47,4	518	25,6
Soumission volontaire à un test de dépistage du VIH	807	19,8	179	17,4	628	20,1

Les comportements à risque qui sont en partie en rapport avec les connaissances, sont fréquents et ont un impact sur la prévalence du VIH. D'ailleurs, la séroprévalence du VIH est de loin plus élevée chez les UDI qui ne connaissent pas le risque de transmission du VIH à travers l'utilisation de seringues non stériles (10,3% contre 1,9%, $p < 0,001$).

Il est urgent de reprendre la stratégie de réduction des risques qui a été élaborée en 2010 avec l'appui de l'ONUSIDA, et dont la mise en œuvre n'est pas encore entamée.

3.2.2.3. Les connaissances et comportements des PS

Une baisse des pourcentages des PS couvertes par les programmes de prévention (de 38,2% à 27,7%) a été notifiée. Aussi, le niveau des connaissances **des modes de prévention et rejet des fausses idées des modes de transmission** restent faibles (12,6% en 2009 et 15,9% en 2011). Au niveau des pratiques, il n'y a pas eu d'amélioration notable avec à peu près la même fréquence d'usage du préservatif avec le dernier client (51,6 en 2009) et le même taux de recours au dépistage.

Tableau 16: Connaissances et pratiques des PS

	Age				Total	
	25 ans -		25 ans +		Total	%
	Total	%	Total	%		
Touchée par les programmes de prévention	358	24,3%	630	29,7	988	27,3
Bonne connaissances des modes de prévention et rejet des fausses idées des modes de transmission	358	16.5	630	15.6	988	15.9
Usage du préservatif avec le dernier client occasionnel	327	58.7	554	52.5	881	54.8
Usage du préservatif avec le dernier client régulier	260	46.9	439	42.8	699	44.3
Test de dépistage	358	11,2	630	14,6	988	13,4

Le risque de contamination est en rapport avec les comportements. D'ailleurs, la prévalence du VIH chez les PS ayant eu 5 partenaires ou plus par semaine (0,89%) semble plus élevée que chez celles ayant moins de 5 partenaires (0,37).

Malgré la stabilité de la séroprévalence du VIH parmi les PS entre 2009 et 2011, la prudence et l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des interventions s'imposent même dans le nouveau contexte social qui a imposé la fermeture de certaines maisons closes après la révolution.

3.3. Soins, traitement et soutien auprès des PVVIH

3.3.1. Thérapie antirétrovirale

La prise en charge est encore assurée exclusivement par les quatre services hospitalo universitaires des maladies infectieuses répartis dans les zones où se concentrent les PVVIH correspondant aux régions à plus forte densité de population. Ces 4 pôles disposent de ressources humaines médicales et paramédicales spécialisées et d'un plateau technique permettant un suivi clinico-biologique de qualité pour l'ensemble des patients.

Actuellement, les achats et de gestion des stocks ainsi que les informations relatives au suivi des patients sont en grande partie informatisés. Des logiciels qui sont installés avec la création des bases des données au niveau des quatre hôpitaux de prise en charge (au niveau des services hospitaliers et des unités de pharmacie), ont aidé à améliorer la gestion de l'information et la gestion des ARV. Les ARV de 1^{ère} ligne sont achetés sur le budget de l'Etat et ceux de la 2^{ème} ligne sur le budget du Fonds Mondial. La gestion au niveau central est assurée par l'unité de pharmacie de la DSSB en collaboration avec le PNLS.

Par ailleurs, il est à souligner que, comme le témoignent les PVVIH, la qualité de la prise en charge s'est nettement améliorée avec le renforcement de l'éducation thérapeutique à l'aide du recrutement des assistantes sociales et des psychologues par la DSSB qui ont reçu une formation spécifique de la part du PNLS dans le cadre du projet GFATM.

A la fin de l'année 2011, le nombre de malades sous ARV est de 483 dont 281 hommes, 183 femmes et 19 enfants. 73% des patients sous ARV sont suivis à l'hôpital La Rabta à Tunis.

A la fin de l'année 2011, 283 patients sont suivis et sous ARV.

Parmi les cas suivis et éligibles au traitement sur les critères clinico-biologiques, le taux de couverture par la thérapie antirétrovirale est de 100%.

Néanmoins, selon les estimations à l'aide du logiciel EPP/Spectrum : le nombre estimatif d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé serait de 827 (789 adultes et 38 enfants) en 2010 et de 1007 (962 adultes et 45 enfants moins de 15 ans) en 2011, soit **un pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux respectivement de 50% (2010) et 48% (2011)**.

Ce faible pourcentage est dû à une multitude de raisons, entre autres, dû au fait que la majorité des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut de séropositivité. Selon les documents nationaux, la stigmatisation est un facteur clé qui décourage les personnes de faire le test malgré la disponibilité de sites pour le conseil et le dépistage volontaires et gratuits à travers le pays.

Au cours de l'année 2010, une stratégie nationale pour le traitement des PVVIH par les antirétroviraux a été élaborée et validée par les membres du comité national de prise en charge des PVVIH et des recommandations nationales de prescription des ARV sont devenus disponibles permettant d'harmoniser les prescriptions au niveau des sites chargés par la prise en charge médicale des PVVIH. Ainsi, les praticiens ont tendance à se conformer à ce protocole notamment que les ruptures des stocks des ARV sont devenues moindres.

L'observance des patients au rendez vous des visites de contrôle est satisfaisante. Le pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement :

- **12 mois** après le début de la thérapie antirétrovirale est de 96 % (48/ 50) (en 2009 : 96,0%), les deux patients sont décédés.
- **24 mois** après le début de la thérapie antirétrovirale est de 90,7 % (49/ 54) (en 2009 : 92,4%),
- **60 mois** après le début de la thérapie antirétrovirale est de 62,5% % (25/ 40).

Suivi des femmes enceintes séropositives :

Au cours des deux années (2010-2011), le nombre des femmes enceintes suivies et mis sous ARV (7 en 2010 et 9 en 2011) a augmenté par rapport aux années 2008 (zéro) en 2009 (3 femmes). Selon le modèle EPP/Spectrum, la transmission du VIH de la mère à l'enfant est estimée à la proportion de 20%.

Les enfants nées de mères séropositives connues et suivis ont tous subi après la naissance des tests virologiques de dépistage.

Prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH

Le nombre des cas de coinfection par le VIH et la tuberculose notifié et mis sous traitement (ARV et antituberculeux) est de 23 en 2011 (dont un de nationalité libyenne). Ce chiffre des cas notifiés a augmenté par rapport aux années précédentes grâce au démarrage de la nouvelle stratégie du programme de lutte contre la tuberculose et qui consiste à proposer systématiquement le dépistage du VIH aux patients tuberculeux suivis. Il pourrait aussi être en rapport avec un meilleur dépistage de la tuberculose parmi les PVVIH. Cependant, la couverture par ces activités de dépistage parmi les PVVIH (dépistage de la tuberculose) et

parmi les tuberculeux (autour de dépistage du VIH) est à améliorer. En fait, seulement le 1/10 des tuberculeux bénéficie de ce dépistage.

3.3.2. La prise en charge psychosociale

La prise en charge psychosociale s'est nettement améliorée à travers la mise en œuvre du dispositif national d'appui psychosocial. Il comporte:

- Le recrutement des psychologues et assistants sociaux affectés dans les structures de prise en charge, les services régionaux de santé et certains ONG, on peut identifier deux niveaux ;
- le recrutement d'accompagnateurs socio-sanitaires issus de la communauté des PVVIH et accrédités suite à un cycle de formations
- la collaboration entre les services hospitaliers de prises en charge des PVVIH, les services régionaux des soins de santé de base, le Ministère des Affaires Sociales, (MAS) et les ONG y compris le groupe de soutien aux PVVIH.

Pour améliorer la qualité de vie des PVVIH et de leurs familles par une prise en charge psychosociale optimale, les actions entreprises déjà depuis 2008 avec le projet du Fonds Mondial se sont poursuivies. Il s'agit de l'assistance au logement, le soutien scolaire, le soutien alimentaire, le soutien psychologique, la consultation juridique, les activités génératrices de revenus et l'insertion socioprofessionnelle. La mise en œuvre de ces activités est sous la responsabilité du Ministère des affaires sociales (MAS) et de certaines ONG. Pour l'année 2010, le MAS a assuré la réalisation de 53 en 2010 et 41 en 2011 activités génératrices de revenus (AGR) dont 32 pour des PVVIH hommes et 21 PVVIH femmes et a accordé des aides sociales (4 en 2010 et 7 en 2011) relatives à l'habitat, à l'ameublement, etc.. En 2011, les activités ont été réalisées essentiellement au cours du 4^{ème} trimestre à cause de la lenteur des processus administratifs survenue juste après la révolution. Le MAS a continué à octroyer aussi des cartes aux PVVIH les plus démunis afin de bénéficier de la gratuité des transports publics ainsi que des soins dans les structures de prise en charge et des aides financières.

L'année 2011 a été marquée par la création d'une nouvelle ONG des PVVIH qui n'a pu voir le jour qu'après la révolution avec la nouvelle réglementation relative aux associations et aux ONG promulguée dans le nouveau contexte tunisien très favorable à la promotion des droits humains.

4. MEILLEURES PRATIQUES

4.1. Environnement politique en faveur de la promotion des droits humains:

Dans le contexte de changement politique que connaît actuellement la Tunisie, l'ouverture vers une redéfinition de la gouvernance des politiques publiques et l'attachement à la réalisation des droits humains sont des éléments favorables au renforcement de l'engagement en faveur d'une riposte au VIH basée sur les droits. Les représentants de pays de la région MENA, dont la Tunisie, avaient déjà exprimé en 2010 dans la « Déclaration de Dubaï en vue de l'Accès Universel à la prévention, au traitement, soins et soutien liés au VIH », leur engagement pour le respect des droits humains, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et la mise en place d'une gouvernance dynamique, multisectorielle et redevable pour aborder les questions liées au VIH. Aujourd'hui, la Tunisie inscrit largement sa stratégie nationale de riposte au VIH/sida 2012-2016 dans cette perspective, notamment à travers l'axe stratégique prioritaire 3 entièrement consacré à la « Réforme du cadre juridique et promotion des droits humains pour la garantie de la dignité de la personne et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida ». Par ailleurs, la promotion des droits humains avec la promulgation d'un nouveau texte réglementaire relatif à la vie associative a permis aux PVVIH après tant d'années de combat, de créer une ONG qui les représentent, l'ONG 'RAHMA'.

Dans ce cadre, d'autres actions ont été réalisées :

Tunisie : Session de formation sur «le Sida et les droits humains»

L'Office national de la famille et de la population (ONFP) a organisé, en collaboration avec le Centre Africain de Perfectionnement des Journalistes et Communicateurs (CAPJC) au profit de ces derniers, et ce du 21 au 26 novembre 2011, une session de formation au profit des représentants de la presse écrite, audiovisuelle et électronique sur «le Sida et les droits humains».

Cette session de formation s'est inscrite dans le cadre du programme de coopération avec le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, et dans le cadre de la célébration de la journée internationale de lutte contre le Sida, qui coïncide avec le 1er décembre de chaque année.

Elle a eu pour objectif de renforcer la participation des médias aux efforts de mobilisation et de concertation visant à diffuser les divers comportements préventifs de lutte contre les IST/Sida, à mieux sensibiliser de l'importance de l'encadrement des porteurs du VIH/Sida et à lutter plus efficacement contre toutes les formes de ségrégation et de marginalisation.

Extrait du webmanagercenter.com 24/10/2011

4.2. L'Approche participative pour la préparation du PSN 2012-2016

Au cours de l'année 2010 et avant d'entamer la préparation du nouveau plan stratégique, une Revue de l'accès universel à la prévention, traitement et au soutien aux PVVIH²⁰ et aussi une Analyse de la situation épidémiologique du VIH et de la riposte nationale au sida²¹ ont été effectuées avec l'appui de l'ONUSIDA et de l'équipe conjointe des Nations Unies sur le sida. Les rapports ont été discutés et validés avec les partenaires (OG, ONG, Nations Unies, bilatéraux) qui ont été impliqués dans le processus de l'élaboration du PSN 2012-2016, le plan opérationnel et les plans sectoriels.

La préparation du nouveau plan stratégique 2012-2016 s'est étalée sur une période environ de 12 mois avec l'organisation de six ateliers de réflexion et de consensus avec l'ensemble des partenaires OG et ONG du PNLIS et avec l'appui des consultants. Le plan opérationnel et les plans sectoriels ont été préparés par les partenaires et ensuite consolidés, discutés et validés avec eux. Les innombrables séances de travail et de suivi ont été assurés par un

²⁰ Ministère de la Santé Publique, ONUSIDA, OMS. Revue de l'accès universel à la prévention, traitement et au soutien aux PVVIH 2010.

²¹ Ministère de la Santé Publique, ONUSIDA, OMS. Analyse de la situation épidémiologique du VIH et de la riposte nationale au sida 2010.

comité restreint mais représentatif du CNLS avec la participation des personnes ressources au niveau du pays.

Ce processus qui a été relativement long a le mérite d'impliquer plus activement l'ensemble des partenaires dans la planification, notamment les représentants des populations clés et des personnes vivant avec le VIH. En fait, ce processus a été associé à celui de la préparation de la proposition de la Tunisie pour avoir une subvention auprès du Fonds Mondial. En outre, il a bénéficié de l'appui technique et financier de l'ONUSIDA, et de l'accompagnement de l'ensemble de l'équipe conjointe des Nations Unies sur le sida.

La stratégie nationale pour la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant a été révisée et son intégration au programme national de périnatalité est prévue dès 2011. C'était dans le cadre d'une nouvelle collaboration entre les deux programmes nationaux de périnatalité et de lutte contre le VIH/sida avec l'appui de l'UNICEF.

4.3. Le renforcement du système communautaire

Au cours de l'année 2011, il y a eu une analyse du système communautaire avec l'élaboration de la composante de renforcement du système communautaire. Ceci a été réalisé dans le cadre de la préparation de la requête nationale pour le Fonds Mondial, avec un financement de la part de *l'Agence de coopération technique allemande pour le développement (GTZ) et avec l'appui technique de l'ONUSIDA.*

- La coordination entre ONG :

Le renforcement du système communautaire : La coordination est essentielle

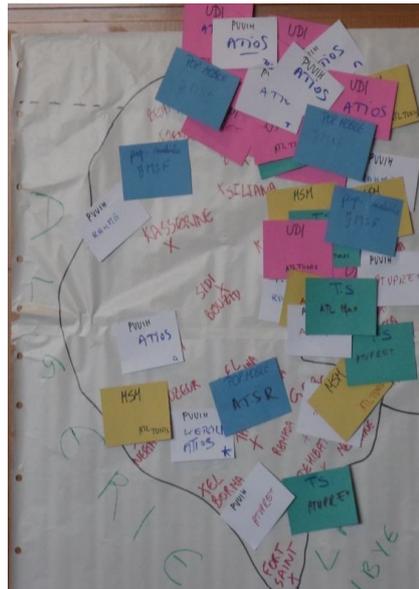
Les années 2010 et 2011 ont été marquées par une meilleure entente entre les ONG ce qui a facilité la coordination entre ces ONG et une élaboration d'une cartographie pour l'intervention. En fait, d'abord, les ONG ont été encouragées à se mettre autour d'une même table pour discuter en profondeur la situation relative au VIH et participer activement à la préparation du nouveau plan national stratégique 2012-2016 et à la demande de subvention auprès du Fonds Mondial.

Au cours de l'élaboration d'un processus de renforcement du système communautaire, un exercice collectif de cartographie a eu lieu. On a demandé à toutes les ONG œuvrant auprès des

populations clés d'identifier les populations et les villes ciblées par celles-ci. La carte produite suite à cet exercice a révélé une concentration de programmes dans le Nord et le Nord-est du pays, avec une présence minimale au Centre, Ouest et le Sud.

Par ailleurs, même dans les régions du Nord et du Nord Est, il s'est avéré que certaines zones ne sont pas du tout couvertes alors que d'autres bénéficient de différents intervenants avec des paquets de services très variés

Par la suite, les ONG sont arrivées à établir une cartographie avec répartition des zones d'intervention et une répartition des tâches et à initier une standardisation des interventions auprès des différentes populations clés.



Cartographie de la riposte au VIH par les ONG Tunisiennes. Chaque couleur indique une population cible différente. Chaque carte indique une organisation différente. Les cartes furent placées par le personnel des ONG durant un atelier organisé en novembre 2011, à Tunis. Photo prise par ATIOS

➤ **La coordination au niveau international et le renforcement des capacités de la société civile travaillant auprès des MSM**

«Favoriser l'accès aux services de lutte contre le VIH pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes: réflexions sur situation»

Rencontre entre pays : Tunisie, Algérie, Maroc et le Liban



Au mois de Novembre 2011, l'ATL /MST avec le support du « HIV Alliance Internationale » dans le cadre de leur programme régional Afrique du Nord et Moyen orient, a organisé une rencontre pour les quatre pays concernés par le projet intitulé «Favoriser l'accès aux services de lutte contre le VIH pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes: réflexions sur situation» notamment le Liban, l'Algérie, la Tunisie et Le Maroc. Les partenaires présents à cette rencontre étaient :

- Sur le VIH et santé : SIDC et Oui pour la Vie (Liban), APCS (Algérie), OPALS (Maroc), ATL/MST

(Tunisie)

- Sur les LGBT : HELEM (Liban)
- Sur le Développement : AMSED (Maroc).

Les objectifs de cette rencontre portaient sur une analyse positive du programme HSH, sur les priorités, et les résultats attendus, à savoir : possibilité d'étendre l'accès, améliorer la qualité des prestations et services, et créer un environnement favorable touchant aux partenariats avec les prestataires de services et l'action de plaidoyer.

Les partenaires ont pu identifier un plan d'action régional touchant au renforcement des capacités de chacun des partenaires (Formation de gestion administrative, formations programmatiques sur le suivi et évaluation et la documentation programmatique ainsi que sur les bonnes pratiques pour la santé sexuelle des Hommes ayant du Sexe avec les Hommes, et formation institutionnel sur la communication par l'association ainsi que la documentation et le partage systématique de renseignements). Les résultats de ces formations seront en étroite corrélation avec les programmes Nationaux ; ainsi des activités seront organisées suite à ces formations.

De même, suite à cette réunion, les partenaires élaboreront un calendrier des activités à suivre ainsi que des indicateurs de performance, en fonction des trois résultats intermédiaires du programme identifiés pour l'année 2012, à savoir : 1- Etendre l'accès, 2- Améliorera la Santé ; et 3- Créer un environnement favorable.

A la fin de la réunion, les partenaires ont visité le nouveau centre de formation de l'ATL /MST qui a été inauguré le 1er décembre 2011.

ATL – Section Tunis : Rencontre Tunisie / Maroc/ Algérie et Liban: VIH – et HSH –
14 décembre 2011

4.4. Prévention

➤ Dépistage :

- L'évaluation des CCDAG qui sont créés et mis en fonctionnement progressive après l'actualisation des textes de loi sur le dépistage anonyme et gratuit du VIH en 2008 ; l'analyse de résultats est en cours.
- Les initiatives de la part de certaines ONG d'organiser des caravanes de sensibilisation et de dépistage méritent d'être étudiées :



➤ La diversification des méthodes d'éducation et de communication :

A l'initiative de l'ONFP et en partenariat avec l'UNFPA:**Un théâtre de Tunis parle du VIH/SIDA**

Pour tenter de mieux sensibiliser au VIH/SIDA, une nouvelle pièce "Danse avec le singe" parrainée par l'Office National tunisien pour la Famille et la Population (ONFP), destinée aux jeunes, a été présentée au public à partir du 9 décembre 2010 à Tunis. Elle parle de certaines des idées reçues qui entourent l'épidémie de VIH/SIDA.

Elle vise directement certains des sujets tabous dans la société tunisienne.

Avec son professionnalisme habituel, le metteur en scène Taoufik Jebali a réussi "à répondre à la plupart des questions qui sont posées au sein des familles tunisiennes sur le SIDA".

"Avec ce travail, je n'ai pas voulu me transformer en prêcheur ou en guide. Je n'affirme pas avoir un message. Mais j'ai un but que je veux réaliser : répondre, par le langage du théâtre, à plusieurs questions sur le SIDA", a expliqué Jebali à Magharebia.

Jebali, qui a également écrit le script de la pièce, avec les contributions de plusieurs jeunes acteurs et actrices. C'est un travail artistique complexe, par lequel nous avons voulu rapprocher le sujet du SIDA du grand public, notamment parce que de nombreux obstacles nous empêchent encore de traiter certaines questions, comme le SIDA, qu'un certain nombre de personnes considèrent encore comme un non-problème ou qui n'apparaît que comme une forme de propagande."



Une pièce présentée par El Teatro Studio de Tunis souhaite répondre à certaines des difficiles questions qui entourent le SIDA.

Extrait d'un texte écrit par Jamel Arfaoui pour Magharebia à Tunis – 16/12/2010

➤ **L'association des PVVIH aux activités de sensibilisation:**

Atelier de travail autour des droits des personnes vivant avec le sida (ATUPRET)**Témoignage d'une PVVIH**

Cet atelier organisé par l'ATUPRET à Sfax en juin 2010 vise une meilleure sensibilisation des responsables dans les différents postes tels que les structures judiciaires, les médias, les services de sécurité, les secteurs de la santé publique et des affaires sociales, l'éducation et le tissu associatif.

Le programme de cet atelier a compris une série d'interventions sur les droits des personnes vivant avec le VIH, sous un angle juridique, social et médical

L'atelier a été marqué par le témoignage d'une personne vivant avec le VIH depuis sept ans. Le patient a évoqué son expérience à l'échelle des difficultés qu'il a rencontrées, à cause de sa maladie. Il a, en outre, parlé du succès de sa réinsertion dans les circuits sociaux et professionnels, avec l'aide des différentes structures médicales et associatives, et grâce à l'encadrement psychologique, sanitaire et social total dont il a bénéficié.

Ce témoignage a renforcé le débat qui s'est axé sur les droits du patient.

ATUPRET Juin 2010

➤ Les interventions auprès des détenus

L'expérience d'ATIOS en matière de prévention du VIH auprès des détenus

Dans le cadre de son partenariat avec la direction générale des prisons et des centres de rééducation (DGPR), l'Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le Sida (ATIOS), intervient auprès des détenus dans les prisons du pays depuis plus de quatre années. ATIOS présente à cette population considérée plus à risque notamment à cause du nombre des UDI en prison, un paquet des services diversifié avec la distribution des préservatifs lors des séances de sensibilisation de la part des éducateurs.

Depuis mai 2010, l'association a intégré le dépistage rapide du VIH/SIDA en milieu carcéral, ce qui permet aux détenu(e)s de connaître leurs profils sérologiques et d'être conseillé.

ATIOS participe aussi à une intervention pilote pour 20 détenus usagers de drogues comportant un programme de désintoxication par l'abstention et le développement de l'estime de soi, un programme d'éducation physique, la sensibilisation en matière de VIH/Sida, le Conseil et le dépistage anonyme et volontaire, etc..

Le contact avec ces jeunes usagers de drogues est personnalisé. Des séances interactives, des focus groups, des conseils individuels et éventuellement une prise en charge psychosociale suite à leurs libération de la prison. Certains sont recrutés à leur sorti du prison par l'association comme éducateurs pairs.

Témoignage de Docteur Samir Bouarrouj, Coordinateur au sein d'ATIOS

4.5. La prise en charge des PVVIH

Dans le domaine de la prise en charge des PVVIH, il est à souligner qu'un certain nombre d'actions est déjà acquis avant 2010 à savoir, l'introduction et la généralisation des ARV vers les années 2000 et l'engagement dans un processus de réduction des coûts des traitements ARV (Accelerated Access Initiative) avec l'appui de l'OMS et l'ONUSIDA en 2002; l'élargissement de la liste des antirétroviraux disponibles depuis 2008; la mise en place d'un dispositif national de prise en charge psychosociale et sociale des PVVIH en 2009 avec un accès aux activités génératrices de revenu pour les PVVIH en partenariat avec le Ministère des Affaires Sociales. D'autres mesures sont adoptées depuis le début de l'épidémie, visant à faciliter l'accès des personnes séropositives aux soins (prise en charge gratuite pour les non assurés sociaux, usage gratuit du transport commun, aides sociales ...).

Au cours de la biennie 2010 et 2011, pour améliorer la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH, un certain nombre de mesures ont été mises en place :

- l'élaboration de recommandations nationales sur la trithérapie antirétrovirale en 2010;
- le suivi biologique des PVVIH avec le renforcement des capacités du laboratoire de microbiologie de référence;

- la surveillance de la résistance du VIH aux ARV.
- l'implication plus active des PVVIH dans la riposte nationale à travers la création, avec l'appui du PNLS, d'un groupe de médiateurs socio-sanitaires qui aide à la résolution de certains problèmes liés à l'observance et à la lutte contre la stigmatisation.
- la création du Groupe de Soutien des personnes vivant avec le VIH (GS++) en 2010 et la reconnaissance statutaire de l'association des PVVIH RAHMA, après la révolution du 14 janvier. Ce qui était d'un apport considérable pour permettre aux PVVIH de s'impliquer dans la riposte nationale à travers un cadre officiel bien structuré.

Bien que les capacités de ces deux organismes doivent encore être renforcées, elles ont initié des activités de terrain ayant un effet direct sur la qualité de vie des PVVIH à travers l'orientation, l'appui psychologique, l'aide financière et le rapprochement de certains services sociaux.

Les ONG thématiques notamment ATUPRT et ATLMST/sida, interviennent aussi auprès des PVVIH :

**La prise en charge psycho- sociale des PVVIH :
participation de l'ONG ATUPRET**

Pendant le premier trimestre 2011(Janvier, Février, Mars) l'ATUPRET a continué son travail concernant la prise en charge des PVVIH. La responsable de cette mission a effectué des visites à domicile pour 20 PVVIH de différentes régions dont Sousse, Gabes, Nabeul, Zarzis, Djerba, Bizerte, Monastir et Eldjem.

L'ATUPRET a fourni aussi des aides alimentaires pour 5 PVVIH, des aides de logement pour 5 PVVIH et des aides scolaires pour 14 enfants affectés ou infectés par le VIH.

Ce soutien psychosocial peut améliorer la qualité de vie des PVVIH et leur favoriser une meilleure intégration dans la société.

Extrait du rapport d'activité d'ATUPRET

4.6. Lutte contre la discrimination et la stigmatisation

ATL MST/SIDA : lutte contre la stigmatisation des PVVIH

Dans le contexte du VIH/SIDA, plusieurs droits fondamentaux sont menacés tels que: le droit à la non-discrimination, le droit à la vie privée, le droit à des normes suffisantes en matière de sécurité sociale et le droit au travail.

Dans ce contexte, l'ATL MST/SIDA de Sfax a organisé en partenariat avec trois sections régionales de Sousse et Bizerte, 3 ateliers régionaux de sensibilisation des décideurs et de la société civile sur les droits des PVVIH. Ces activités s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre la stigmatisation et la promotion des droits des PVVIH.



ATL MST-SIDA section de Sfax, extrait de rapport d'activité 2011

4.7. Le système de suivi évaluation

- La réalisation de la 2^{ème} série des enquêtes bio-comportementale auprès des populations clés en 2011.

5. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

5.1. Les progrès réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles dont il fait état dans le Rapport d'activité au niveau national de 2012

Dans le but de surmonter les principaux obstacles à la prévention, au soin et au traitement, un ensemble d'actions a été réalisé touchant à différents domaines :

Domaine / Points faibles et obstacles (2010)	Intervenants et Progrès dans les mesures correctives
Droits Humains et lutte contre la discrimination	<p>Actions de plaidoyer et de sensibilisation pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et les personnes appartenant à des populations plus exposées au risque du VIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ONFP (bénéficiaire principal du projet du Fonds Mondial) : Sensibilisation des élus locaux, régionaux et les parlementaires pour le plaidoyer dans le domaine de la prévention et de la lutte contre l'exclusion à travers 10 réunions régionales, des ateliers au profit des personnels des ministères de la santé, de la justice et droits de l'Homme et autres intervenants sur les IST/SIDA (60 personnes ciblées), 3 sessions de formation du personnel de santé (services hospitaliers et CCDAG) sur la non stigmatisation • MAF / ONFP : faire participer les leaders religieux et les prestataires de service à la prévention pour une meilleure acceptation sociale des PVVIH • ATLMST/sida : 100 journalistes, étudiants en journalisme et professionnels de mass média sensibilisés
Planification et programmation	<p>Elaboration du nouveau PSN</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'élaboration d'une stratégie Réduction des risques auprès des UDI avec l'appui de l'ONUSIDA en 2010
Actions de prévention visant les populations vulnérables et notamment les jeunes	<p>DMSU: plus de 10000 jeunes scolarisés touchés par des activités de CCC de proximités :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcement de la communication auprès des jeunes à travers des séances de sensibilisation et à travers la CCC (implication des éducateurs pairs) au niveau des institutions de l'enseignement secondaire et de l'enseignement supérieur ➤ Matériel de communication fourni pour les équipes médico- scolaires au niveau des régions

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formation des animateurs des clubs de santé, maison de jeunes, etc. <p>DGSM /ONFP : activités de sensibilisation et de prévention auprès des 7500 jeunes recrues militaires</p> <p>MAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ actions de sensibilisation auprès des tunisiens à l'étranger dans les pays d'accueil ➤ 3500 personnes en milieu de travail touchées par des actions de sensibilisation dans différentes régions <p>ONFP :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diffusion de spots TV et radio sur les comportements à risques ➤ Production d'affiches, dépliants et supports ➤ réunions et un atelier de plaidoyer avec les professionnels des médias ➤ Renforcement de l'accueil des adolescents et des jeunes pour l'information, le conseil, la prise en charge et la documentation sur les IST VIH/SIDA dans les centres d'accueil des jeunes au niveau des délégations régionales de l'ONFP <p>Scouts : séances de sensibilisation, pièces théâtrales</p> <p>ONG thématiques : Organisation d'actions de sensibilisation du grand public sur la prévention du VIH à l'occasion des campagnes de don du sang volontaire</p> <p>MAF :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formation de 140 éducateurs dans 7 régions sur les techniques de communication pour assurer la sensibilisation des femmes et jeunes fréquentant les centres et pôles de rayonnement relevant du MAFFEPA ➤ duplication du guide, ➤ équipement en matériel de communication <p>CNTS : formation de formateurs du personnel de l'unité centrale de transfusion sanguine et des banques du sang sur les techniques de communication et les actions de prévention</p>
<p>Interventions visant directement les populations les plus exposées au risque du VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actions assurées sur le terrain par les éducateurs pairs avec communication pour le changement de comportement, distribution des préservatifs, du lubrifiant pour les HSH, des seringues stériles pour les UDI, offre du conseil et dépistage du VIH : plus de 10 mille personnes parmi les MARPS ont été touchées par ces activités ➤ Services de prévention offerts dans les centres d'accueil des ONG ATLMST/sida, ATIOS, ATUPRET ➤ Actions auprès des détenus dans les prisons avec pratique du dépistage anonyme dans le milieu carcéral ➤ Services d'aides au sevrage pour les UDI au centre de désintoxication de l'ATUPRET à Sfax

Renforcement des capacités des ONG	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipement des locaux et des centres d'accueil des jeunes et des populations les plus exposées au risque du VIH ➤ Indemnisation du personnel des ONG ➤ Former des cadres des ONG sur la Gestion axée sur les résultats, sur le suivi et évaluation, etc ...
Conseil et dépistage	Création et mise en fonctionnement progressive de plusieurs Centres de Conseil et de Dépistage Anonyme et Gratuit à partir de 2008. Fin 2011 le nombre des CCDAG s'élève à 25 dont certains sont gérés par les ONG. Une revue approfondie du dispositif de conseil et dépistage anonyme a été effectuée en décembre 2011-janvier 2012.
PTME	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formation sur la PTME des personnels des consultations externes, des maternités ➤ révision de la stratégie nationale PTME en 2010 et la prévision de son intégration au programme national de périnatalité dès 2011
PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actions de formation du personnel impliqué dans la prise en charge médicale : médecins, paramédicaux (sur la prise en charge globale de l'infection à VIH) , biologistes, pharmaciens ➤ Formation des médiateurs de santé et élaboration et diffusion d'un guide ➤ Nombre de manuels destinés aux professionnels sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, l'appui psychosocial, la prévention de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant, etc. ont également été élaborés et diffusés ➤ Recrutement dans le cadre du GFATM de psychologues et assistantes sociales au profit des services chargés de la prise en charge des PVVIH, ➤ Former et recycler les assistantes sociales et les éducateurs sociaux sur la PEC psychosociale des PVVS et de leurs familles. ➤ Participation des cliniciens et personnes chargées du volet social et psychologique à la planification et l'élaboration du PSN 2012-2016 ➤ soutien social pour les plus démunis parmi les PVVIH : Convention avec un juriste pour assistance juridique, ➤ Assistance scolaire à 100 enfants infectés et affectés par le VIH, assistance diverses à 100 familles (logement, alimentaire, situation d'urgence...), Visites à domicile
VIH et Tuberculose	Meilleure collaboration entre le PNLS et le programme de lutte contre la tuberculose. En effet, à partir de 2010, le dépistage systématique du VIH parmi les patients tuberculeux et prise en charge conjointe des patients.
Suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réalisation de la 2^{ème} série de 3 enquêtes sérocomportementales auprès des HSH, UDI, et PS ➤ Evaluation du système de surveillance du VIH (avec l'appui de l'OMS)

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Meilleure estimation des tailles des populations les plus à risque à travers : <ul style="list-style-type: none"> a- les études sérocomportementale qui ont englobé une composante d'estimation des tailles par la méthode des multiplicateurs / méthode de l'objet unique. b- l'étude MoT qui a suscité des réunions et des discussions entre les différents intervenants : partenaires notamment les ONG et personnes ressources.
--	--

Néanmoins, certains points faibles et obstacles identifiés dans le rapport 2010 persistent encore, tels que la réforme du CNLS, le renforcement du niveau régional et la décentralisation de certaines actions (suivi , évaluation...) . Le retard est en partie occasionné par le contexte sociopolitique après la révolution.

5.2. Les obstacles ayant entravé la riposte nationale

La situation épidémiologique indique que l'épidémie est devenue concentrée notamment auprès des HSH dans certaines zones. En fait, les comportements exposant au risque de contamination par le VIH sont fréquentes et la couverture par des actions de prévention est toujours faible malgré le renforcement relatif des capacités des 3 ONG thématiques et l'intensification des actions de prévention. Les obstacles ayant empêché l'atteinte des objectifs préétablis seraient en rapport avec :

- L'environnement socio économique et politique: Avec la révolution et la crise socioéconomique dans le pays, la problématique de l'infection au VIH n'a pas été considérée comme prioritaire au niveau national, avec absence d'interventions mises en oeuvre pour:
 - renforcer le financement du PNLIS,
 - lutter contre la discrimination et la stigmatisation (des réglementations et des pratiques des certains intervenants constituent des barrières à l'accès des populations clés aux services de prévention et aussi des barrières à la poursuite des activités des ONG auprès des populations clés (notamment après le 14 janvier)
 - lancer la stratégie nationale de réduction des risques auprès des UDI.
- La stigmatisation et le risque de discrimination : La stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH et les populations clés persistent y compris en milieu de soins.
- Les capacités de mise en oeuvre et de gestion :

- Au niveau du PNLS et de son unité de suivi évaluation : les limites des ressources humaines, matérielles et financières entravent la bonne gestion du programme,
 - Au niveau de la société civile : Seulement 4 ONG thématiques (ATLMST/sida, ATUPRET, ATIOS et récemment RAHMA) sont impliquées dans les activités de prévention auprès des populations les plus exposées au risque du VIH et les activités de soins et soutien au PVVIH. Malgré le renforcement acquis dans le cadre du projet du Fonds Mondial, les capacités humaines, techniques et financières de ces ONG restent très limitées pour assurer une bonne couverture de ces populations et fournir une prévention combinée avec le paquet minimum de services essentiels, c'est-à-dire des services efficaces.
 - Au niveau des structures de prise en charge des PVVIH : limitée aux quatre services hospitalo-universitaires des pathologies infectieuses à Tunis, Sousse, Monastir et Sfax, ce qui entraîne une accessibilité difficile notamment pour les PVVIH de l'intérieur du pays.
- La coordination :
- Le CNLS n'est pas fonctionnel : au niveau national, la coordination de la riposte est assurée par le CCM qui est mis en place en Tunisie depuis l'introduction du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, en 2007. Ce comité qui a subi une réforme aussi bien dans sa structure qu'au niveau de son statut, accompagne le pays dans la mise en œuvre des stratégies de riposte au sida et à la tuberculose mais cela concerne plutôt les aspects qui entrent dans le cadre du projet du Fonds Mondial. Le comité national de lutte contre les IST/VIH, mise en place depuis 1992 ainsi que ses comités ne se réunissent qu'en cas de besoin.
 - L'absence de coordination entre ONG est à l'origine d'un chevauchement des activités dans certaines zones alors que d'autres ne sont pas du tout couvertes. En l'absence de référentiels communs relatifs à la qualité des services et d'un cadre national régulateur, les interventions des ONG sont loin d'être standardisées.
 - Le service régional des soins de santé de base n'assure pas la coordination au niveau des régions ; son rôle est limité à la gestion de certaines activités

dans les structures sanitaires périphériques (prise en charge des IST selon l'approche syndromique, conseil et dépistage dans les CCDAG et l'acheminement des rapports d'activités).

- La difficulté de mobiliser les ressources notamment de la part des ONG : actuellement l'Etat qui couvre les dépenses liées au dépistage du VIH et à la prise en charge des PVVIH (y compris le traitement par les ARV, le traitement des infections opportunistes et les IST, le suivi biologiques à travers les CD4 et la Charge virale, les investigations complémentaires cliniques et biologiques pour les PVVIH) et le Fonds Mondial constituent les deux sources principales de financement de la riposte en Tunisie. En fait, la politique de mobilisation des ressources n'est pas encore précisée. En l'absence de nouvelles sources de financement et notamment après la fin des budgets obtenus auprès du Fonds Mondial, les activités réalisées par les ONG risquent de s'arrêter.
- Le système national du suivi évaluation mis en place en 2009 n'est pas encore opérationnel. Le suivi de la mise en œuvre des activités est assuré presque exclusivement par l'unité de gestion du projet du Fonds Mondial. Les rapports d'activités établis sont ceux de l'unité de gestion du Fonds Mondial qui collecte l'information auprès des partenaires bénéficiaires du projet Fonds Mondial. D'ailleurs la rétro information de la part du PNLS aux partenaires et au niveau régional n'a pas été assurée durant les deux dernières années. La situation a empiré avec l'inertie administrative survenue au cours de la révolution et le départ du personnel médical gestionnaire du PNLS. A souligner que le système de suivi et évaluation du nouveau PSN n'est pas encore élaboré.
- La situation épidémiologique relative au VIH chez les détenus n'est pas connue malgré la présence des comportements exposant au risque d'infection.
- Le faible usage du préservatif malgré sa disponibilité.
- Le faible recours au dépistage avec une activité limitée au niveau des CCDAG.
- La difficulté d'accès des populations clés notamment les HSH et les PS à des services de dépistage et de prise en charge des IST.
- L'adhésion des cliniciens au protocole de prise en charge des PVVIH n'est que partielle en ce qui concerne le dépistage systématique et prophylaxie de la tuberculose chez les PVVIH, la prescription de la cotrimoxazole n'est pas standardisée, les protocoles thérapeutiques des ARV, etc.. ce qui pourrait retentir sur la qualité de la prise en charge des PVVIH.
- La gestion des ARV avec des épisodes récurrents de rupture des stocks notamment au service des maladies infectieuses à La Rabta (Tunis).

5.3. Les mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus

Au niveau international, l'ensemble des stratégies (la stratégie mondiale OMS du secteur de la santé contre le VIH/sida 2011–2015, la Stratégie de l'ONUSIDA 2011–2015 : Objectif Zéro et la stratégie et les programmes de l'UNICEF pour promouvoir l'équité) insiste sur la nécessité de mieux adapter les ripostes nationales contre le VIH aux épidémies locales, de décentraliser les programmes pour les rapprocher de ceux qui en ont besoin et de les intégrer aux autres services de santé et des communautés pour obtenir l'impact maximal²².

La Tunisie dispose d'une analyse de la situation et d'une connaissance assez adéquate de son épidémie ainsi qu'un nouveau PSN 2012-2016 élaboré en considérant son contexte. Il s'agit d'atteindre l'accès universel pour tous ceux qui en ont besoin à un ensemble d'interventions de prévention, de traitement, de soins et de soutien dans le domaine du VIH.

Des défis énormes sont à relever pour consolider les acquis et avoir un environnement favorable à la mise en œuvre de ce PSN en ciblant essentiellement les populations les plus exposées et notamment les HSH, les UDI, les PS et les détenus et les PVVIH. L'engagement politique étant primordial.

- Maintien des acquis et particulièrement de l'engagement politique dans le nouveau contexte social.
- Lutter contre la discrimination et la stigmatisation à travers entre autres la réforme des textes de lois et pratiques contradictoires avec les impératifs de la santé publique et les droits humains: L'Elaboration d'une stratégie de plaidoyer pour la réforme des textes et la mettre en œuvre.
- Renforcer le PNLN en ressources humaines, matérielles et financières et son unité de suivi évaluation pour la rendre fonctionnelle,
- Renforcer le Comité National de Lutte contre le Sida pour une meilleure coordination de la réponse au VIH. En fait ces trois axes (PSNL, Unité national de suivi évaluation, CNLS) constituent les « trois principes » recommandés par l'ONUSIDA et auxquels la Tunisie a adhéré.
- Mettre à jour et lancer la stratégie nationale de réduction des risques auprès des UDI.

²² OMS, ONUSIDA, UNICEF. La riposte mondiale au VIH - Le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel. Rapport de situation 2011.

- Mobiliser des ressources et assurer la pérennité de financement de la riposte pour continuer à appuyer et à renforcer les efforts entrepris. Avec le risque de rupture des subventions du Fond Mondial, il est opportun d'élaboration un nouveau schéma de financement de la riposte.
- Mettre en œuvre un système performant de surveillance du VIH. L'effet et l'impact de la riposte seront meilleurs grâce à la mise en œuvre des interventions ciblées, efficaces et efficientes:
 - ✓ Le renforcement des capacités des ONG thématiques et la mobilisation d'autres ONG dans la riposte.
 - ✓ Une meilleure coordination des activités à différents niveaux et notamment les activités de prévention entre ONG auprès des populations les plus à risque.
- La production d'une charte de bonnes pratiques de la société civile.
- La mise en œuvre des interventions de prévention combinée de qualité accessibles aux populations les plus exposées au risque dans les différentes régions et adaptées à leurs besoins: fourniture des préservatifs, conseil et dépistage, prise en charge des IST pour les 3 populations y compris les HSH, service de santé reproductive pour les PS, échange des aiguilles et seringues stériles et programme de désintoxication pour les UDI, lubrifiants avec les préservatifs pour les HSH, l'élimination des obstacles d'ordre structurel (la stigmatisation et la discrimination) ...
- L'augmentation de la couverture des interventions de prévention en direction des populations clés selon les besoins et les zones géographiques.
- La mise en œuvre des interventions de lutte contre la stigmatisation des populations clés et des PVVIH et la création d'un environnement non stigmatisant.
- Le renforcement des capacités du niveau régional (services des soins de santé de base).
- La mise en œuvre de la stratégie nationale de PTME avec l'obtention de l'adhésion des prestataires de santé et des femmes enceintes à cette stratégie dans un contexte de faible prévalence du VIH.
- L'Amélioration du Marketing relatif au préservatif.
- Développement d'une stratégie efficace de dépistage des cas méconnus.
- L'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'efficacité des services pour les PVVIH avec la mise en œuvre des interventions de lutte contre la stigmatisation : décentralisation de la prise en charge des PVVIH, un meilleur respect des protocoles thérapeutiques, renforcement de l'intervention des prestataires et des accompagnateurs socio-sanitaires pour le soutien à l'observance des ARV et la recherche des perdus de vue etc.

6. SOUTIEN DES PARTENAIRES DU DEVELOPPEMENT

Les questions de santé et de sida étaient pratiquement absentes de l'agenda des partenaires du développement opérant en Tunisie avant la révolution de 14 janvier 2011. La mise en place du Secrétariat de l'ONUSIDA en Tunisie depuis 2004 a donc représenté un appui considérable pour le PNL/MST.

Durant la période 2010-2011, l'appui international à la riposte nationale au VIH a continué à reposer essentiellement sur le Fonds mondial et sur le Système des Nations Unies (ONUSIDA et co-sponsors), plus la participation de la coopération bilatérale aux infrastructures de certaines associations thématiques et à l'instance de coordination nationale CCM.

Le programme ONUSIDA appuie la riposte nationale par le biais des activités du Groupe Thématique – GT - des Nations Unies sur le sida, constitué des Chefs d'agences des Nations Unies résidentes en Tunisie et de l'équipe conjointe des Nations Unies sur le sida.

L'Equipe conjointe des Nations Unies sur le sida a été mise en place en mars 2008 , composée de chargés de programmes points focaux VIH de l'OMS, UNICEF, UNFPA, PNUD, HCR, OIM, FAO et Secrétariat de l'ONUSIDA . Elle s'est élargie à de nouvelles agences en 2011 :

- BHCDH (Bureau du Haut commissariat aux Droits de l'homme) et ONUfemmes qui sont 2 agences résidentes nouvellement membres de l'équipe conjointe sida Tunisie
- UNODC et UNESCO qui sont 2 agences co-sponsors régionales non résidentes associées à la démarche coordonnée du SNU d'appui à la riposte nationale

Le système des Nations Unies opère de manière coordonnée à travers son programme conjoint d'appui à la riposte nationale au sida et les programmes de coopération des agences, alignés sur les priorités nationales, et sur ceux de l'UNDAF. L'appui du SNU se focalise en particulier sur le renforcement de la mise en œuvre des initiatives de l'ONUSIDA auxquelles la Tunisie a adhéré : (1) Déclaration d'Engagement sur le sida de 2011 (2) les « Trois principes » de l'ONUSIDA, (3) l'Accès Universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH, 2006 (4) Le Cadre de Résultats de l'ONUSIDA 2009-2011, (5) La Déclaration Politique de Haut Niveau 2011.

- Le premier plan d'appui conjoint (2009-2011) était aligné sur le PSN 2006-2011 et en partie sur l'UNDAF 2007-2011. La mise en œuvre de ce plan conjoint a permis une implication croissante de l'équipe conjointe dans l'appui à la riposte nationale, l'amélioration partage d'information et la coordination interne, ainsi qu'une plus grande reconnaissance nationale. Le budget de ce programme en ressources propres était d'environ 200 000 USD par an (plus de 650 000 sur 3 ans).
- Le deuxième programme conjoint d'appui (2012-2013) a été développé et validé en collaboration avec la contrepartie nationale, au cours d'une retraite de programmation conjointe en mars 2012. Les axes stratégiques de ce programme sont parfaitement alignés sur les 4 priorités stratégiques du PSN 2012-2016 et sur les axes de la stratégie de transition des Nations Unies en Tunisie 2011-2013 qui remplace le cadre de l'UNDAF dans la période de transition actuelle. Les axes de la stratégie de transition considérés dans ce programme conjoint sida sont 1) Gouvernance démocratique, 2) Protection sociale inclusive et équitable. Le budget estimatif du programme conjoint est de plus de 600 000 USD pour les deux années, la moitié de ces ressources sont déjà sécurisées par les différents co-sponsors, agences et Secrétariat de l'ONUSIDA. La répartition du travail entre les agences a été actualisée en 2012, à la lumière des recommandations globales de 2010 et du nouveau contexte du pays en ce qui concerne la présence des agences, programmes et fonds des Nations Unies. Cette nouvelle répartition remplace l'ancienne division des tâches adoptée en 2008.

7. SUIVI ET EVALUATION

7.1. Le système actuel de suivi et évaluation

Le système du S&E de la riposte contre le VIH/sida dans le cadre du plan stratégique 2006-2010 a été élaboré au cours de l'année 2009 avec la mise en place d'une unité de suivi

évaluation au sein de la Direction des soins de santé de base (Ministère de la Santé Publique) qui abrite le PLNS.

Au total, **32 indicateurs** ont été retenus couvrant l'ensemble des domaines du programme qui sont : la prévention – les soins, le soutien des PVVIH et l'atténuation de l'impact – organisation et cadre de la réponse. Par ailleurs, le système a été conçu pour permettre de répondre aux demandes des organismes internationaux en termes d'indicateurs définis sur le plan international. Ce plan prend aussi en considération la dimension genre au niveau de l'élaboration des indicateurs et la conception des outils de collecte des données. Un Guide National de S&E a été élaboré en concertation avec le GTS&E et discuté avec les partenaires, en se basant notamment sur le Guide UNGASS 2010. Ce guide a été validé lors d'un atelier national. Tous les aspects de collecte, de consolidation, de saisie, d'analyse et de transfert ont été conçus.

Pour rendre le système opérationnel, il a été complété par la formation du personnel, la diffusion du guide de suivi et évaluation de la riposte nationale et la distribution des supports de collecte des données auprès de l'ensemble des partenaires et des structures de soins concernées par le programme.

L'année 2009-2010 a été marquée par la constitution d'un Comité national de suivi et évaluation (GTS&E) coordonné par la DSSB afin de dynamiser le processus de mise en place du système de suivi et évaluation.

Au niveau des hôpitaux de prise en charge des PVVIH, les pharmaciens ont été impliqués dans la collecte des données. La création d'un réseau informatique et d'une base de données ont facilité la collecte et la gestion des données relatives aux activités des institutions, au suivi des PVVIH et à la gestion des ARV.

Avec l'appui de l'ONUSIDA, des séances de formation sur le système d'information CRIS3 ont été réalisées à l'échelle nationale afin de permettre son installation progressive dans les 24 régions du pays. La région de Sfax a été identifiée comme zone pilote pour amorcer la généralisation de ce logiciel.

Un atelier national a été organisé début 2010 pour renforcer l'adhésion des partenaires sur le Suivi et l'évaluation et l'acheminement de l'information particulièrement de la société civile vers l'unité de suivi et évaluation qui est au sein du PNLS.

7.2. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un système de S&E complet

Ce système du S&E a pour plusieurs raisons, accusé beaucoup de retard au niveau de sa mise en œuvre, et jusqu'à présent à la fin de l'échéance du plan stratégique, il n'est pas encore entièrement opérationnel.

En fait, le suivi de la mise en œuvre des activités est assuré essentiellement par l'unité de gestion du projet du Fonds Mondial. Les rapports d'activités établis sont ceux de l'unité de gestion qui collecte l'information auprès des partenaires bénéficiaires du projet Fonds Mondial.

Les principaux points faibles constatés sont :

- La formation du personnel qui était incomplète avec présentation superficielle des techniques de collecte, de saisie, d'analyse et de dissémination des données,
- Cette formation a été assurée dans le cadre du projet du Fonds Mondial parfois sans implication du PNLIS, ainsi pour les partenaires leur vis-à-vis est plutôt l'unité de gestion du Fonds Mondial et non l'unité nationale de Suivi évaluation d'autant plus que les réunions de suivi du programme ne se font que dans le cadre du CCM.
- Les visites de supervision et d'accompagnement auprès des partenaires pour assurer la mise en œuvre étaient très limitées.
- Ces insuffisances sont en rapport avec la fragilité de l'unité de suivi et évaluation.
- La base des données (Criss 3) n'a pas été généralisée à cause de certaines difficultés liées au réseau informatique et au système.
- Au niveau des partenaires, le personnel dédié à l'activité de suivi-évaluation n'est pas toujours bien identifié et ce sont les mêmes personnes chargées des aspects techniques, qui s'occupent de l'activité de suivi-évaluation.
- Malgré la bonne volonté des points focaux régionaux en charge de la coordination de la riposte au sida au niveau de leurs régions, le manque de certains moyens notamment en matériel reste parmi les principaux obstacles dans la mise en œuvre de ce système.
- La diffusion des résultats se fait essentiellement à travers l'unité de gestion du Fonds Mondial.

Néanmoins, les résultats sont utilisés par le programme et ont été considéré pour établir le diagnostic de la situation, pour élaborer le nouveau plan stratégie PSN ainsi que pour la gestion de certaines ressources (ARV, des réactifs ...).

A souligner que le plan de suivi et évaluation du nouveau PSN n'est pas encore élaboré.

7.3. Les mesures correctives prévues pour surmonter ces difficultés

- Mettre à jour le système de suivi évaluation national en considérant le nouveau PSN 2012-2016.
- Renforcer l'unité de suivi et évaluation pour lui permettre d'assurer les visites de supervision formatives et l'accompagnement des équipes régionales,
- Relancer le système informatisé de gestion des données,
- Reprendre la formation du personnel et l'approfondir,
- Diffuser le guide de S&E révisé et les supports de collecte des données auprès de l'ensemble des partenaires et des structures de soins concernées par le programme,
- Promouvoir l'adhésion des partenaires à ce système national,
- Renforcer la diffusion et l'utilisation des résultats.

En fait, le renforcement du système de suivi évaluation devrait se concevoir dans un cadre plus global qui concerne le renforcement du système d'information sanitaire relative aux programmes nationaux gérés par la DSSB.

Dans le cadre de la surveillance de deuxième génération, il est également recommandé d'analyser la faisabilité de la mise en place de sites sentinelles communautaires de surveillance sérocomportementale du VIH chez les populations clés (HSH, UDI, PS). En effet, le système de surveillance à travers les enquêtes répétées s'avère très lourd et très coûteux ; il serait ainsi utile d'organiser une collecte des données dans les centres de dépistage anonyme et gratuit, communautaires et analyser la capacité de ce système à générer des informations pertinentes pour la surveillance sérocomportementale du VIH auprès des populations clés. Une étude sérocomportementale auprès des détenus est utile pour une meilleure intervention auprès de cette population.

7.4. Le besoin d'assistance technique et de renforcement des capacités

En matière de suivi évaluation, un besoin en appui technique et en renforcement institutionnel est souhaitable pour :

- Effectuer une revue approfondie de la composante S&E de la riposte nationale, et plus généralement de la « gestion des connaissances et de l'information stratégique » de la riposte.
- Mettre à jour le guide du suivi et évaluation adaptée au nouveau plan stratégique 2011-2016.

- Rendre fonctionnel le circuit de l'information, notamment le réseau informatique, reliant l'unité nationale de suivi et évaluation aux partenaires qui font la collecte des données.
- Mettre en œuvre les recommandations de l'évaluation du système de surveillance avec la création des systèmes sentinelles.

ANNEXES

Annexe 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi en vue de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida

Le rapport de la riposte nationale au sida a été élaboré par deux consultants nationaux avec l'appui de l'ONUSIDA et en étroite collaboration avec les autorités tunisiennes (Ministère de la Santé Publique/ Direction des Soins de Santé de base /Programme National de lutte contre le VIH/sida) et le concours d'autres ministères, agences organismes Impliqués dans la riposte nationale au VIH/sida. Le processus s'est déroulé comme suit :

1. Une première étape a consisté à la revue des documents disponibles et rapports nationaux et notamment : les rapports des dernières enquêtes sérocomportementales, le plan stratégique national, l'analyse de situation, le guide national de S&E, le draft du MOT, les rapports du Fonds Mondial ainsi que le dernier rapport UNGASS. Ceci a permis de repérer un certain nombre de données qui ont été utiles par la suite pour la rédaction du rapport.
2. Après avoir répertorié les informations et les partenaires OG et ONG, une feuille de route a été établie. En Février 2012, le plan d'action pour la préparation du rapport de la riposte au VIH/sida a été présenté aux partenaires lors d'une réunion préliminaire. Les étapes de la collecte des informations ont été expliquées et validées par les participants.
3. La collecte des données a été réalisée à l'aide du 'questionnaire indice composite' proposé par l'ONUSIDA. Les différentes parties du questionnaire ont été distribuées aux partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux.
4. Après avoir identifié les informations nécessaires et les sources de données, plusieurs entrevues se sont déroulées avec les points focaux de différents secteurs impliqués dans la riposte au sida. Certaines données n'étaient pas disponibles dans l'unité centrale de Suivi et Evaluation au sein du PNLS ce qui a nécessité plusieurs déplacements et multiples contacts surtout au niveau des services de prise en charge ainsi que des séances de discussion et de validation des données avec différents partenaires et personnes ressources.

5. D'autre part, et pour les informations relatives à l'indice composite, un questionnaire a été envoyé à tous les partenaires. Des entretiens avec les représentants ont eu lieu afin d'expliquer certaines questions et pour discuter des obstacles, progrès et meilleurs pratiques réalisés au cours des 2 dernières années.

6. Une réunion de validation a eu lieu en Mi Mars 2012 pour discuter de l'indice composite, ajouter des commentaires et valider le contenu final. Un draft du rapport a été ensuite envoyé par email aux partenaires pour commentaires et discussion. La présente version a inclut les différents commentaires.

7. La saisie informatisée des données a eu lieu à fur et à mesure de la progression du rapport et de la validation des données.

Les consultants ont aussi participé aux réunions de validation des enquêtes sérocomportementales qui ont coïncidés avec la réalisation du rapport sur la riposte nationale au sida.

Annexe 2 : NCPI

Engagements nationaux et moyens d'action (NCPI) 2012

PAYS : TUNISIE

Nom du représentant du Comité national de lutte contre le sida chargé de la soumission de NCPI, pouvant être contacté en cas de questions :

Dr Maamouri Ahmed

Dr Hili Kamel

Adresse postale :

Programme National de Lutte contre le Sida et les MST

Direction des Soins de santé de base

Ministère de la Santé Publique

31, Rue Khartoum, le Belvédère 1002 – Tunis - Tunisie

Tél : 0021671787922

Fax :

Courrier : ahmed.maamouri@hotmail.fr

hilikamel@yahoo.fr

Date de soumission : 30 Mars 2012

ENGAGEMENTS NATIONAUX ET MOYENS D'ACTION (NCPI)

PROCEDURE DE RASSEMBLEMENT ET DE VALIDATION DES DONNEES

Décrire la procédure suivie pour rassembler et valider les données du NCPI :

Le rapport de la riposte nationale au sida a été élaboré par deux consultants nationaux avec l'appui de l'ONUSIDA et en étroite collaboration avec les autorités tunisiennes (Ministère de la Santé Publique/ Direction des Soins de Santé de base /Programme National de lutte contre le sida) et le concours d'autres ministères, agences organismes Impliqués dans la riposte nationale au VIH/sida. La collecte des données a été réalisée à l'aide du 'questionnaire indice composite' proposé par l'ONUSIDA. Les différentes parties du questionnaire ont été distribuées aux partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux.

Selon les secteurs, le formulaire a été rempli par le responsable ou bien, dans la majorité des cas, en concertation entre les membres de l'équipe. La récupération du questionnaire était effectuée soit lors des entrevues entreprises avec les partenaires soit par mail. La compilation des données a été faite par les consultants qui ont présenté les résultats lors de l'atelier de travail organisé par l'ONUSIDA le 15 Mars 2012. La version validée a été envoyée avec le draft du rapport pour re-lecture et validation finale par les partenaires.

Décrire les procédures suivies pour résoudre les divergences, le cas échéant, au sujet des réponses aux questions spécifiques :

Les désaccords répertoriés et relatifs aux réponses de certaines questions ont été étudiés, classés et présentés lors de l'atelier de validation:

- Si à l'origine du désaccord, un manque d'information de l'un des répondants, le problème est alors rapidement résolu par le partage de l'information,
- S'il s'agit d'une divergence des opinions, il est demandé à ceux qui ont les points de vue les plus divergents de s'exprimer. L'accord a été obtenu pour toutes les questions par consensus

Souligner les préoccupations, le cas échéant, liées aux données finales du NCPI ayant été soumises (notamment la qualité des données, la mauvaise interprétation potentielle des questions et autres) :

Plusieurs partenaires ont souligné la difficulté de remplir le NCPI en totalité du fait du nombre important des questions posées, qui sont parfois sujettes à plusieurs interprétations. La participation était importante et représentative en ce qui concerne la grille A. Cependant pour la grille B, la participation était limitée et seuls quelques représentants des instances gouvernementales ont rempli la grille.

Répondants au NCPI

[Indiquer les informations relatives à tous ceux dont les réponses ont été réunies pour compléter (même en partie) le NCPI, dans le tableau ci-dessous ; ajouter autant de lignes que cela est nécessaire]

NCPI - PARTIE A [devant être complétée par des représentants du gouvernement]

Organisation	Noms/Statuts	Répondant à la Partie A [indiquer pour quelle partie chaque répondant a été sollicité]					
		A.I	A. II	A. II	A.IV	A.V	A.VI
Organisation	Noms/Statuts						
Direction des soins de santé de base (DSSB), Programme National de Lutte contre les IST/sida	Dr Ahmed Maamouri Chef de service à la DSSB, Coordinateur du PNLS	√	√	√	√	√	√
Direction des soins de santé de base (DSSB), Programme National de Lutte contre les IST/sida	Bilel Abidi, Chargé du S&E, PNLS, DSSB	√	√	√	√	√	√
Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger	Dr Lotfi Chemli, Médecin Inspecteur du Travail Coordinateur Technique. Direction Générale de la Promotion Sociale	√	√	√	√	√	√
Ministère de la Justice	Dr Klai Samir	√	√	√	√	√	√
Service de prise en charge des PVVIH Hôpital la Rabta	Pr Hanene Tiouiri, chef de service des maladies infectieuses				√		
Service de prise en	Pr Ahmed Ghoubontini				√		

charge des PVVIH Hôpital la Rabta							
Service de prise en charge des PVVIH, Hôpital de Monastir	Pr Mohamed Chakroun, chef de service des maladies infectieuses				✓		
Service de prise en charge des PVVIH, Hôpital de Sousse	Pr Amel Letaief, chef de service des maladies infectieuses				✓		
Unité de Gestion du Bénéficiaire Principal du GFATM, ONFP	Dr Kheireddine Khaled, Coordinateur National	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Unité de Gestion du Bénéficiaire Principal du GFATM, ONFP	Salma Layouni, Chargée du Suivi et Evaluation	✓	✓	✓	✓	✓	✓
SRSSB Sfax	Dr Kallel Chahrazad	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Centre National de Pharmacovigilance	Dr Emna Gaies	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Laboratoire national de référence pour le VIH	Pr Amine Slim	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Section de Microbiologie de la Faculté de Médecine de Tunis	Pr Ag. Olfa Bahri, chef de section	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire	Latifa Kesraoui	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Faculté de Médecine de Tunis	Pr Abdelmajid Ben Hamida	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Institut National de	Pr Mohamed Hsairi						

Santé Publique		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Laboratoire d'immunologie de référence CD4	Pr Faouzi Jenhani	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CCDAG Sousse	Dr Knani Fouazia	✓	✓	✓	✓	✓	✓
SRSSB Sousse	Dr Fatma Lazreg, point focal sida	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Ajouter des détails sur tous les répondants.

NCPI - PARTIE B [devant être complétée par les organisations de la société civile, des agences bilatérales, et des organisations des Nations Unies]

Organisation	Noms/Statuts	Répondant à la Partie B [indiquer pour quelle partie chaque répondant a été sollicité]				
		B.I	B.II	B.III	B.IV	B.V
ONUSIDA	Dr.Myriam Ben Mamou, Pour le Groupe Thématique et l'équipe conjointe Secrétariat de l'ONUSIDA Tunisie	✓	✓	✓	✓	✓
UNICEF	Dr Akthem Fourati, Administrateur du Programme Santé	✓	✓	✓	✓	✓
OMS	Dr Stefano Lazzari Représentant de l'OMS	✓	✓	✓	✓	✓
UNFPA	Chokri Ben Yahia Chargé du Programme Jeunes	✓	✓	✓	✓	✓
PNUD	Lassaad Soua Chargé de l'appui à la société civile	✓	✓	✓	✓	✓

Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme	Dr Kheireddine Khaled, Coordinateur du programme GFATM/R6	✓	✓	✓	✓	✓
Association Tunisienne de Lutte contre les MST/Sida(ATLMST/SIDA Section Tunis)	Mr. Mohamed Bilel Mahjoubi Chargé de programmes, Coordinateur programme ATLMST/SIDA/ GFATM	✓	✓	✓	✓	✓
Association Tunisienne de Lutte contre les MST/Sida(ATLMST/SIDA Section Tunis)	Badr Baabou	✓	✓	✓	✓	✓
Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le SIDA (ATIOS)	Dr Samir Bouarrouj Médecin, Membre	✓	✓	✓	✓	✓
Association Tunisienne de la santé de reproduction (ATSR)	Mme Aicha CHAHERLI, Directrice exécutive	✓	✓	✓	✓	✓
Jeunes Médecins Sans Frontières (JMSF)	Dr Sana Dridi Présidente	✓	✓	✓	✓	✓
Croissant Rouge	Dr. Mounira TALBI Membre	✓	✓	✓	✓	✓
Membre du CCM représentant de la société civile	Hassen Hnini	✓	✓	✓	✓	✓
Membre du CCM représentant de la société civile	Souhaila Ben Said	✓	✓	✓	✓	✓
Association Rahma	Ferdaous Srarfi, présidente	✓	✓	✓	✓	✓
Association COMALI/SIDA	Dr Badreddine Kilani, Président	✓	✓	✓	✓	✓

Groupe de soutien GS++	Fadhel Ben Mehrez , membre du CCM	✓	✓	✓	✓	✓
Jeunesse Scolaire	Ridha Baklouti	✓	✓	✓	✓	✓
Observatoire des Droits Humains et VIH	Sénim Ben Abdallah	✓	✓	✓	✓	✓

ENGAGEMENTS NATIONAUX ET MOYENS D'ACTION (NCPD) PARTIE A

I. PLAN STRATÉGIQUE

1. Est-ce que le pays a développé une stratégie nationale multisectorielle pour riposter au VIH ?

(Les stratégies multisectorielles devraient inclure, entre autres, celles ayant été développées par les Ministères, telles que celles listées dans la rubrique 1.2)

Oui ✓	Non
-------	-----

SI OUI, quelle période a été couverte [préciser] : 2012-2016

SI OUI, décrire brièvement les développements/modifications clés entre la stratégie nationale actuelle et la précédente.

SI NON ou NON APPLICABLE, expliquer brièvement pourquoi.

- Le PSN 2012-2016 a été développé sur la base d'une analyse de situation du VIH et de la riposte au VIH/sida et d'accès universel à la prévention, au traitement et au soutien
- La conception de ce plan a impliqué les acteurs concernés par le VIH mais aussi les représentants des populations clé.
- Les objectifs considèrent les objectifs de l'accès universel et visent les objectifs du La stratégie actuelle cible plus les populations les plus à risque, étant donnée que la situation épidémiologique est mieux connue.
- Les paquets de services offerts considèrent les nouveaux concepts à savoir la prévention combinée et la prévention positive.
- Renforcement des activités auprès des PVVIH vue la naissance de la 1ère ONG des PVVIH en Tunisie
- La budgétisation du PSN avec établissement des coûts unitaires (costing)

SI OUI, compléter les questions de 1.1 à 1.10 ; **SI NON**, aller directement à la question 2.

1.1. Quel(s) ministère(s) ou agence(s) a la responsabilité générale du développement et de la mise en œuvre de la stratégie nationale multisectorielle pour riposter au VIH?

Nom des ministères ou agences [préciser] :

Comité National de lutte contre le VI/sida et les IST présidé par le Ministère de la Santé Publique (à travers sa Direction des Soins de Santé de Base – PNLS)

1.2. Quels secteurs sont inclus dans la stratégie multisectorielle ayant un budget spécifique pour leurs activités liées au VIH ?

Secteurs	Inclus dans la stratégie		Budget spécifique	
<i>Éducation</i>		Non ✓		Non ✓
<i>Santé</i>	Oui ✓		Oui ✓	
<i>Travail</i>		Non ✓		Non ✓
<i>Militaire / police</i>		Non ✓		Non ✓
<i>Transports</i>		Non ✓		Non ✓
<i>Femmes</i>		Non ✓		Non ✓
<i>Jeunes personnes</i>		Non ✓		Non ✓
<i>Autre [préciser]</i>		Non ✓		Non ✓
<i>Affaires religieuses</i>		Non ✓		Non ✓
<i>Affaires sociales</i>		Non ✓		Non ✓

SI NON est la réponse relative au budget spécifique pour certains voire tous les secteurs mentionnés ci-dessus, expliquer quel financement est utilisé pour garantir la mise en œuvre de leurs activités spécifiquement dédiées au VIH ?

Il n'y a pas de budget individualisé affecté directement pour la lutte contre le VIH/sida pour les ministères en dehors du ministère de la santé. Néanmoins, le financement de certaines activités telles que les activités d'IEC entreprises par les différents départements notamment à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, ou encore les aides sociales et financières pour les PVVIH sont assurées par les différents secteurs mais intégrées dans d'autres rubriques (par exemple : aides aux personnes handicapées ou nécessiteuses). Par ailleurs, certaines activités sont soutenues par le programme national.

En outre depuis 2007, certains secteurs sont inclus dans le programme de coopération avec le Fonds Mondial et bénéficient d'un budget pour la réalisation des activités au profit de leurs publics cibles et en conformité avec les stratégies nationales.

1.3. Est-ce que la stratégie multisectorielle se concentre sur les populations clés / autres populations vulnérables, les contextes et les problèmes transversaux suivants ?

POPULATIONS CLÉS ET AUTRES POPULATIONS VULNÉRABLES	Oui	Non
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	Oui	
<i>Migrants / populations mobiles</i>	Oui	
<i>Orphelins et autres enfants vulnérables</i>		Non
<i>Personnes ayant des handicaps</i>		Non
<i>Consommateurs de drogues injectables</i>	Oui	
<i>Professionnel(le)s du sexe</i>	Oui	
<i>Personnes transgenre</i>	Oui	
<i>Femmes et jeunes filles</i>	Oui	
<i>Jeunes femmes / jeunes hommes</i>	Oui	
<i>Autres sous-populations vulnérables spécifiques²³</i>	Oui	
CONTEXTES		
<i>Prisons</i>	Oui	
<i>Écoles</i>	Oui	
<i>Lieu de travail</i>	Oui	
PROBLÈMES TRANSVERSAUX		
<i>Lutter contre la stigmatisation et la discrimination</i>	Oui	
<i>Autonomisation des femmes et/ou égalité des genres</i>	Oui	
<i>VIH et pauvreté</i>		Non
<i>Protection des droits de l'homme</i>	Oui	
<i>Participation des personnes vivant avec le VIH</i>	Oui	

SI NON, expliquer comment les populations clés ont été identifiées ?

²³ Populations spécifiques vulnérables, autres que celles listées ci-dessus, ayant été identifiées comme étant exposées à un risque plus élevé d'infection à VIH (par exemple (par ordre alphabétique) les clients des professionnels du sexe, les personnes bisexuelles, les personnes déplacées au sein de leur pays, les personnes indigènes, les prisonniers et les réfugiés).

1.4. Quels sont les populations clés et les groupes vulnérables ayant été identifiés pour les programmes liés au VIH dans le pays [préciser] ?

POPULATIONS CLÉS
Personnes vivant avec le VIH Les populations clés : <ul style="list-style-type: none"> - Les populations les plus exposées au risque du VIH : Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, Usagers des drogues injectables, professionnelles du sexe clandestines et détenus. Les populations (HSH, UDI, PS) ont été identifiées à travers l'établissement des cartographies en collaboration avec les ONG, une discussion avec les épidémiologistes tunisiens et les experts qui ont fait l'exercice des modes de transmission du VIH (MoT). - Les populations vulnérables : jeunes, femmes enceintes, populations mobiles et immigrés

1.5. Est-ce que la stratégie multisectorielle inclut un plan opérationnel ?

Oui ✓	Non
-------	-----

1.6. Est-ce que la stratégie multisectorielle ou le plan opérationnel incluent :

a. des buts formels du programme ?	Oui	
b. des objectifs ou des repères clairs ?	Oui	
c. un détail des coûts pour chaque domaine programmé ?	Oui	
d. une indication des sources de financement pour soutenir la mise en œuvre du programme ?		Non
e. un cadre de suivi et d'évaluation ?	Oui (en cours)	

1.7. Est-ce que le pays a garanti une « implication et une participation complète » de la société civile²⁴ dans le développement de la stratégie multisectorielle ?

Implication active ✓	Implication modérée	Aucune implication
----------------------	---------------------	--------------------

EN CAS D'IMPLICATION ACTIVE, expliquer brièvement comment celle-ci a été organisée :

La société civile qui est membre permanent au CNLS depuis la création de ce dernier en 1992 est composée d'ONG Thématiques et d'autres non Thématiques. Celles non Thématiques ont depuis quelques temps un accès plus facile auprès des populations clés. La préparation du plan stratégique ainsi que du plan opérationnel et des plans sectoriels a été fait lors des ateliers de travail avec l'ensemble des partenaires et avec l'appui des consultants. L'ensemble du processus a nécessité environ 12 mois de travail y compris les six ateliers de réflexion et de consensus dont la plupart a été soutenu par le Groupe Thématique ONUSIDA et les innombrables séances de travail et de suivi qui ont été assurés par un comité restreint mais représentatif du CNLS.

EN CAS D'IMPLICATION NULLE OU MODÉRÉE, expliquer brièvement pourquoi cela a été le cas :

²⁴ La société civile inclut entre autres : des réseaux et des organisations de personnes vivant avec le VIH, des femmes, de jeunes personnes, des groupes affectés clés (notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des personnes transgenre, des professionnels du sexe, des consommateurs de drogues injectables, des migrants, des personnes réfugiées/déplacées, des prisonniers) ; des organisations basées sur la foi ; des organisations fournissant des services liés au VIH ; des organisations à assise communautaire ; des professionnels du sexe ; des organisations pour les droits de l'homme ; etc. Remarque : Le secteur privé est examiné séparément.

--

1.8. Est-ce que la stratégie multisectorielle a été approuvée par la plupart des partenaires externes pour le développement (bilatéraux, multilatéraux) ?

Oui ✓	Non	N/A
-------	-----	-----

1.9. Est-ce que des partenaires externes pour le développement ont aligné et harmonisé leurs programmes liés au VIH avec la stratégie nationale multisectorielle ?

Oui, tous les partenaires ✓	Oui, certains partenaires	Non	N/A
-----------------------------	---------------------------	-----	-----

SI CERTAINS OU AUCUN PARTENAIRE, expliquer brièvement pour quels domaines il n'y a aucun alignement/harmonisation, et pourquoi :

Une retraite du SNU a été organisée au mois de mars 2012 dont l'objectif est d'harmoniser leurs programmes liés au VIH/sida avec le PSN 2012-2016. Ont pris part à cette retraite les différents acteurs nationaux aussi bien des organisations gouvernementales que de la société civile y compris les PVVIH et les représentants des populations clé.

2. Est-ce que le pays a intégré le VIH dans des plans pour le développement général tels que : (a) le Plan national pour le développement ; (b) le Bilan commun de pays / le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement ; (c) la Stratégie pour la réduction de la pauvreté ; et (d) l'approche sectorielle ?

Oui ✓	Non	N/A
-------	-----	-----

2.1. SI OUI, est-ce que le soutien pour la lutte contre le VIH a été intégré aux plans spécifiques pour le développement suivants ?

PLANS SPÉCIFIQUES POUR LE DÉVELOPPEMENT	Oui	Non	N/A
<i>Bilan commun de pays / Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement</i>	Oui		
<i>Plan national pour le développement</i>	Oui		
<i>Stratégie pour la réduction de la pauvreté</i>			N/A
<i>Approche sectorielle</i>			N/A
<i>Autre [préciser] :</i>		Non	

2.2. SI OUI, est-ce que les domaines suivants spécifiquement liés au VIH ont été inclus dans au moins un plan pour le développement ?

DOMAINE LIÉ AU VIH INCLUS DANS UN/DES PLAN(S)	Oui	Non
<i>Allègement de l'impact du VIH</i>	Oui	
<i>Réduction des inégalités relatives au genre lorsqu'elles touchent aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH</i>	Oui	
<i>Réduction des inégalités de revenus lorsqu'elles touchent aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH</i>	Oui	
<i>Réduction de la stigmatisation et de la discrimination</i>		
<i>Traitement, soins et accompagnement (notamment la sécurité sociale et les autres schémas)</i>	Oui	
<i>Autonomisation économique des femmes (par exemple l'accès au crédit, à la propriété, à la formation) Autre [préciser ci-dessous]</i>	Oui	
<i>Octroi d'activités génératrices de revenus</i>	Oui	

3. Est-ce que le pays a évalué l'impact du VIH sur son développement socioéconomique pour des raisons de programmation ?

Oui	Non	N/A √
-----	-----	----------

3.1. SI OUI, sur une échelle allant de 0 à 5 (où 0 est « faible » et 5 est « élevé »), dans quelle mesure l'évaluation a-t-elle apporté des informations pour prendre des décisions relatives à l'attribution des ressources ?

FAIBLE					ÉLEVÉ
0	1	2	3	4	5

4. Est-ce que le pays a une stratégie pour lutter contre les difficultés liées au VIH au sein des services nationaux en uniforme (tels que les militaires, la police, les casques bleus, les gardiens de la paix, etc.) ?

Oui √	Non
----------	-----

5. Est-ce que le pays a suivi les engagements pris dans la Déclaration politique de 2011 sur le VIH/sida ?²⁵

Oui	Non
-----	-----

5.1. Est-ce que la stratégie nationale et le budget national relatifs au VIH ont été revus en conséquence ?

Oui √	Non
----------	-----

5.2 Existe-t-il des estimations fiables des besoins actuels et futurs et du nombre d'adultes et d'enfants ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale ?

Estimations des besoins actuels et futurs √	Estimation des besoins actuels uniquement	Non
--	---	-----

5.3. Est-ce que la couverture du programme lié au VIH est suivie ?

(a) **SI OUI, est-ce que la couverture est suivie selon le sexe (homme, femme) ?**

Oui √	Non
----------	-----

(b) **SI OUI, est-ce que la couverture est suivie selon les groupes de population ?**

Oui	Non √
-----	----------

SI OUI, pour quels groupes de population ?
Populations clés & populations vulnérables Jeunes, femmes enceintes, PS, HSH, UDI, détenus
Expliquer brièvement comment ces informations sont utilisées :
Des rapports d'activités sont établis par les partenaires responsables de la mise en œuvre. L'analyse se fait au sein de l'unité de gestion du Fonds Mondial (subvention VIH R6). Les résultats sont présentés et discutés lors des réunions du CCM.

²⁵ Déclaration politique sur le VIH/sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida, A/RES/65/277, 10 juin 2011.

(c) *Est-ce que la couverture est suivie selon l'aire géographique ?*

Oui ✓

Non

SI OUI, à quels échelons géographiques ? (province, district, autre) ?

Niveau gouvernorat : 24 points focaux sida/IST sont implantés au niveau des 24 régions du pays. Pour appuyer cet effort, certaines ONG Thématiques ont créé des sections dans certaines régions. Depuis 2010, des accompagnateurs socio-sanitaires parmi les PVVIH sont répartis sur les sites de référence pour la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH. Ces accompagnateurs bénéficient d'une formation et d'un recyclage sur les différents axes et domaines prioritaires en matière de riposte au sida.

Expliquer brièvement comment ces informations sont utilisées :

Les informations sont collectées à partir de la périphérie (des délégations) et analysées au niveau des régions (Gouvernorats) puis elles sont transmises au niveau central à l'unité nationale du suivi et évaluation de la riposte au sida à la DSSB (PNLS - Ministère de la santé) pour compilation et analyse puis retroinformation Evaluation à visée correctrice

5.4. Est-ce que le pays a développé un plan pour renforcer les systèmes de santé ?

Oui ✓

Non

Merci d'inclure des informations sur la manière dont cela a eu un impact sur les infrastructures liées au VIH, les ressources humaines, les capacités, et les systèmes logistiques pour délivrer des médicaments :

Les services fournis aux PVVIH sont intégrés dans les structures de soins. Un renforcement du système de soins retentirait sur la qualité de l'ensemble des services

6. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les efforts de planification stratégique dans les programmes liés au VIH, dans votre pays, en 2011 ?

Très faible									Excellent	
0	1	2	3	4	5	6	7	8 ✓	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

Un nouveau plan stratégique national a été élaboré et finalisé en 2010-2011 après établi un diagnostic de la situation. Ce nouveau PSN considère la situation épidémiologique qui est mieux connu et considère les leçons à apprendre découlant de l'analyse de la situation.

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

La politique de mobilisation des ressources n'a pas été précisée. En l'absence de sources de financement et notamment après la fin des budgets obtenus auprès du Fonds Mondial (GFATM), les activités réalisées par les ONG risquent de s'arrêter. En fait, l'Etat couvre les dépenses liées au dépistage du VIH, le traitement par les ARV, le suivi biologiques à travers les CD4 et la Charge virale, le traitement des infections opportunistes et les IST. les investigations complémentaires cliniques et biologiques sont complètement gratuites pour les PVVIH. et à la prise en charge médicale des PVVIH.

Le système de suivi et évaluation du nouveau PSN n'est pas encore élaboré

Assurer la mise en œuvre comme prévu

II. SOUTIEN POLITIQUE ET LEADERSHIP

Un soutien politique fort inclut : que le gouvernement et les dirigeants politiques discutent régulièrement du VIH/sida et qu'ils prouvent leur leadership de différentes manières : attribution d'une partie du budget national pour soutenir les programmes liés au VIH et utiliser efficacement le gouvernement et les organisations de la société civile pour soutenir les programmes liés au VIH.

1. Est-ce que les hautes autorités suivantes parlent publiquement et favorablement des efforts liés au VIH dans les principaux forums nationaux au moins deux fois par an ?

A. Ministres du gouvernement

Oui	Non ✓
-----	-------

B. Autres hautes autorités au niveau sous-national

Oui	Non ✓
-----	-------

1.1. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que les chefs du gouvernement ou d'autres hautes autorités ont fait une action démontrant leur leadership dans la riposte au VIH ?

(Par exemple, promettre plus de ressources pour rectifier les faiblesses ayant été identifiées dans la riposte au VIH, parler du VIH comme un problème lié aux droits de l'homme dans les principaux forums nationaux/internationaux, et réaliser des activités telles que visiter une clinique pour le VIH, etc.)

Oui	Non ✓
-----	-------

Décrire brièvement les actions/exemples d'instances dans lesquelles le chef du gouvernement ou d'autres hautes autorités ont fait preuve de leadership :

2. Est-ce que le pays a une instance de coordination nationale et multisectorielle liée au VIH (c'est-à-dire, un Conseil national pour le VIH ou un équivalent) ?

Oui ✓	Non
-------	-----

SI NON, expliquer brièvement pourquoi cela n'est pas le cas et comment les programmes sont gérés :

La dernière réunion du CNLS remonte au mois de mars 2011. Des efforts sont en cours pour la réforme de ce comité.
Un deuxième comité national (CCM) est installé en Tunisie depuis l'introduction du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, en 2007. Ce comité qui a subi une réforme aussi bien dans sa structure qu'au niveau de son statut accompagne le pays dans la mise en œuvre des stratégies de riposte au sida et à la tuberculose.

2.1.

SI OUI, est-ce que l'instance de coordination nationale et multisectorielle liée au VIH :	Oui	Non
a des conditions de référence ?	Oui	
a un leadership et une participation actifs du gouvernement ?	Oui	
a un président officiel ?	Oui	
SI OUI, quel est son nom et le titre de son statut ?		
Dr Mohamed Salah Ben Ammar, le Directeur Général de la Santé.		

La présidence du CCM est assurée depuis aout 2011 par le Pr Mohamed Ridha Kamoun, qui est le président de l'ATLMST/SIDA, ONG Thématique depuis 1994 et qui est un soutien aux efforts du pays .		
a une adhésion définie ?	Oui	
<i>SI OUI, combien de membres ?</i>	43	
inclut des représentants de la société civile ?	Oui	
<i>SI OUI, combien ?</i>	40%	
inclut des personnes vivant avec le VIH ?	Oui	
<i>SI OUI, combien ?</i>	2	
inclut le secteur privé ?	Oui	
renforce la coordination des donateurs pour éviter un financement parallèle et une duplication des efforts dans la programmation et les rapports réalisés ?		Non

3. Est-ce que le pays dispose d'un mécanisme pour promouvoir l'interaction entre le gouvernement, les organisations de la société civile, et le secteur privé pour mettre en place les stratégies/programmes liés au VIH ?

Oui ✓	Non	N/A
-------	-----	-----

SI OUI, décrire brièvement les principales réalisations :
<p>Le comité national de lutte contre le sida (CNLS) dispose de 4 sous comité techniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comité de prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH, impliquant les cliniciens et biologistes des quatre services hospitalo-universitaires où sont traités les patients infectés par le VIH ainsi que les personnes concernées par le suivi social et psychologique. Ce comité assure le suivi de la prise en charge médicale et psychosociale au niveau des quatre pôles référant pour VIH. Il donne son avis sur les ARV à introduire et ceux à supprimer. En 2010, il a appuyé la mise en place des recommandations nationales de traitement par les ARV. - Comité IEC , ce comité groupe les différents représentants des institutions gouvernementales et non gouvernementales y compris les PVVIH concernés par la riposte au sida. Ce comité coordonne la mise en place des activités IEC notamment au autour de la journée mondiale de lutte contre le sida. - Comité de suivi épidémiologique du VIH, - Comité d'éthique et de législation qui a appuyé la création des centres de conseil et de dépistage anonyme et gratuit pour le VIH (CCDAG). Actuellement, le pays dispose de 25 CCDAG répartis sur 19 régions du pays. <p>Par ailleurs, grâce au financement du GFATM, environ 1500 intervenants ont été formés sur le VIH/sida, une meilleure implication de la société civile dans les étapes de planification et la mise en œuvre des actions dans le cadre du GFATM.</p> <p>Implication aussi de la société civile dans les étapes de planification, dans les réunions du suivi et les activités d'évaluation</p>
Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?
La coordination est à renforcer en dehors de la coordination des activités programmées dans le cadre de la subvention du GFATM

4. Quel pourcentage du budget national lié au VIH a été dépensé pour les activités ayant été mises en œuvre parla société civile au cours de l'année qui s'est écoulée ?

%

5. Quelle sorte de soutien est-ce que la Commission nationale pour la lutte contre le VIH (ou un équivalent) fournit aux organisations de la société civile pour mettre en œuvre les activités liées au VIH ?

	Oui	Non
<i>Renforcement des capacités</i>	Oui	
<i>Coordination avec d'autres partenaires pour la mise en œuvre</i>	Oui	
<i>Informations sur les besoins prioritaires</i>	Oui	
<i>Approvisionnement et distribution de médicaments et autres marchandises</i>	Oui	
<i>Indications techniques</i>	Oui	
<i>Autres [préciser ci-dessous] :</i>		
Commentaire : La coordination se fait à travers le PNLS/DSSB Le renforcement des capacités se fait dans le cadre du financement à travers le GFATM		

6. Est-ce que le pays a revu les directives et les lois nationales pour déterminer, le cas échéant, lesquelles sont conformes aux directives nationales de contrôle liées au VIH ?

Oui	Non ✓
-----	-------

6.1. SI OUI, est-ce que les directives et les lois ont été amendées pour être conformes aux directives nationales de contrôle liées au VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, nommer et décrire comment les directives / lois ont été amendées
Amendement des textes de loi concernant le dépistage du VIH Actuellement 19 régions sur 24 sont couvertes par le dépistage anonyme et gratuit
Nommer et décrire toutes les incohérences qui demeurent entre les directives/lois et les directives nationales de contrôle liées au sida :

7. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous le soutien politique aux programmes liés au VIH en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4 ✓	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :
Revue de l'accès universel à la prévention, traitement et au soutien aux PVVIH Analyse de la situation épidémiologique du VIH et de la riposte nationale au sida Elaboration du PSN 2012-2016, le plan opérationnel et les plans sectoriels
Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?
Avec la révolution et la crise socioéconomique dans le pays, la problématique de l'infection au VIH n'a pas été considérée comme prioritaire. Parmi les grands défis est d'avoir l'engagement réel du gouvernement notamment pour lutter contre la discrimination et stigmatisation

III. DROITS DE L'HOMME

1.1. Est-ce que le pays a des lois ou des règlements contre la discrimination qui mettent l'accent sur la protection des populations clés spécifiques et des autres sous-populations vulnérables ? Entourer oui si la directive précise certaines des populations clés :

POPULATIONS CLÉS et GROUPES VULNÉRABLES	Oui	Non
<i>Personnes vivant avec le VIH</i>		Non
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>		Non
<i>Migrants / populations mobiles</i>		Non
<i>Orphelins et autres enfants vulnérables</i>	Oui	
<i>Personnes ayant des handicaps</i>	Oui	
<i>Consommateurs de drogues injectables</i>		Non
<i>Personnes incarcérées</i>		Non
<i>Professionnel(le)s du sexe</i>		Non
<i>Personnes transgenre</i>		Non
<i>Femmes et jeunes filles</i>		Non
<i>Jeunes femmes / jeunes hommes</i>		Non
<i>Autres sous populations vulnérables spécifiques [préciser]</i>		

1.2. Est-ce que le pays a une loi générale (c'est à- dire non spécifique à la discrimination liée au VIH) contre la discrimination ?

Oui X

Non

SI OUI aux questions 1.1. à 1.2., décrire brièvement le contenu de cette/ces loi(s) :

Egalité de tous les citoyens devant la loi, droit au travail, à la protection sociale, etc.

Expliquer brièvement quels mécanismes sont en place pour garantir la mise en œuvre de ces lois :

Inspection du travail, tribunaux

Commenter brièvement leur degré actuel de mise en œuvre :

Bon

2. Est-ce que le pays dispose de lois, de règlements ou de directives qui constituent des obstacles²⁶ pour une prévention, des soins et un accompagnement liés au VIH pour les populations clés et les groupes vulnérables ?

²⁶ Il ne s'agit pas nécessairement de directives ou de lois spécifiques au VIH. Ils incluent des directives, des lois ou des règlements qui pourraient dissuader les personnes ou compliquer leur accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement. Les exemples cités dans les pays, dans le passé, ont inclus : « les lois qui criminalisent les rapports sexuels entre personnes du même sexe », « les lois qui punissent la possession de préservatifs ou d'accessoires facilitant la consommation de drogues » ; « les lois sur le vagabondage » ; « les lois qui empêchent l'importation de médicaments génériques » ; « des directives qui empêchent la distribution ou la possession de préservatifs dans les prisons » ; les « directives qui empêchent les non citoyens du pays d'accéder à l'ART » ; « la criminalisation de la transmission et de l'exposition au VIH »

Oui ✓

Non

SI OUI, pour quelles populations clés et quels groupes vulnérables ?	Oui	Non
<i>Personnes vivant avec le VIH</i>		Non
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	Oui	
<i>Migrants / populations mobiles</i>		Non
<i>Orphelins et autres enfants vulnérables</i>		Non
<i>Personnes ayant des handicaps</i>		Non
<i>Consommateurs de drogues injectables</i>	Oui	
<i>Personnes incarcérées</i>		Non
<i>Professionnel(le)s du sexe</i>	Oui	
<i>Personnes transgenre</i>	Oui	
<i>Femmes et filles</i>		Non
<i>Jeunes femmes / jeunes hommes</i>		Non
<i>Autres populations vulnérables spécifiques ²⁷[préciser ci dessous]</i>		

Décrire brièvement le contenu de ces lois, règlements ou directives :

- HSH : les rapports sexuels entre hommes sont interdits. En effet, l'article 230 du Code pénal, dans sa version française, précise que la sodomie entre adultes consentants peut conduire à une peine de prison jusqu'à trois ans. Le texte arabe, qui fait foi, « traduit » la sodomie, utilisée comme dans le texte français, en spécifiant l'homosexualité masculine "*al-liouat*" et l'homosexualité féminine "*al-mousahaka*". « Ces précisions apportées par le texte arabe montrent une intention ferme d'incriminer le comportement homosexuel masculin ou féminin ».
- PS : le droit tunisien autorise la « prostitution légale » (décret du 30 avril 1942), mais il interdit la « prostitution clandestine », selon les termes de l'article 33 du Code Pénal
- Usage des drogues illicites est pénalisé

Commenter brièvement comment ils posent des barrières

L'accès aux soins est garanti par les textes, à l'ensemble de la population même les populations les plus marginalisées. Cependant les activités de prévention peuvent être limitées pour certaines populations :

- Pour les détenus: en milieu carcéral, la fourniture des préservatifs pour les détenus n'est pas acceptée de la part des responsables du milieu pénitencier, car la sexualité entre hommes est pénalisée par la loi. Pourtant, les activités de prévention (Communication pour le changement des comportements, dépistage volontaire) sont encouragées.
- Pour les MSM: même si le texte de loi n'est pas systématiquement appliqué, il constitue une menace pour plusieurs hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui risquent d'être maltraités par la police en cas d'arrestation ou vérification d'identité.
- Les UDI risquent d'être arrêté en cas de rechute.
- Le matériel de prévention (préservatifs, lubrifiant, aiguilles et seringues stériles) est parfois retenu comme une preuve à charge contre les populations clés en cas d'arrestation.

; « les lois / droits de succession pour les femmes », « les lois qui interdisent de fournir des informations sur la santé sexuelle et reproductive et des services aux jeunes personnes », etc.

²⁷ Populations spécifiques vulnérables, autres que celles listées ci-dessus, ayant été identifiées comme étant exposées à un risque plus élevé d'infection à VIH (par exemple (par ordre alphabétique) les clients des professionnels du sexe, les personnes bisexuelles, les personnes déplacées au sein de leur pays, les personnes indigènes, les prisonniers et les réfugiés).

IV. PRÉVENTION

1. Est-ce que le pays a une politique ou une stratégie promouvant l'information, l'éducation et la communication (IEC) sur le VIH à la population en général ?

Oui ✓	Non
--------------	-----

<i>SI OUI, quels messages clés sont explicitement promus ?</i>	Oui	Non
<i>Abstenez-vous de vous injecter des drogues</i>	Oui	
<i>Évitez le sexe tarifé</i>		Non
<i>Évitez le sexe inter-génération</i>		Non
<i>Soyez honnête</i>	Oui	
<i>Soyez sexuellement abstinent</i>	Oui	
<i>Retardez le début de votre vie sexuelle</i>	Oui	
<i>Engagez-vous pour des rapports sexuels protégés</i>	Oui	
<i>Combattez la violence contre les femmes</i>		Non
<i>Acceptez et impliquez davantage les personnes vivant avec le VIH</i>	Oui	
<i>Impliquez davantage les hommes dans les programmes de santé reproductive</i>		Non
<i>Connaissez votre statut VIH</i>	Oui	
<i>Les hommes devant être circoncis doivent l'être sous surveillance médicale</i>	-	-
<i>Prévenez la transmission du VIH de la mère à l'enfant</i>	Oui	
<i>Promouvez une plus grande égalité entre les hommes et les femmes</i>		Non
<i>Réduisez le nombre de partenaires sexuels</i>	Oui	
<i>Utilisez des aiguilles et des seringues propres</i>	Oui	
<i>Utilisez régulièrement des préservatifs</i>	Oui	
<i>Autre [préciser ci-dessous] :</i>		

1.2. Au cours de la dernière année, est-ce que le pays a mis en œuvre une activité ou un programme pour que les médias puissent promouvoir la précision des rapports sur le VIH ?

Oui	Non ✓
-----	--------------

2. Est-ce que le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie pour promouvoir les compétences liées à la vie quotidienne basées sur l'éducation des jeunes personnes ?

Oui	Non ✓
-----	--------------

2.1. Est-ce que l'éducation sur le VIH fait partie du programme scolaire :

	Oui	Non
<i>dans les écoles primaires ?</i>		<i>Non</i>
<i>dans les écoles secondaires ?</i>	Oui	
<i>dans la formation des enseignants ?</i>		<i>Non</i>

2.2. Est-ce que la stratégie inclut des éléments sur la santé sexuelle et reproductive adaptés à l'âge et sensibles au genre ?

Oui ✓	Non
--------------	-----

2.3. Est-ce que le pays a une stratégie d'éducation sur le VIH pour les jeunes personnes non scolarisées ?

Oui	Non ✓
-----	--------------

3. Est-ce que le pays a une politique ou une stratégie pour promouvoir l'information, l'éducation et la communication ainsi que les autres interventions préventives pour la santé pour les autres sous-populations vulnérables ?

Oui ✓

Non

Décrire brièvement le contenu de cette directive ou stratégie

Un des quatre axes stratégiques du Plan stratégique national cible les populations les plus exposées au risque : PS, UDI, HSH et détenus

3.1. SI OUI, quelles populations et quels éléments de prévention du VIH cette politique/stratégie concerne-t-elle ?

X Cocher les populations et les éléments spécifiques qui sont inclus dans la politique/stratégie

	CDI ²⁸	HSH ²⁹	Profession nel(le)s du sexe	Clients des Profession nel(le)s du sexe	Personnes incarcérées	Autres populations ³⁰
<i>Promotion du préservatif</i>	✓	✓	✓		✓	
<i>Thérapie de substitution des drogues</i>						
<i>Dépistage du VIH et conseils</i>	✓	✓	✓		✓	
<i>Changement d'aiguille et de seringue</i>	✓					
<i>Santé reproductive, incluant la prévention et le traitement des infections transmises sexuellement</i>						Femmes en âge de reproduction
<i>Réduction de la stigmatisation et de la discrimination</i>	✓	✓	✓		✓	
<i>Informations ciblées sur la réduction des risques et l'éducation sur le VIH</i>	✓	✓	✓		✓	
<i>Réduction de la vulnérabilité (par exemple, génération de revenus)</i>	✓	✓	✓			

²⁸ CDI = Consommateurs de drogues injectables

²⁹ HSH=Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

³⁰ Populations spécifiques vulnérables, autres que celles listées ci-dessus, ayant été identifiées comme étant exposées à un risque plus élevé d'infection à VIH (par exemple (par ordre alphabétique) les clients des professionnels du sexe, les personnes bisexuelles, les personnes déplacées au sein de leur pays, les personnes indigènes, les prisonniers et les réfugiés).

3.2. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les efforts politiques ayant soutenu la prévention du VIH en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2 ✓	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

- Avec la révolution, la promotion des droits humains et de la liberté ont permis de réviser la réglementation relative aux ONG et la création d'une ONG des PVIH
- La continuité des actions auprès des populations les plus à risque malgré un certain retard dans la mise en œuvre par rapport au plan d'action 2011

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

Après la révolution, la crise économique et notamment le nouveau contexte sociopolitique pourrait entraver la poursuite des actions de prévention auprès des populations clés. En fait, les partenaires non gouvernementaux ont déjà signalé la difficulté d'accès à ces populations qui essaient de se cacher par peur de stigmatisation ou de persécution de la part de certains extrémistes.

Parmi les difficultés à surmonter:

- Amélioration du Marketing relatif au préservatif
- Une meilleure coordination des activités de prévention particulièrement au niveau des ONG
- La promotion des centres de conseil et de dépistage anonyme et gratuit
- Amélioration de l'accessibilité aux groupes exposés au risque
- Meilleure collaboration entre les partenaires sur le terrain

4. Est-ce que le pays a identifié des besoins spécifiques pour les programmes de prévention sur le VIH ?

Oui ✓

Non

SI OUI, comment ces besoins spécifiques ont-ils été déterminés ?

Ces besoins ont été identifiés lors du diagnostic de la situation effectué en 2010 et au cours de la préparation du nouveau plan stratégique 2012-2016 avec la participation de l'ensemble des partenaires à des réunions et des ateliers de travail.

SI NON, comment les programmes de prévention sur le VIH sont-ils élaborés ?

4.1. Dans quelle mesure la prévention du VIH a-t-elle été mise en œuvre ?

La majorité des personnes dans le besoin ont accès à/au(x) :	1-Pas du tout d'accord	2- Pas d'accord	3- D'accord	4- Tout à fait d'accord	N/A
<i>la sécurité transfusionnelle</i>				4	
<i>la promotion du préservatif</i>			3		
<i>la réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues injectables</i>		2			
<i>la prévention du VIH pour les jeunes non scolarisés</i>		2			

<i>la prévention du VIH sur le lieu de travail</i>			3	x	
<i>dépistage du VIH et conseils</i>		2			
<i>l'IEC³¹ sur la réduction des risques</i>			3		
<i>l'IEC sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination</i>		2			
<i>la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant</i>			3		
<i>la prévention pour les personnes vivant avec le VIH</i>			3		
<i>services liés à la reproduction sexuelle, notamment la prévention et le traitement des infections transmises sexuellement</i>			3		
<i>la réduction des risques pour les partenaires intimes chez les populations clés</i>		2			
<i>la réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>			3		
<i>la réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe</i>		2			
<i>pour les jeunes, l'éducation sur le VIH dans les écoles</i>			3		
<i>précautions universelles dans les contextes de soins sanitaires</i>			3		
<i>Autre [préciser] :</i>					

5. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les efforts réalisés pour mettre en œuvre les programmes de prévention du VIH en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7✓	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :
<ul style="list-style-type: none"> - Création de 25 centres de conseil et de dépistage anonyme et gratuit (CCDAG) - mise en place d'un groupe d'accompagnateurs socio-sanitaires parmi les PVVIH - une meilleure accessibilité des ONG auprès des populations clé (UDI, HSH et TS) - intégration de la PTME dans les structures de première ligne - organisation du dépistage anonyme dans le milieu carcéral
Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

³¹ IEC = information, éducation, communication

V. TRAITEMENT, SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

1. Est-ce que le pays a identifié les éléments essentiels d'un ensemble complet de services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ?

Oui ✓	Non
-------	-----

Si oui, identifier brièvement les éléments ainsi que ce qui a été retenu comme prioritaire :

Une analyse de situation réalisée en 2010 a permis d'identifier les principaux éléments prioritaires suivants pour le PSN 2012-2016 :

- introduction de nouveaux antirétroviraux dans les prochaines années, en cas de besoin et en fonction du développement de la résistance.
- Poursuite des démarches visant à acheter des antirétroviraux à coût réduit dans le cadre du programme « Access ».
- Assurance d'une bonne gestion prévisionnelle des besoins et des stocks
- Renforcement des moyens du laboratoire de virologie de référence pour assurer la continuité de la pratique du génotypage.
- Adaptation des prestations de service de santé aux spécificités de chacune des populations clés en termes de formation spécifique du personnel de soins, d'horaires ainsi que la nature et la qualité des prestations offertes dans le but de répondre aux besoins de ces populations.
- Renforcement du plaidoyer pour une mobilisation des ressources en faveur de micro-crédits aux PVVIH et aux personnes affectées
- Adaptation des services aux besoins des PVVIH migrantes et déplacées

Traitement ARV, traitement des infections opportunistes, soutien socioéconomique

Identifier brièvement comment les services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH sont intensifiés :

- Recrutement dans le cadre du GFATM de psychologues et assistantes sociales au profit des services chargés de la prise en charge des PVVIH,
- Formation et recyclage des jeunes médecins sur la prise en charge globale de l'infection à VIH
- élaboration de recommandations nationales sur la trithérapie antirétrovirale en 2010 ;
- Participation des cliniciens et personnes chargées du volet social et psychologique à la planification et l'élaboration du PSN 2012-2016
- implication des personnes vivant avec le VIH dans la riposte nationale au VIH/sida à travers la création d'un groupe d'accompagnateurs socio-sanitaires en vue de participer à la résolution de certains problèmes liés à l'observance et à la lutte contre la stigmatisation en 2010 ;
- Des séances de formation sur traitement par les ARV au profit des PVVIH

1.1. Dans quelle mesure ces services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ont-ils été mis en œuvre ?

La majorité des personnes dans le besoin ont accès à/au(x) :	1-Pas du tout d'accord	2- Pas d'accord	3- D'accord	4- Tout à fait d'accord	N/A
<i>la thérapie antirétrovirale (ART)</i>				4	
<i>l'ART pour les patients ayant la tuberculose (TB)</i>				4	
<i>la prophylaxie par le cotrimoxazole chez les personnes vivant avec le VIH</i>			3		
<i>diagnostic infantile précoce</i>			3		
<i>services de soins et d'accompagnement</i>	1				

<i>liés au VIH sur le lieu de travail (notamment des arrangements pour travailler de manière alternée)</i>					
<i>dépistage du VIH et conseils pour les personnes vivant avec la TB</i>		2			
<i>services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours pour le traitement à travers le lieu de travail</i>	1				
<i>soins nutritionnels</i>		2			
<i>traitement pédiatrique du sida</i>				4	
<i>l'ART pour les femmes après l'accouchement</i>				4	
<i>la prophylaxie post-exposition pour exposition non professionnelle (par ex., agression sexuelle)</i>	1				
<i>la prophylaxie post-exposition pour exposition professionnelle au VIH</i>			3		
<i>l'accompagnement psychologique pour les personnes vivant avec le VIH et leurs familles</i>			3		
<i>la gestion de l'infection transmise sexuellement</i>			3		
<i>contrôle de l'infection de TB dans les structures de traitement et de soins liés au VIH</i>			3		
<i>la thérapie préventive de la TB pour les personnes vivant avec le VIH</i>			3		
<i>dépistage de la TB pour les personnes vivant avec le VIH</i>			3		
<i>traitement des infections communes liées au VIH</i>			3		
<i>Autre [préciser] :</i>					

2. Est-ce que le gouvernement a une politique ou une stratégie en place pour fournir un soutien économique et social aux personnes infectées/affectées par le VIH ?

Oui

Non ✓

Merci de clarifier quel soutien économique et social est fourni :

Aides sociales – activités génératrices de revenus.

3. Est-ce que le pays a une politique ou une stratégie pour développer / utiliser des médicaments génériques ou importer parallèlement des médicaments pour le VIH ?

✓ Oui

Non

N/A

4. Est-ce que le pays a accès aux mécanismes d'achats et d'approvisionnement régionaux pour les produits fondamentaux tels que les médicaments pour la thérapie antirétrovirale, les préservatifs et les médicaments de substitution ?

Oui

Non

✓ N/A

SI OUI, pour quels produits ?

5. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les efforts réalisés pour appliquer les programmes de mise en œuvre des services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	✓ 8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

Une continuité des activités déjà entamées.
Elaboration d'un protocole de prise en charge (y compris les ARV)

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

Pour le soutien social :

- Poursuivre les efforts pour soutenir un nombre plus important de PVVIH et leurs familles

Pour les services hospitaliers :

- Disponibilité des médicaments (les formulations combinées)
- - Une meilleure fluidité administrative pour honorer les commandes des ARV de la part du niveau Central

5.1 Est-ce que le pays a une politique ou une stratégie pour satisfaire les besoins supplémentaires liés au VIH des orphelins et des autres enfants vulnérables ?

Oui	Non ✓	N/A
-----	-------	-----

5.2 SI OUI, existe-t-il, dans le pays, une définition opérationnelle des orphelins et des enfants vulnérables ?

Oui	Non ✓
-----	-------

5.3 SI OUI, est-ce que le pays a un plan national d'action spécifique pour les orphelins et les enfants vulnérables ?

Oui	Non ✓
-----	-------

5.4 SI OUI, est-ce que le pays dispose d'une estimation du nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables qui sont touchés par les interventions qui existent actuellement ?

Oui	Non ✓
-----	-------

5.5 SI OUI, quel pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables est touché ?

%

6. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les efforts réalisés pour satisfaire les besoins liés au VIH des orphelins et des autres enfants vulnérables, en 2011 ?

Très faible										Excellent
✓ 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

VI. SUIVI ET ÉVALUATION

1. Est-ce que le pays dispose d'un plan national de Suivi et d'Évaluation (S&E) pour le VIH ?

Oui ✓	En cours	Non
-------	----------	-----

Décrire brièvement les difficultés rencontrées pour en développer ou en mettre un en œuvre

Le système du S&E de la riposte contre le VIH/sida a accusé beaucoup de retard au niveau de sa mise en œuvre, et il n'est pas encore entièrement opérationnel en raison de certaines difficultés rencontrées dont :

- La formation du personnel n'est pas complète : cette formation n'a pas abordé d'une manière approfondie les techniques de collecte, de saisie, d'analyse et de dissémination des données ;
- La fragilité de l'unité de suivi et évaluation (problème surmonté en partie) ;
- En raison d'un manque de personnel, il n'existe pas encore au niveau des partenaires du personnel dédié à l'activité de suivi-évaluation et ce sont toujours les mêmes personnes chargées des aspects techniques, qui s'occupent de l'activité de suivi évaluation.
- Malgré la bonne volonté des points focaux régionaux en charge de la coordination de la riposte au sida au niveau de leurs régions, le manque de certains moyens notamment en matériel reste parmi les principaux obstacles dans la mise en œuvre de ce système.

:

1.1. SI OUI, années couvertes [préciser] :

Depuis 2009

1.2 SI OUI, est-ce que les partenaires clés ont aligné et harmonisé leurs exigences de S&E (y compris les indicateurs) avec le plan national de S&E ?

Oui, tous les partenaires ✓	Oui, certains partenaires	Non	N/A
-----------------------------	---------------------------	-----	-----

Décrire brièvement quels sont les problèmes rencontrés :

Les partenaires ont aligné et harmonisé leurs exigences de S&E avec le plan national de S&E en ce qui concerne les indicateurs du projet du Fonds Mondial

2. Est-ce que le plan national de Suivi et d'Évaluation inclut ?

	Oui	Non
<i>Une stratégie pour recueillir les données</i>	Oui	
<i>SI OUI, est-ce qu'elle concerne :</i>		
<i>les enquêtes comportementales</i>	Oui	
<i>des études des évaluations / des recherches menées</i>	Oui	
<i>la surveillance de la résistance du VIH aux médicaments</i>		Non
<i>la surveillance du VIH</i>	Oui	
<i>un suivi de routine du programme</i>	Oui	

	Oui	Non
<i>Une stratégie pour analyser les données</i>	Oui	
<i>Une stratégie de diffusion et d'utilisation des données</i>	Oui	
<i>Un ensemble d'indicateurs standardisés et bien définis incluant la répartition du sexe et de l'âge (le cas échéant)</i>	Oui	
<i>Indications sur les outils pour recueillir les données</i>	Oui	

3. Existe-t-il un budget pour mettre en œuvre le plan de S&E ?

Oui ✓	En cours	Non
-------	----------	-----

3.1. SI OUI, quel pourcentage du financement total du programme relatif au VIH a été budgété pour les activités de S&E ?

7%

4. Existe-t-il une Unité nationale fonctionnelle de S&E ?

Oui ✓

En cours

Non

Décrire brièvement tous les obstacles :

- Manque des moyens humains et matériels entravant à la réalisation des activités de supervision
- Faible adhésion des régions en raison du manque de personnel et des moyens et aussi à cause de la faible prévalence du VIH

4.1. Où est basée l'unité nationale pour le S&E ?

	Oui	Non
<i>Au Ministère de la santé ?</i>	Oui	
<i>Dans la Commission nationale pour la lutte contre le VIH (ou équivalent) ?</i>		
<i>Ailleurs [précisez]</i>		

4.2. Combien et quel type de personnel professionnel travaillent au sein de l'Unité nationale pour le S&E ?

STATUT [préciser le titre de la fonction dans les espaces réservés ci-dessous]	Temps plein	Temps partiel	Depuis quand ?
<i>Personnel permanent</i>	1		1997
	Temps plein	Temps partiel	Depuis quand ?
<i>Personnel temporaire [Ajouter autant de lignes que cela est nécessaire]</i>			
<i>ingénieur en statistique</i>	1		2008
<i>gestionnaire en finance</i>	1		2008
<i>Pharmacienne</i>	1		2010
<i>Technicien en pharmacie</i>	1		2010

4.3. Est-ce que des mécanismes sont en place pour veiller à ce que tous les partenaires clés soumettent leurs données / rapports relatifs au S&E à l'Unité pour le S&E afin de les inclure dans le système national de S&E ?

Oui x

Non

Décrire brièvement les mécanismes de partage de données :

L'année 2010 a été marquée par la dynamisation du processus de mise en place du système de suivi et évaluation, avec la constitution d'un Comité national de suivi et évaluation (GTS&E) coordonné par le PNLS (DSSB). Au total, 32 indicateurs ont été retenus couvrant l'ensemble des domaines du programme qui sont : la prévention – les soins, le soutien des PVVIH et l'atténuation de l'impact – organisation et cadre de la réponse. Par ailleurs un dispositif de S&E est en place depuis 2009

- un plan d'action a été élaboré précisant les circuits d'informations et les missions de chaque intervenant
- des ateliers de formation à l'échelle nationale et interrégionale ont été organisés sur le S&E
- Un Guide National de S&E a été élaboré en se basant notamment sur le guide UNGASS 2010
- un réseau est en cours de mise en place facilitant la collecte des données à partir des acteurs de la lutte contre le sida
- l'unité de S&E se trouve au sein du PNLS et travaille en étroite collaboration avec les partenaires de la lutte
- des points focaux sida/IST agissent au niveau des régions pour la collecte des données

- des supports pour la collecte des données ont été élaborés avec les partenaires impliqués
- un comité de suivi et d'évaluation de la riposte nationale est en place depuis fin 2009 pour évaluer l'état d'avancement de la riposte

Quelles sont les principales difficultés dans ce domaine ?

un atelier national a été organisé début 2010 pour renforcer l'adhésion des partenaires sur le S&E et l'acheminement de l'information particulièrement de la société civile vers l'unité de suivi et évaluation qui est au sein du PNLS.

Avec l'appui de l'ONUSIDA, des séances de formation sur le système d'information CRIS3 ont été réalisées à l'échelle nationale afin de permettre son installation progressive dans les 24 régions du pays. La région de Sfax a été identifiée comme zone pilote pour amorcer la généralisation de ce logiciel. Toutefois, certaines difficultés liées à l'installation du système informatique ne permettant pas la mise en place de ce logiciel. Des efforts sont en cours pour la relance de ce système.

5. Existe-t-il un Comité national ou un Groupe de travail pour le S&E qui se réunit régulièrement pour coordonner les activités de S&E ?

Oui	✓ Non
-----	-------

6. Existe-t-il une base de données nationale centrale contenant des données relatives au VIH ?

✓ Oui	Non
-------	-----

SI OUI, décrire brièvement la base de données nationale et qui la gère :

La base des données a été créée au début de 2010 en installant le logiciel Griss 3. Cependant pour des difficultés logistiques liées au réseau informatique avec les partenaires, la collecte des données n'a pu avoir lieu.

Actuellement, l'équipe de l'unité de Suivi évaluation procède à la saisie des données sur des fichiers Excel.

6.1. SI OUI, est-ce qu'elle inclut des informations concernant le contenu, les populations clés et la couverture géographique des services liés au VIH ainsi que sur les organisations qui les mettent en œuvre ?

Oui, toutes celles qui figurent ci-dessus	Oui, mais seulement certaines parmi celles qui figurent ci-dessus X	Non, aucune de celles qui figurent ci-dessus
---	--	--

SI OUI, mais seulement certaines parmi celles qui figurent ci-dessus, quels aspects incluent-elles ?

- Les données des services hospitaliers
- Les données relatives au dépistage dans les CCDAG

6.2. Existe-t-il un Système d'information pour la santé fonctionnel³² ?

	Oui	Non
Au niveau national	Oui	
Au niveau sous-national		
SI OUI, à quel(s) niveau(x) ? [préciser]	Gouvernorat	

³² Par exemple, des données issues de rapport des structures de santé, qui sont réunies au niveau du district puis envoyées au niveau national ; les données sont analysées et utilisées à différents niveaux ?

	(région)	
--	----------	--

7. Est-ce que le pays publie un rapport de S&E sur le VIH, incluant des données sur la surveillance du VIH, au moins une fois par an ?

Oui	Non X
-----	-------

8. Comment les données du S&E sont-elles utilisées ?

	Oui	Non
<i>Pour améliorer le programme</i>	X	
<i>Pour développer / revoir la riposte nationale au VIH ?</i>	X	
<i>Pour attribuer des ressources ?</i>	X	
<i>Autre [préciser] :</i>		

Fournir brièvement des exemples spécifiques sur la manière avec laquelle les données du S&E sont utilisées, ainsi que, le cas échéant, les principales difficultés rencontrées :

- Dans le diagnostic de la situation et l'évaluation du programme
- Pour élaborer le nouveau plan stratégique PSN
- Distribution des ARV, des réactifs ...

Difficultés :

- manque de certaines informations : non collectées ou non acheminées au niveau national à la DSSB par contre acheminé à l'unité de gestion du Fonds Mondial notamment les rapports d'activités des ONG

9. L'année dernière, est-ce qu'une formation sur le S&E a été réalisée ?

	Oui	Non
<i>Au niveau national ?</i>		X
<i>SI OUI, combien de personnes ont été formées ?</i>		
<i>Au niveau sous-national ?</i>		X
<i>SI OUI, combien de personnes ont été formées ?</i>		
<i>Au niveau de la prestation de services, société civile incluse ?</i>		X
<i>SI OUI, combien ?</i>		

9.1. Est-ce que d'autres activités de renforcement des capacités en S&E ont été réalisées, autres que la formation ?

Oui	✓ Non
-----	-------

SI OUI, décrire quel type d'activités

--

10. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous le suivi et l'évaluation (S&E) liés au VIH en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	✓ 6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

--

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

Rendre le système opérationnel avec une adhésion de la part de l'ensemble des partenaires

ENGAGEMENTS NATIONAUX ET MOYENS D'ACTION (NCPI)

PARTIE B

I. PARTICIPATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE³³

1. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») la société civile a-t-elle contribué à renforcer l'engagement politique des grands dirigeants et la formulation de politiques / stratégies nationales ?

FAIBLE					ÉLEVÉ
0	1	√ 2	3	4	5

Commentaires et exemples :

- L'implication de la société civile dans les activités de plaidoyer s'est limitée à la participation dans l'élaboration des stratégies nationales dans le cadre du CCM et surtout le travail sur terrain avec les populations spécifiques.
- A cause de l'instabilité du gouvernement en 2011 et l'environnement socio-politique, le travail avec les dirigeants politiques est resté limité.
- Les activités de plaidoyer qui ont eu lieu ont concerné spécifiquement les relais religieux ainsi que les populations clés dans le but de la réduction des risques.

2. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») les représentants de la société civile ont-ils participé aux processus de planification et de budgétisation pour le Plan stratégique national pour la lutte contre le VIH ou pour le plan relatif aux activités les plus courantes (par ex., assister aux réunions de planification et examen des ébauches) ?

FAIBLE					ÉLEVÉ
0	1	2	3	4	√ 5

Commentaires et exemples :

- La société civile a été toujours impliquée dans la planification et la budgétisation du plan national pour la lutte contre le VIH. En effet, les ONGs ont participé dans toutes les réunions du PNLIS concernant l'élaboration du plan stratégique 2012-2016.
- Après la réforme du CCM, le comité d'élaboration des propositions s'implique dans la programmation des plans d'action des divers partenaires.

³³ La société civile inclut entre autres : les réseaux et les organisations de personnes vivant avec le VIH, les femmes, les jeunes, les groupes affectés clés (notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenre, les professionnels du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les migrants, les réfugiés/les populations déplacées, les prisonniers) ; les organisations basées sur la foi ; les organisations de services liés au sida ; les organisations à assise communautaire ; ceux qui travaillent dans ces organisations, les organisations des droits de l'homme, etc. Remarque : le secteur privé est pris en considération séparément.

3. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») les services fournis par la société civile dans les domaines de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH sont-ils inclus dans :

a. La stratégie nationale pour la lutte contre le VIH ?

FAIBLE					ÉLEVÉ
0	1	2	3	√4	5

b. Le budget national consacré à la lutte contre le VIH ?

FAIBLE				ÉLEVÉ
0	1	2	√3	4 5

c. Les rapports nationaux relatifs au VIH ?

FAIBLE				ÉLEVÉ
0	1	2	√3	4 5

Commentaires et exemples :

- En ce qui concerne la stratégie nationale pour la lutte contre le VIH, les activités des ONGs sont incluses dans la planification et la budgétisation de cette stratégie. Le Fonds Mondial garantit la participation effective et réelle des ONGs dans la mise en place des activités relatives à la riposte au sida.
- Comme il existe un manque de collecte systématique des données, les activités fournies par les ONGs (en dehors du financement accordé par le Fonds Mondial) ne sont pas systématiquement prises en considération dans le budget national ni les rapports nationaux relatifs au VIH.

4. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») la société civile est-elle incluse dans le suivi et l'évaluation (S&E) de la riposte au VIH ?

a. Dans le développement du plan national de S&E ?

FAIBLE				ÉLEVÉ
0	1	2	√3	4 5

b. Dans la participation au comité / groupe de travail national du S&E chargé de coordonner les activités de S&E ?

FAIBLE				ÉLEVÉ
0	1	2	√3	4 5

c. Pour participer à l'utilisation des données pour la prise de décisions ?

FAIBLE				ÉLEVÉ
0	1	2	√3	4 5

Commentaires et exemples :

- Depuis la création de l'unité du suivi et d'évaluation au sein du PNLS, il y'a eu une amélioration de la composante S&E des programmes (surtout dans le cadre du FM). Cependant, le manque des ressources humaines et techniques limite la participation de la société civile dans le S&E de la riposte au VIH. Ce suivi est parfois limité aux rapports narratifs envoyés périodiquement à l'unité de gestion du FM.
- Quelques workshops ont été organisés afin de renforcer les capacités des ONGs en matière de S&E. Ces ateliers ont été pilotés par la société civile.

5. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») est ce que la représentation du secteur de la société civile dans les efforts liés au VIH est-elle incluse dans les diverses organisations (par ex., organisations et réseaux de

personnes vivant avec le VIH, de professionnel(le)s du sexe, et d'organisations basées sur la foi) ?

FAIBLE				ÉLEVÉ
0	1	2	√3	4 5

Commentaires et exemples :

- Il existe une certaine implication de la société civile dans les efforts liés au VIH notamment dans les ONGs thématiques et les réseaux des PVVIH.
- Cependant, cette implication reste limitée aux ONGs qui travaillent avec les populations clés.
- Les personnes en question (ex PVVIH) ont rarement des positions de leadership. Ceci est du en partie au manque des compétences techniques et ressources financières des ONGs.

6. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») la société civile peut-elle accéder à :

a. Un soutien financier adéquat pour mettre en œuvre ses activités liées au VIH ?

FAIBLE				ÉLEVÉ
0	1	2	√3	4 5

b. Un soutien technique adéquat pour mettre en œuvre ses activités liées au VIH ?

FAIBLE				ÉLEVÉ
0	1	2	√3	4 5

Commentaires et exemples :

- Depuis la mise en place du financement accordé par le Fonds Mondial, plusieurs ONGs ont bénéficié d'un soutien technique et financier pour la mise en œuvre de leurs activités liées au VIH. Ceci a largement contribué à l'amélioration de la structure des ONGs thématiques.
- Cependant, ce soutien reste limité à quelques ONGs (qui reçoivent le financement accordé par le FM). Pour le reste des ONGs, il existe un manque important dans les ressources humaines, techniques et financières.

7. Quel pourcentage de programmes/services liés au VIH suivants est estimé être fourni par la société civile ?

	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Prévention pour les populations clés				
<i>Personnes vivant avec le VIH</i>		X		
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>				X
<i>Consommateurs de drogues injectables</i>				X
<i>Professionnel(le)s du sexe</i>				X
<i>Personnes transgenre</i>				X
Dépistage et conseils	X			
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination				X
Services cliniques (ART/IO)*	X			
Soins à domicile	X			
Programmes pour OEV**	X			

*ART = Thérapie antirétrovirale ; IO = Infections opportunistes

**OEV = Orphelins et autres enfants vulnérables

8. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les efforts réalisés pour accroître la participation de la société civile en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	√7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :										
<ul style="list-style-type: none"> - La nouvelle réforme du CCM assurant plus de participation de la société civile - Mise en place de nouveaux CCDAG pilotés par les ONGs - La réalisation des enquêtes sérocomportementales sur les populations clés (MSM, CDI et PS) avec collaboration étroite avec les ONGs thématiques - La création d'une ONG de soutien aux PVVIH : Rahma - Plus de représentation des populations clés au sein du CCM - Contribution à la mise en place du plan stratégique 2012-2016. 										
Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?										
<ul style="list-style-type: none"> - Le nombre limité d'ONGs thématiques et le manque de coordination des activités des différentes ONGs - Le manque de ressources humaines et financières - Les politiques et lois constituant des barrières au travail avec les populations clés - La stigmatisation et discrimination envers les PVVIH et les populations clés - L'environnement socio-culturel constitue parfois une barrière pour le travail sur terrain. 										

II. SOUTIEN POLITIQUE ET LEADERSHIP

1. Est-ce que le gouvernement, grâce à un soutien politique et financier, a impliqué des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et/ou d'autres sous-populations vulnérables dans la conception et la mise en œuvre de politiques gouvernementales liées au VIH ?

Oui	√ Non
-----	-------

SI OUI, décrire quelques exemples de quand et de comment cela a été réalisé :										
<p><i>Il n'ya pas eu d'implication des populations clés dans la mise en œuvre de politiques gouvernementales liées au VIH. Cependant, les populations clés sont représentés et consultés dans la conception et la mise en œuvre de stratégies nationales de lutte contre le VIH dans le cadre du PNLIS</i></p>										

III. DROITS DE L'HOMME

1.1. Est-ce que le pays a des lois ou des règlements contre la discrimination qui mettent l'accent sur la protection des populations clés spécifiques et des autres sous-populations vulnérables ? Entourer oui si la directive précise certaines des populations clés :

	Oui	Non
<i>Personnes vivant avec le VIH</i>		X
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>		X
<i>Migrants / populations mobiles</i>		X
<i>Orphelins et autres enfants vulnérables</i>	X	
<i>Personnes ayant des handicaps</i>	X	
<i>Consommateurs de drogues injectables</i>		X
<i>Personnes incarcérées</i>		X
<i>Professionnel(le)s du sexe</i>		X
<i>Personnes transgenre</i>		X
<i>Femmes et jeunes filles</i>	X	
<i>Jeunes femmes / jeunes hommes</i>		X
<i>Autres sous populations vulnérables spécifiques ³⁴[préciser]</i>		

1.2. Est-ce que le pays a une loi générale ((par ex., pas spécifique à la discrimination liée au VIH) contre la discrimination ?

√ Oui	Non
-------	-----

SI OUI aux questions 1.1. à 1.2., décrire brièvement le contenu de cette/ces loi(s) :

En Tunisie, le code pénal protège les droits de la population générale contre la discrimination. Cependant, cette loi est générale et ne fait pas référence aux populations clés.

- Ainsi, la législation tunisienne consacre parfaitement l'égalité entre l'homme et la femme. Parmi les textes législatifs qui garantissent les droits de la femme, l'on retrouve : La loi du 3 mai 198 (article 2&3), Le code du statut personnel du 13 août 1956, articles 9, 207 et 23 du code pénal
- Le code du travail qui interdit toutes les discriminations fondées sur le sexe, que ce soit au stade de l'embauche ou dans le déroulement de la carrière (articles 66, 69 et 234).
- L'interdiction des discriminations fondées sur la race : Les articles 2et 3 de la loi du 3 mai 1988 organisant les partis politiques ; article 62 du code de la presse ainsi que les articles 19 et 26 de la loi du 3 mai 1988 organisant les partis politiques ; articles 44, 53 et 54 du code de la presse
- L'article 7 de l'ancienne constitution ajoute que tous les tunisiens exercent la plénitude de leurs droits sans aucune discrimination

Expliquer brièvement quels mécanismes sont en place pour garantir que ces lois sont mises en œuvre :

³⁴ Populations spécifiques vulnérables, autres que celles listées ci-dessus, ayant été identifiées comme étant exposées à un risque plus élevé d'infection à VIH (par exemple (par ordre alphabétique) les clients des professionnels du sexe, les personnes bisexuelles, les personnes déplacées au sein de leur pays, les personnes indigènes, les prisonniers et les réfugiés).

<ul style="list-style-type: none"> - Il existe des organisations internationales des droits de l'homme notamment le Haut commissariat des Nations Unies sur les Droits de l'Homme (OHCHR), Amnesty International, Human Rights Watch, etc.. . Aussi, des organismes nationaux dont la ligue tunisienne des droits de l'Homme. - Un nombre d'ONGs aborde aussi la thématique des droits et aide les personnes victimes de discrimination afin de protéger leurs droits.
Commenter brièvement leur degré actuel de mise en œuvre :
<ul style="list-style-type: none"> - L'ancien gouvernement a bloqué toutes les initiatives et organisations qui travaillaient sur les droits de l'Homme. Plusieurs ont été persécutés et exilés pour avoir dénoncés des atteintes aux droits humains exercés par l'ancien régime. - Malgré que les lois existent, leur mise en œuvre n'est pas toujours assurée. En effet, il existe toujours des atteintes aux droits fondamentaux et une discrimination que ce soit basée sur le genre, la race ou autre. Ceci se traduit par des abus de pouvoir dans les milieux de travail, des attitudes discriminatoires dans la société ou la vie privée. - L'application des mesures législatives n'est pas toujours assurée afin de faire face à ces atteintes aux droits humains.

2. Est-ce qu'il existe, dans le pays, des lois, des règlements ou des politiques qui constituent des obstacles^{35*} à l'efficacité des services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH pour les populations clés et les autres sous-populations vulnérables ?

.

√ Oui	Non
-------	-----

2.1. SI OUI, pour quelles sous-populations ?

POPULATIONS CLÉS et SOUS-POPULATIONS VULNÉRABLES	Oui	Non
<i>Personnes vivant avec le VIH</i>		X
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	X	
<i>Migrants / populations mobiles</i>		x
<i>Orphelins et autres enfants vulnérables</i>		X
<i>Personnes ayant des handicaps</i>		X
<i>Consommateurs de drogues injectables</i>	X	
<i>Personnes incarcérées</i>		X
<i>Professionnel(le)s du sexe</i>	X	
<i>Personnes transgenre</i>	X	
<i>Femmes et filles</i>		X
<i>Jeunes femmes / jeunes hommes</i>		X
<i>Autres populations vulnérables spécifiques *[préciser ci dessous] MSM séropositifs au VIH</i>	X	

³⁵ Il ne s'agit pas nécessairement de directives ou de lois spécifiques au VIH. Ils incluent des directives, des lois ou des règlements qui pourraient dissuader les personnes ou compliquer leur accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement. Les exemples cités dans les pays, dans le passé, ont inclus : « les lois qui criminalisent les rapports sexuels entre personnes du même sexe », « les lois qui punissent la possession de préservatifs ou d'accessoires facilitant la consommation de drogues » ; « les lois sur le vagabondage » ; « les lois qui empêchent l'importation de médicaments génériques » ; « des directives qui empêchent la distribution ou la possession de préservatifs dans les prisons » ; les « directives qui empêchent les non citoyens d'accéder à l'ART » ; « la criminalisation de la transmission et de l'exposition au VIH » ; « les lois / droits de succession pour les femmes », « les lois qui interdisent de fournir des informations sur la santé sexuelle et reproductive et des services aux jeunes personnes », etc

* Sous-populations autres que celles listées ci-dessus, ayant été identifiées comme étant exposées à un risque plus élevé d'infection à VIH (par exemple (par ordre alphabétique) les clients des professionnels du sexe, les personnes bisexuelles, les personnes déplacées au sein de leur pays, les personnes indigènes, les prisonniers et les réfugiés). *Idem* si vous êtes d'accord avec les changements ci-dessus.

Décrire brièvement le contenu de ces lois, règlements ou directives :

Le code pénal tunisien pénalise la consommation de la drogue, le travail du sexe clandestin ainsi que l'homosexualité :

- La loi 92-52 : condamne les consommateurs des drogues . Cette loi considère que les actions de prévention à savoir la distribution de seringue est de l'incitation qui est punie par la loi.
- La loi 230 du code pénal interdit les actes homosexuels féminins ou masculins et les pénalisent de prison ferme.
- Le travail de sexe clandestin est interdit par la loi tunisienne

Par ailleurs, il n'existe pas de cadre juridique protégeant les PVVIH victimes de discrimination ou de stigmatisation à cause leur statut sérologique.

Commenter brièvement comment ils posent des barrières

- Les activités de prévention effectuées par les ONGs peuvent être entravées à cause des lois pénalisantes surtout en ce qui concerne les MSM, les UDI et les PS clandestines. Ceci constitue un frein pour le travail des ONGs sur terrain.

3. Existe-t-il, dans le pays, une politique, une loi ou un règlement pour réduire la violence contre les femmes, ce qui inclut par exemple, les victimes d'agressions sexuelles ou les femmes vivant avec le VIH ?

 Oui

 Non

Décrire brièvement le contenu de la directive, de la loi ou du règlement ainsi que les populations incluses.

Le code pénal tunisien protège les droits des femmes victimes d'agression sexuelles. En effet

L'article 227 du code pénal stipule : « - Est puni de mort :

1. Le crime de viol commis avec violence, usage ou menace d'usage d'arme.
2. Est puni d'emprisonnement à vie, le crime de viol commis en dehors des cas précédents.

Est puni d'emprisonnement à vie, le crime de viol commis en dehors des cas précédents »

Article 228 (Nouveau) : - Est puni d'un emprisonnement pendant six ans, l'attentat à la pudeur, commis sur une personne de l'un ou de l'autre sexe sans son consentement.

La peine est portée à douze ans de prison si la victime est âgée de moins de dix-huit ans accomplis.

L'emprisonnement sera à vie si l'attentat a été commis par usage d'arme, menace, séquestration ou s'en est suivi blessure ou mutilation ou défiguration ou tout autre acte de nature à mettre la vie de la victime en danger.

Article 230. - La sodomie, si elle ne rentre dans aucun des cas prévus aux articles précédents, est punie de l'emprisonnement pendant trois ans.

- Pas de lois spécifiques protégeant les femmes vivant avec le VIH victimes de violences sexuelles.

4. Est-ce que la promotion et la protection des droits de l'homme sont explicitement mentionnées dans une politique ou une stratégie liée au VIH ?

 Oui

 Non

SI OUI, décrire brièvement comment les droits de l'homme sont mentionnés dans cette politique ou cette stratégie liée au VIH :

- Le plan national stratégique 2012-2016 assure que :

L'approche des droits humains est un cadre conceptuel pour le processus du développement humain. Elle est basée sur les normes internationales des droits humains. En ce qui concerne le plan opérationnel, cette approche œuvre pour la promotion et la protection de ces droits. Elle incite à tenir compte consciemment et systématiquement des droits humains dans tous les aspects du développement des politiques et programmes.

- **Axe stratégique 3** : Réforme du cadre juridique et promotion des droits humains pour la garantie de la dignité de la personne et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida
- *Produit 3.1.1* L'obligation de non discrimination en matière de prévention et de prise en charge liées au VIH est intégrée dans les statuts des établissements publics et les conventions collectives :
- *Effet 3.2.* Les populations vulnérables, les populations clés, les migrants et les déplacés accèdent à leurs droits dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida
- *Effet 3.3.* Les intervenants institutionnels ou autres adoptent des comportements respectueux des droits humains, excluant les différentes formes de stigmatisation et de discrimination, dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida:

Produit 3.2.2 : Les capacités des populations clés en matière des droits humains sont renforcées

Produit 3.2.3 : Les capacités des personnes vivant avec le VIH et leur entourage affecté en matière des droits humains sont renforcées

5. Existe-t-il un mécanisme pour enregistrer, documenter et lutter contre les cas de discrimination rencontrés par les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les autres populations vulnérables ?

Oui

✓ Non

SI OUI, décrire brièvement ce mécanisme :

- Bien qu'il existe une initiative de la part d'une ONG à enregistrer ces cas de discrimination et à les aider juridiquement, il n'existe pas sur le plan national un mécanisme établi garantissant la protection des droits des PVVIH et populations clés. Les interventions restent ponctuelles et à l'initiative des ONGs.
- Une initiative récente émanant d'une ONG est la création de l'Observatoire des Droits Humains et VIH, en phase de préparation avant le démarrage effectif de son activité.

6. Est-ce que le pays a une politique ou une stratégie pour que les services suivants soient gratuits ? Indiquer si ces services sont fournis gratuitement à tous, à certaines personnes ou à aucune personne (entourer « oui » ou « non », la où cela est applicable).

	Fourni gratuitement à tous dans le pays		Fourni gratuitement à certaines personnes dans le pays		Fourni mais seulement à un certain prix	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<i>Traitement antirétroviral</i>	X					
<i>Services de prévention du VIH*</i>	X					
<i>Interventions de soins et</i>			X			

d'accompagnement liés au VIH

* Tels que la sécurité transfusionnelle, la promotion du préservatif, la réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues injectables, la prévention du VIH pour les jeunes non scolarisés, la prévention du VIH sur le lieu de travail, le dépistage du VIH et conseils, l'IEC sur la réduction des risques, l'IEC sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la prévention pour les personnes vivant avec le VIH, les services liés à la reproduction sexuelle, notamment la prévention et le traitement des infections transmises sexuellement, la réduction des risques pour les partenaires intimes chez les populations clés, la réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, la réduction des risques pour les professionnels du sexe, pour les jeunes, l'éducation sur le VIH dans les écoles, les précautions universelles dans les contextes de soins sanitaires

Le cas échéant, quelles populations ont été identifiées comme prioritaires, et pour quels services ?

- Les ARVs sont fournis gratuitement à toutes les personnes démunies éligibles au traitement et n'ayant pas une couverture sociale. Les interventions et soins d'accompagnement sont fournis gratuitement au cas par cas selon certains critères.
- Les populations prioritaires sont les populations clés : MSM, PS et CDI (vue que l'épidémie est encore concentrée en Tunisie).

7. Est-ce que le pays a une politique ou une stratégie pour garantir un accès équitable pour les femmes et pour les hommes aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ?

√ Oui

Non

7.1. En particulier, est-ce que le pays a une politique ou une stratégie pour garantir l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH pour les femmes en dehors de la grossesse et de l'accouchement ?

√ Oui

Non

8. Est-ce que le pays a une politique ou une stratégie pour garantir un accès équitable pour les populations clés et/ou les autres sous-populations vulnérables aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ?

√ Oui

Non

SI OUI, décrire brièvement le contenu de cette politique / stratégie ainsi que les populations incluses :

Le plan national stratégique de lutte contre le SIDA garantit l'accès universel à tous les services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH. Cependant, sur terrain, il existe des disparités d'accès dus en premier lieu à la discrimination et stigmatisation en milieu de soins vis-à-vis aux PVVIH ou populations clés.

8.1. SI OUI, est-ce que cette politique / stratégie inclut différents types d'approches pour garantir un accès équitable aux différentes populations clés et/ou aux autres sous-populations vulnérables ?

√ Oui

Non

SI OUI, expliquer brièvement les différents types d'approches pour garantir un accès équitable aux différentes populations :

- Approche multisectorielle garantissant la collaboration des différents partenaires afin de garantir l'accès équitable des différentes populations (FM, coordination entre les ONGs, activités de plaidoyer, etc..)
- Prise en charge globale des PVVIH
- Stratégie de la réduction de la transmission mère-enfant (PTME)
- Plan stratégique national : Produit 3.1.1 : Des textes juridiques sont révisés ou élaborés pour faciliter l'Accès Universel dans tous les contextes de la riposte au VIH/SIDA

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - L'obligation de non discrimination en matière de prévention et de prise en charge liées au VIH est intégrée dans les statuts des établissements publics et les conventions collectives - La Règlementation interne des prisons est révisée conformément aux conventions et traités internationaux pour réduire la vulnérabilité des détenus vis-à-vis du VIH |
|---|

9. Existe-t-il, dans le pays, une directive ou une loi interdisant le dépistage du VIH pour des questions relatives à l'emploi (recrutement, affectation/mutation, nomination, promotion, cessation) ?

Oui

√ Non

SI OUI, décrire brièvement le contenu de cette directive ou loi :

10. Est-ce que le pays a les mécanismes pour suivre et appliquer les droits de l'homme suivants ?

a. Existence d'institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de l'homme, ce qui inclut des commissions pour les droits de l'homme, des commissions de réformes juridiques, des observateurs, et des médiateurs qui traitent les questions liées au VIH au sein de leur travail

√ Oui

Non

b. Indicateurs ou repères de performance permettant de vérifier la conformité avec les droits de l'homme standards dans le contexte des efforts liés au VIH

Oui

√ Non

SI OUI à l'une des questions ci-dessus, décrire quelques exemples :

Il existe des instances nationales et internationales qui traitent des droits de l'Homme mais ceci n'est pas spécifique aux efforts liés au VIH. Nous citons :

- Le Haut Commissariat des Nations Unies sur les Droits de l'Homme (OHCHR)
- Amnesty International, Human Rights Watch, etc.. .
- Aussi, des organismes nationaux dont la ligue tunisienne des droits de l'Homme, l'observatoire OVEDH

11. Au cours des 2 dernières années, est-ce que les formations ou les activités de renforcement des capacités ont eu lieu :

a. Programmes pour éduquer et accroître la sensibilisation chez les personnes vivant avec le VIH et les populations clés concernant leurs droits (dans le contexte du VIH)³⁶ ?

Oui

√ Non

b. Programmes pour les membres du système judiciaire et d'application des lois³⁷ sur le VIH et les questions de droits de l'homme qui peuvent surgir dans le contexte de leur travail ?

³⁶ Ce qui inclut, par exemple, les campagnes « Connaissez vos droits » qui autonomisent ceux qui sont affectés par le VIH afin qu'ils connaissent leurs droits et les lois dans le contexte de l'épidémie (voir le Document d'orientation de l'ONUSIDA : Les lois pour lutter contre le VIH au niveau national, Document de travail, 30 avril 2008)

Oui	√ Non
-----	-------

12. Est-ce que les services d'assistance juridique suivants sont disponibles dans le pays ?

a. Systèmes d'aide juridique pour l'assistance sociale liée au VIH

√ Oui	Non
-------	-----

b. Entreprises juridiques du système privé ou centres universitaires fournissant des services juridiques gratuits ou à prix réduit pour les personnes vivant avec le VIH

Oui	√ Non
-----	-------

13. Est-ce que des programmes sont en place pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH ?

√ Oui	Non
-------	-----

<i>SI OUI, quels types de programmes ?</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<i>Programmes pour le personnel de santé</i>	X	
<i>Programmes pour les médias</i>	X	
<i>Programmes sur le lieu de travail</i>		X
<i>Autre [préciser] : religieuse</i>	X	

14. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les directives, lois et règlements qui existent pour promouvoir et protéger les droits de l'homme liés au VIH en 2011 ?

<i>Très faible</i>										<i>Excellent</i>
0	1	2	√ 3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

- Axe 3 du PNLS
- Il n'existe pas de réglementation protégeant les droits des PVVIH en particulier

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

Les lois pénalisantes et le manque d'implication des décideurs politiques

15 En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les efforts réalisés pour mettre en œuvre les directives, lois et règlements liés au VIH en 2011 ?

<i>Très faible</i>										<i>Excellent</i>
0	1	2	3	√ 4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

³⁷ Ce qui inclut, par exemple, les juges, les magistrats, les procureurs, la police, les commissaires des droits de l'homme ainsi que les employés des tribunaux, les juges du tribunal du travail ou les commissaires

Renforcement des capacités des ONGs en matière des Droits humains liés au VIH
Axe stratégique 3 du plan national de la riposte au sida stipulant clairement la nécessité de la réforme juridique en matière de VIH (Axe stratégique 3 : Réforme du cadre juridique et promotion des droits humains pour la garantie de la dignité de la personne et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida)

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

Manque de coordination entre les intervenants dans le domaine de la lutte contre le VIH.
La réglementation et lois
Le manque d'implication des décideurs politiques
L'environnement politique instable

IV. PRÉVENTION

1. Est-ce que le pays a identifié les besoins spécifiques relatifs aux programmes de prévention du VIH ?

√ Oui	Non
-------	-----

SI OUI, comment ces besoins spécifiques ont-ils été déterminés ?
<ul style="list-style-type: none"> - Enquêtes nationales - Focus groups, réunions périodiques - Diagnostic de situation
SI NON, comment les programmes de prévention du VIH sont-ils élaborés ?

1.1 Dans quelle mesure la prévention du VIH a-t-elle été mise en oeuvre ?

Composante de la prévention du VIH	La majorité des personnes dans le besoin ont accès à/au(x) :				
	1-Pas du tout d'accord	2- Pas d'accord	3- D'accord	4- Tout à fait d'accord	N/A
<i>la sécurité transfusionnelle</i>				X	N/A
<i>la promotion du préservatif</i>		X			
<i>la réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues injectables</i>		X			
<i>la prévention du VIH pour les jeunes non scolarisés</i>		X			
<i>la prévention du VIH sur le lieu de travail</i>		X			
<i>dépistage du VIH et conseils</i>		X			
<i>l'IEC³⁸ sur la réduction des risques</i>			X		
<i>l'IEC sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination</i>	X				
<i>la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant</i>		X			
<i>la prévention pour les personnes vivant avec le VIH</i>		X			
<i>services liés à la reproduction sexuelle, notamment la prévention et le traitement des infections transmises sexuellement</i>		X			
<i>la réduction des risques pour les partenaires intimes chez les populations clés</i>		X			
<i>la réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>		X			
<i>la réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe</i>			X		

³⁸ IEC = information, éducation, communication

<i>pour les jeunes, l'éducation sur le VIH dans les écoles</i>		X			
<i>précautions universelles dans les contextes de soins sanitaires</i>			X		
<i>Autre [préciser] :</i>					

2. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les efforts réalisés pour mettre en oeuvre les programmes de prévention du VIH en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	√ 5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :
<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la qualité de prise en charge des PVVIH - Dépistage et Counselling dans les prisons - 25 CCDAG - Amélioration des ressources humaines des ONGs - Implication des PVVIH dans la prévention - Création d'association de soutien pour les PVVIH.
Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?
<ul style="list-style-type: none"> - Environnement socio-culturel - Environnement politique - Environnement juridique - Manque de ressources humaines et financières

V. TRAITEMENT, SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

1. Est-ce que le pays a identifié les éléments essentiels pour un ensemble complet de services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ?

√ OUI	Non
-------	-----

SI OUI, identifier brièvement ces éléments et les priorités ayant été accordées :
<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des PVVIH - Accompagnateurs sanitaires - Protocole thérapeutique - PTME - Suivi biologique
Identifier brièvement comment sont élaborés les services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ?
Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) avec concertation entre les différents intervenants (consensus)

1.1. Dans quelle mesure est-ce que les services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ont été mis en œuvre ?

Services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH	La majorité des personnes dans le besoin ont accès à/au(x) :				
	1-Pas du tout d'accord	2- Pas d'accord	3- D'accord	4- Tout à fait d'accord	N/A
<i>la thérapie antirétrovirale (ART)</i>				X	
<i>l'ART pour les patients ayant la tuberculose (TB)</i>				X	
<i>la prophylaxie par le cotrimoxazole chez les personnes vivant avec le VIH</i>				X	
<i>diagnostic infantile précoce</i>				X PCR	
<i>services de soins et d'accompagnement liés au VIH sur le lieu de travail (notamment des arrangements pour travailler de manière alternée)</i>		X			
<i>dépistage du VIH et conseils pour les personnes vivant avec la TB</i>			X		
<i>services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours pour le traitement à travers le lieu de travail</i>	X				
<i>soins nutritionnels</i>		X			
<i>traitement pédiatrique du sida</i>				X	
<i>l'ART pour les femmes après l'accouchement</i>				X	
<i>la prophylaxie post-exposition pour exposition non professionnelle (par ex., agression sexuelle)</i>		X			

<i>la prophylaxie post-exposition pour exposition professionnelle au VIH</i>		X			
<i>l'accompagnement psychologique pour les personnes vivant avec le VIH et leurs familles</i>		X			
<i>la gestion de l'infection transmise sexuellement</i>		X			
<i>contrôle de l'infection de TB dans les structures de traitement et de soins liés au VIH</i>			X		
<i>la thérapie préventive de la TB pour les personnes vivant avec le VIH</i>				X	
<i>dépistage de la TB pour les personnes vivant avec le VIH</i>				X	
<i>traitement des infections communes liées au VIH</i>				X	
<i>Autre [préciser] :</i>					

1.2. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les efforts réalisés pour mettre en œuvre des programmes de prévention, de soins et d'accompagnement liés au VIH en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	√ 8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

- Services spécialisés aux PVVIH
- Test de résistance

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

- Environnement social, politique

2. Existe-t-il, dans le pays, une politique ou une stratégie pour satisfaire les besoins supplémentaires liés au VIH des orphelins et des autres enfants vulnérables?

Oui Non

2.1. SI OUI, existe-t-il, dans le pays, une définition opérationnelle des orphelins et des enfants vulnérables ?

Oui Non

2.2. SI OUI, est-ce que le pays a un plan national d'action spécifique pour les orphelins et les enfants vulnérables ?

Oui Non

2.3. SI OUI, est-ce que le pays dispose d'une estimation du nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables qui sont touchés par les interventions qui existent actuellement ?

Oui Non

2.4. SI OUI, quel pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables est touché ?

3. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les efforts réalisés pour mettre en œuvre les programmes de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	√7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :
<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnateurs socio sanitaires - Nouvelles ONGs de PVVIH, groupe de soutien GS++ - Plus de CCDAG
Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?
<ul style="list-style-type: none"> - Rupture de stocks - Gestion des ARVs - Stigmatisation et discrimination en milieu de soins - Manque de ressources en milieu de soins

Annexe 3 : LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	L'incidence notifiée de l'infection VIH/sida en fonction de l'âge et du sexe en 2010 et en 2011
Tableau 2	Cumul des cas d'infection par le VIH/sida depuis le début de l'épidémie en fonction de l'âge et du sexe
Tableau 3	Répartition des nouveaux cas d'infection par le VIH/sida selon le mode de transmission et selon le sexe (2010-2011)
Tableau 4	Répartition selon le mode de contamination et selon le genre du nombre total de cas d'infection à VIH/SIDA depuis le début de l'épidémie (1986-2011)
Tableau 5	Séroprévalence du VIH auprès des HSH en 2011
Tableau 6	Variation de la prévalence du VIH chez les HSH entre 2009 et 2011 selon les régions
Tableau 7	Séroprévalence du VIH auprès des professionnelles du sexe en 2011
Tableau 8	Estimation de la séroprévalence du VIH auprès des UDI
Tableau 9	Estimation du nombre des personnes vivant avec le VIH selon le groupe de population
Tableau 10	Estimation de l'incidence annuelle attendue par groupe de population avec le MoT
Tableau 11	Répartition des tests de dépistage effectués dans les CCDGA par année, par sexe et selon les résultats
Tableau 12	Motifs de recours au dépistage dans les CCDAG
Tableau 14	Motifs de recours au dépistage dans les CCDAG
Tableau 15	Connaissances et comportements des MSM
Tableau 16	Connaissances et comportements des UDI
Tableau 17	Connaissances et pratiques des PS

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Nombre de cas déclarés de l'infection à VIH/Sida chez les Tunisiens (1995-2011)

Figure 2 Tendances de l'incidence des cas déclarés de l'infection à VIH/Sida chez les Tunisiens (/100 000 habitants) (1986-2011)

Figure 3 Tendances des nouveaux cas de sida maladie

Figure 4 Tendances des modes de transmission de l'infection à VIH depuis le début de l'épidémie (1995-2011) (Source : MSP/PNLS)
