

2012-2013

République Tunisienne

Ministère de la Santé Publique

Direction des Soins de Santé de Base

Programme National de Lutte contre

le sida et les IST



RAPPORT D'ACTIVITE SUR LA RIPOSTE AU SIDA- TUNISIE

AVRIL 2014



TABLE DES MATIÈRES

<i>Remerciements</i>	6
<i>Liste des Abréviations</i>	7
I APERÇU DE LA SITUATION	10
I.1. Inclusion des différents intervenants dans le processus de rédaction du rapport	10
I.2. Statut de l'épidémie	11
I.3. Politiques et programmes de riposte	11
I.4. Tableau des indicateurs	12
II. DESCRIPTIF DE L'ÉPIDÉMIE	37
2.1. Environnement démographique, politique, économique et social	37
2.2. Épidémiologie de l'infection à VIH/sida	39
2.2.1. Données du système de surveillance / cas du VIH notifiés	40
2.2.2. Co-infection VIH-Tuberculose	Erreur ! Signet non défini.
2.2.3. Situation auprès des populations les plus à risque d'exposition au VIH	42
2.2.4. Les estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH en Tunisie	43
2.3. Cas d'infection à VIH enregistrés auprès des étrangers en Tunisie	Erreur ! Signet non défini.
III. RIPOSTE NATIONALE A L'ÉPIDÉMIE DU SIDA	44
III.1. Engagement politique	44
III.1.1. Le plan stratégique	Erreur ! Signet non défini.
III.1.2. Fonds alloués à la lutte contre le VIH/sida	45
III.2. Mise en œuvre	Erreur ! Signet non défini.
III.2.1. Prévention : activités réalisées au cours de la biennie 2012-2013	46
III.2.2. Soins, traitement et soutien aux PVVIH : (i) TAR ; (ii) Prise en charge psychosociale	Erreur ! Signet non défini.
a) Thérapie antirétrovirale	49
b) La prise en charge psychosociale	51
III.2.3. Connaissances et pratiques des populations clés (UDI, TS, HSH)	

<i>IV. BONNES PRATIQUES</i>	53
IV.1. Leadership politique et les politiques favorables	Erreur ! Signet non défini.
IV.2. Extension des programmes de prévention efficaces	Erreur ! Signet non défini.
IV.3. Extension des programmes de soins, de traitement et de soutien	Erreur ! Signet non défini.
IV.4. Suivi et évaluation	Erreur ! Signet non défini.
IV.5. Développement des moyens et des infrastructures	Erreur ! Signet non défini.
<i>V. PRINCIPALES DIFFICULTES ET SOLUTIONS</i>	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
V.1. Les progrès réalisés au cours de la période étudiée (2012-2013)	_ Erreur ! Signet non défini.
V.2. Défis rencontrés au cours de la période étudiée (2012-2013)	Erreur ! Signet non défini.
V.3. Solutions concrètes planifiées pour garantir la réalisation des objectifs convenus	Erreur ! Signet non défini.
<i>6. SOUTIEN DES PARTENAIRES DU DEVELOPPEMENT</i>	67
VI.1 Principaux soutiens reçus des partenaires au développement	
VI.2 Actions à mener par ces derniers afin de garantir la réalisation des objectifs	
<i>VII. SUIVI ET EVALUATION</i>	69
VII.1. Le système de suivi et évaluation actuellement en place	_ Erreur ! Signet non défini.
VII.2. Les défis rencontrés dans la mise en œuvre d'un système complet de suivi et d'évaluation	Erreur ! Signet non défini.
VII.3. Les solutions planifiées afin de surmonter ces défis	_____ Erreur ! Signet non défini.
VII.4. Besoins en termes d'assistance technique et de développement des moyens pour le suivi et l'évaluation	_____ Erreur ! Signet non défini.
<i>ANNEXES</i>	71
Annexe 1 : Processus de consultation / préparation pour le rapport national de suivi des progrès dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement dans la riposte au VIH/sida	72
Annexe 2 : Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI)	73
Annexe 3 : Politique OMS	73
Annexe 4 : Liste des tableaux et figures	73

Remerciements

Nos sincères remerciements vont au Bureau de Tunis de l'ONUSIDA, de l'OMS et de l'UNICEF qui ont appuyé techniquement le processus de la rédaction de ce rapport sur l'évaluation de la riposte nationale au sida 2012-3013.

Nous remercions également les services de référence pour la prise en charge des PVVIH de Tunis, Sousse, Monastir et Sfax pour leur collaboration et aide dans le processus de la collecte des données.

Nos vifs remerciements également pour tous les partenaires OG et ONG qui ont activement soutenu les consultants lors de la collecte des données ou de leur validation.

Notre gratitude s'adresse aussi aux membres de l'unité de suivi et évaluation du Fonds Mondial, à l'unité d'épidémiologie et la pharmacie de la Direction des Soins de Santé de Base qui ont aimablement collaboré à cette évaluation.

Enfin, nous remercions les consultants pour leur contribution à l'élaboration de ce rapport malgré les contraintes de temps que nous leur avons imposées: Pr Abdelmajid Ben Hamida et Dr Amel Ben Said

Dr Hayet Hamdouni

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
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
DT	Dinar Tunisien
FM (GFATM)	Fonds Mondial (Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)
GARPR	Global Aids Response Progress Reporting
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
MS	Ministère de la Santé
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
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

I. APERÇU DE LA SITUATION

I.1 Inclusion des différents intervenants dans le processus de rédaction du rapport

La mission d'élaboration du rapport sur la riposte nationale au VIH au cours de la biennie 2012-2013 a démarré en mars 2014. Le processus d'élaboration a associé plusieurs approches pour garantir la participation et l'inclusion des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux : (i) des réunions bilatérales incluant des visites de terrain et des réunions en groupe, (ii) des contacts téléphoniques pratiquement quotidiens, (iii) des échanges par email et (iv) un atelier de validation auquel ont été invités tous les acteurs.

L'objectif de tous ces échanges était d'expliquer ou de rappeler aux acteurs le contexte et les exigences d'élaboration du rapport sur la riposte nationale au VIH 2012-2013 et d'insister auprès d'eux sur leur rôle dans la collecte, l'analyse et la validation des données ainsi que dans l'élaboration du rapport.

Des supports de recueil des données ont été mis à la disposition des acteurs, chacun en ce qui le concerne : questionnaires NCPI A et B, des formulaires concernant les différents indicateurs et les financements.

Comme pour le rapport de 2012, le taux de réponses était meilleur du côté des ONG que de celui des OG en ce qui concerne les questionnaires NCPI. Mais il y a lieu de noter les faits suivants qui ont aidé à l'élaboration du rapport malgré le contexte assez défavorable (temps et disponibilité):

- ✓ L'excellente collaboration de la coordinatrice du PNLIS/IST et des représentants de l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF, qui ont tout mis en œuvre pour vaincre le temps,
- ✓ L'implication active des responsables des pôles de prise en charge thérapeutique et biologique des PVVIH qui ont fait montre de disponibilité et de patience,
- ✓ La bonne réactivité des ONG et de l'unité de gestion du programme d'appui du GFATM,
- ✓ La participation large et active des acteurs des deux secteurs gouvernemental et non gouvernemental à l'atelier de validation qui a eu lieu le 27 mars 2014 et qui

a été l'occasion d'enrichir et de donner de la consistance aux données collectées et aux réponses aux deux questionnaires NCPI A et B.

Il est à souligner enfin que la productivité des acteurs a été boostée par nombre d'évènements dans lesquels ils sont impliqués depuis 2013 : révision du PSN 2012-2016 et élaboration du PSN 2014-2017, révision et actualisation du plan national de suivi et évaluation, élaboration de la stratégie de dépistage du VIH etc.

I.2 Statut de l'épidémie du VIH/sida

En Tunisie, l'épidémie de l'infection par le VIH était considérée jusqu'au milieu des années 2000 comme peu active, avec un taux de prévalence inférieure à 0,1% dans la population générale. Cependant, les études séro-comportementales de 2009 et 2011 ont montré que la prévalence du VIH était « concentrée » auprès des populations les plus à risque ou « populations clés » et elle a été 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 enquêtes¹ (les zones géographiques les plus touchées étant le grand Tunis et les régions côtières²).

Aussi, le statut de l'épidémie en Tunisie est de type « concentrée » au niveau des populations clés : les usagers de drogues injectables (UDI), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les travailleuses de sexe (TS). Par ailleurs, les estimations données par le MoT-Tunisie (2012), confirment le nombre élevé de nouvelles infections attendues parmi ces populations clés (MARPS), et particulièrement parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes³.

Enfin, une revue de la situation épidémique a été réalisée en 2013 et elle insiste notamment sur la nécessité de prendre en compte la prévalence de l'infection chez les migrants (notamment libyens) résidents en Tunisie, car le nombre de cas déclarés dans cette population dépasse celui des cas autochtones depuis quelques années déjà (voir plus loin).

¹ Ministère de La Santé, 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

I.3 Politiques et programmes de riposte

Au cours de la biennie 2012-2013, la Tunisie a réaffirmé son engagement à participer avec la communauté internationale dans la lutte contre le VIH/sida par un certain nombre d'actions fortes qui devaient aboutir au renforcement de la riposte au VIH:

- la revue à mi parcours de la Déclaration Politique « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida », adoptée suite à la réunion de Haut Niveau en juin 2011 à New York,
- la revue annuelle du plan stratégique national (PSN) de lutte contre le VIH/sida 2012-2016, menée de façon concomitante avec la revue à mi parcours entre avril et juin 2013
- la révision du PSN 2012-2016 suite à la revue annuelle sus citée, en cours de validation

La révision du PSN 2012-2016 a été engagée et abouti au PSN 2014-2017. Etant encore en phase de validation, seuls les résultats d'impact identifiés déjà avec la participation de tous les acteurs et de tous les secteurs tant à l'échelle centrale qu'au niveau décentralisé, sont cités ci après :

- **Résultat d'impact 1** : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2017
- **Résultat d'impact 2** : La mortalité des PVVIH est réduite d'au moins 60% d'ici 2017
- **Résultat d'impact 3** : La gouvernance, la coordination et le suivi évaluation de la réponse nationale au VIH/sida sont efficaces

D'autre part, tirant force du programme d'appui du Fonds Mondial de lutte contre le sida la tuberculose et le paludisme (GFATM), la Tunisie a consolidé ses instances de coordination et de suivi de la riposte à l'échelle nationale et à l'échelle régionale. Ainsi, la représentation des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux ainsi que celle des populations clés et des (PVVIH) au sein de l'instance nationale de coordination de la riposte nationale est désormais plus démocratique et plus participative, bénéficiant de l'autonomie de décision et de gestion d'une organisation non gouvernementale (ONG).

I.4 Tableau des indicateurs

Récapitulatif des indicateurs GARPR et AU (2013)

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
		2009	2011-2012	
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%	5,30 % Garçons 5,34% Filles : 5,26 % 15-19 ans : 4,07 20-25 ans : 6,49	- Enquête de 2009 est nationale auprès de 1200 jeunes non scolarisé de 15-24 ans (échantillon représentatif) - Enquête nationale en 2012 auprès de 2000 jeunes sur échantillon représentatif de l'ensemble des jeunes 15-25 ans : urbain, rural, scolarisé ou non,... (rapport 2013, ATL-MST-Sida)
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%	2,70% G=4,95% F=0,40%	
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	Non disponible	Non disponible	- Pas de données disponibles pour l'ensemble de la population
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	Non disponible	Non disponible	

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		H= ND F= 0,5%	Enquête MICS4, 2012
1.6 OMD	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH	Non Applicable		Indicateur réservé aux pays où l'épidémie est généralisée

Professionnelles du sexe

N°	Indicateurs clés	Valeurs par période				Sources et commentaires
		2009		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 séro-comportementales auprès des Professionnelles du sexe en 2011
		28,8% 36/125	40,35% 232/575	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
		12,7%	15,1%	11,2%	14,6%	
		20/158	36/239	40/358	92/630	
		14,1%		13,4%		
		56/397		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
		0,17%	1,57%	0,56 %	0,63%	
		1/576	2/127	2/ 358	4/630	
		0,43%		0.61%		
		3/703		6/ 988		

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

N°	Indicateurs clés	Valeurs par période				Sources et commentaires
		2009		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
		53,4%	52,7%	42,5%	37%	
		365/684	257/487	190/447	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%	27 %	
		- 45.8% (260/568) avec un prostitué		144/447	149/553	
				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	106/493	13,1%	16,7%	
		15,8 %	21,5%	53/407	82/490	
		18,2%	214/1178	15,1%	135 / 897	
1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH			<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 sites enquêtés 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 L'exercice sur le modèle de transmission (MoT) du VIH en Tunisie a revu à la baisse ces chiffres pour permettre leur extrapolation chez les HSH à l'échelle nationale (2012)
				9,84%	10,28%	
				44/447 (Pondéré : 11,7%)	57/554 (Pondéré : 14,1%)	
		4,9% (57/1178)			10,1%	
				101/1001 (La séroprévalence globale pondérée à la taille des sous populations HSH serait de : 13.0%)		

Dépistage et conseil (AU)

N°	Indicateurs clés	2011		2012		2013		Sources et commentaires
		H	F	H	F	H	F	
1.16 AU	Dépistage du VIH et Conseil parmi les femmes et les hommes âgés de 15 ans et plus	56,3%	43,7%	4015	3353	6049	4193	Source : les rapports d'activités des CCDAG effectuant les activités de dépistage anonyme et gratuit 2011, 2012, 2013
		4825	3748					
		dont 23 positifs Taux de positivité : 0,28%		dont 26 positifs Taux de positivité : 0,35%		dont 36 positifs Taux de positivité : 0,35%		
1.16.1 AU	Pourcentage des établissements de santé qui dispensent des kits de tests rapides qui ont connu une rupture de stocks au cours des 12 derniers mois					0%	0/ 25	Source : les rapports d'activités des CCDAG effectuant les activités de dépistage anonyme et gratuit, 2013 (PNLS)

Infections sexuellement Transmises (IST) (AU) (voir Annexes pour Indicateurs OMS-EMRO)

N°	Indicateurs clés	2013	Sources et commentaires
1.17.1 AU	Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals et ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis à la première consultation	Non disponible	-L'examen est systématiquement demandé chez la femme enceinte mais pas de données disponibles -Faible prévalence de syphilis -Les enquêtes séro-comportementales chez les Travailleuses de Sexe et les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes n'ont pas inclus la sérologie de la syphilis en raison de la faible prévalence de la maladie
1.17.2 AU	Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals et qui sont séropositives à la syphilis	Non disponible	
1.17.3 AU	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	
1.17.4 AU	Pourcentage de professionne(le)s du sexe qui sont affecté(e)s par la syphilis active	Non disponible	
1.17.5 AU	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui sont affectés par la syphilis active	Non disponible	
1.17.6 AU	Nombre de cas de syphilis notifiés chez l'adulte (primaire/secondaire et latente/statut inconnu) au cours des 12 derniers mois	21	-La prévalence de la syphilis est faible en Tunisie. Les cas dépistés sont des formes sérologiques. - Données statistiques nationales des cas traités selon l'approche syndromique par les centres de santé de base (CSB), en sachant que les écoulements urétraux (EU) sont sous déclarés chez l'homme et qu'il y a beaucoup
1.17.7 AU	Nombre de cas de syphilis congénitale notifiés (naissances vivantes et mortinaissances) au cours des 12 derniers mois	0	
1.17.8 AU	Nombre de cas de gonorrhée notifiés chez l'homme au cours des 12 derniers mois	ND	
1.17.9 AU	Nombre de cas d'écoulement urétral notifiés chez l'homme au cours des 12 derniers mois	398	

1.17.10 AU	Nombre de cas d'ulcération génitale notifiés chez l'adulte au cours des 12 derniers mois	H=59 F= 850	d'automédication -Les ulcérations génitales sont surtout d'origine traumatique ou herpétique et les études antérieures ont montré qu'il n'y avait pas de chancre syphilitique qui ont été retrouvés
---------------	--	----------------	--

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						
		2012	2013							
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	9,4 seringues par UDI par an (85 000 seringues distribuées gratuitement pour 9000 UDI)	4,4 seringues par UDI par an et par UDI (48 000 distribuées gratuitement pour 11 000 UDI) (ATIOST: 26000, ATL:10000 , ATUPRET : 12 000)	Numérateur : données collectées auprès des ONG et du GFATM. Dénominateur : estimation à partir de cartographie ATIOST et MoT (2012) La baisse par rapport à 2011-12 s'explique par une réduction des activités de terrain liées au retard dans l'approvisionnement						
		<i>Enquête 2009</i>	<i>Enquête 2011</i>							
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	<table border="1"> <thead> <tr> <th><25ans</th> <th>≥25ans</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>32 % 55/172</td> <td>15,7 % 95/ 605</td> </tr> <tr> <td colspan="2">19,3 % 150/ 777</td> </tr> </tbody> </table>	<25ans	≥25ans	32 % 55/172	15,7 % 95/ 605	19,3 % 150/ 777		Enquêtes sérocomportementales auprès des UDI en 2009 et 2011
<25ans	≥25ans									
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%	<table border="1"> <thead> <tr> <th><25ans</th> <th>≥25ans</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>90,5% 162/ 179</td> <td>87% 546/ 628</td> </tr> </tbody> </table>	<25ans	≥25ans	90,5% 162/ 179	87% 546/ 628	Enquêtes sérocomportementales auprès des UDI en 2009 et 2011		
<25ans	≥25ans									
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 de 2009 et 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%)	
		3,1% 22/713				2,9% 24/807 (proportion pondérée: 2,42 %)		
2.6a AU	Nombre estimé de consommateurs d'opiacés (par injection et sans injection)	Non pertinent				Non pertinent		Les opiacés ne sont pas d'usage courants et c'est l'usage des substituts (SUBUTEX*) qui est plus commun
2.6b AU	Nombre de personnes bénéficiant de traitement de substitution aux opiacés	Non pertinent				Non pertinent		Le traitement de substitution aux opiacés (méthadone) n'a pas été introduit en Tunisie

2.7a AU	Nombre de sites ciblés où des programmes d'aiguilles et de seringues sont menés	5	25	Pas de PAS (Programme Aiguilles et Seringues) officiel en Tunisie : il y a quelques initiatives de la part des 3 ONG essentiellement financées dans le cadre du projet du GFATM et ces sites sont visités par les éducateurs pairs des associations
2.7a AU	Nombre de sites de traitement de substitution aux opioïdes	1	1	Un centre de désintoxication (sans méthadone à Sfax et projet de construction d'un Centre à Tunis (près de hôpital psychiatrique de Razi) dans le cadre du nouveau plan national de Lutte contre les Addictions et les Toxicomanies

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
		2010	2011	2012	2013	
3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	12,5% 7/ 56	13,8% 9/ 65	13,24% 9/68	29,3% 12/ 41	- Numérateur : Services hospitaliers des 4 sites de prise en charge /Données du programme - Dénominateur : estimation à partir du SPECTRUM ; revu à la baisse lors de la révision du programme en 2013 : 41 cas en 2013 au lieu de 68 cas en 2012
3.1a AU	Pourcentage de femmes séropositives au VIH, recevant des antirétroviraux pour elle-même ou leurs enfants durant la période de l'allaitement au sein (ancien 3.8)			Non Applicable	Non Applicable	Allaitement contre-indiqué dans ces cas en Tunisie
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	7,4% 5 / 68	17,1% 7/ 41	Source : Services hospitaliers des 4 sites de prise en charge Dénominateur : estimation du nombre de femmes enceintes séropositives par Spectrum!
3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	20%	20% 13 / 65	20% 14/68	21,9% 9/ 41	EPP/Spectrum (estimation 20-30%)

N°	Indicateurs clés	Valeurs par période		Sources et commentaires
		2012	2013	
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 (\leq 72 heures) - y compris celles dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était déjà connu	0,57% 919/160000	0,21% 409/200000	Numérateur : les rapports des CCDAG et des maternités (12 détectées dans les maternités) Dénominateur : estimation INS <i>NB : Enquête MICS 4 (FAR,2012)= 0,6%</i>
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	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)	13,2% 9/68	29,3% 12/ 41	Numérateur : services de prise en charge des PVVIH Dénominateur: Estimation par Spectrum (revise en 2013)
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	7,4% 5/68	17,1% 7/ 41	Numérateur : à partir des registres des services de prise en charge Dénominateur : SPECTRUM(révisé en 2013)
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	0/41	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	Non Disponible	Allaitement contre- indiqué dans ces cas en Tunisie et pas de données sur la distribution du lait maternisé.

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	144000	196000	Données à partir des registres du programme de périnatalité (enquête MICS4 (2012) et de l'INS= 98% public+privé)
--------------------------	---	--------	--------	--

Objectif 4 : D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH

N°	Indicateurs clés	Valeurs par période										Sources et commentaires
		2012					2013					
4.1 GARPR AU	Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès	<15 ans			≥ 15 ans		<15 ans			≥ 15 ans		Numérateur : -Services hospitaliers concernés par la prise en charge des PVVIH = 512 -Dossiers pharmaceutiques= 546 (34 en plus soit 19 H et 15 F) Dénominateur : estimation par EPP/Spectrum <i>NB : révisé pour l'année 2013</i>
		<1	1-5	>5	M	F	<1	1-5	>5	M	F	
		3	5	8	35,9% 268/745	38,3% 181 /472	5	5	11	(285) 304	(206) 221	
		29,6% 16/54			36.9% 449/1217		21/ 57 36.8%			525/ 3934 13.3%		
		36,6% 465/1271					13.7% 546/3991					

N°	Indicateurs clés	2012					2013					Commentaires	
		<15 ans			≥ 15 ans		<15 ans			≥ 15 ans			
		<1	1-4	>5	M	F	<1	1-4	>5	M	F		
4.2a GARPR AU	Nombre d'adultes et d'enfants éligibles, ayant nouvellement débuté un traitement antirétroviral durant la période couverte par les données	0	0	0	26	21	2	0	1	35	30	Registre des pharmacies des 4 services de maladies infectieuses. (Tunis, Monastir, Sousse, Sfax)	
		0			47		3			65			
		47					68						
4.2a GARPR AU	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	0	0	0	22	21	1	0	1	35	25	Registre des pharmacies des 4 services de maladies infectieuses. (Tunis, Monastir, Sousse, Sfax)	
		0			91.5% 43/47		66,6% 2/3			92,3% 60/65			
		91.5% 43/47					96,4% 62/68						

N°	Indicateurs clés	2012				2013					Commentaires
		<15 ans		≥ 15 ans		<15 ans			≥ 15 ans		
						<1	1-4	>5	M	F	
4.2b AU	Nombre d'adultes et d'enfants éligibles, ayant nouvellement débuté un traitement antirétroviral durant la période couverte par les données					0	0	1	31	22	Registre des pharmacies des 4 services de maladies infectieuses. (Tunis, Monastir, Sousse, Sfax)
						1			53		
		35				54					
		<15 ans		≥ 15 ans		<15 ans			≥ 15 ans		
						<1	1-4	>5	M	F	
4.2b	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 24 mois après le début de la thérapie antirétrovirale					0	0	1	27	19	Registre des pharmacies des 4 services de maladies infectieuses. (Tunis, Monastir, Sousse, Sfax)
						1 (100%)			46 (86,8%)		
		57,1% 20/35				87,0% 47/54					
		< 15 ans		≥ 15 ans		<15 ans			≥ 15 ans		
						<1	1-4	>5	M	F	

N°	Indicateurs clés	2012					2013					Commentaires
		<15 ans			≥ 15 ans		<15 ans			≥ 15 ans		
		<1	1-4	>5	M	F	<1	1-4	>5	M	F	
4.2c AU	Nombre d'adultes et d'enfants éligibles, ayant nouvellement débuté un traitement antirétroviral durant la période couverte par les données						0	1	0	15	14	Registre des pharmacies des 4 services de maladies infectieuses. (Tunis, Monastir, Sousse, Sfax)
							1			29		
		47					30					
4.2c AU	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 60 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	< 15 ans			≥ 15 ans		<15 ans			≥ 15 ans		Registre des pharmacies des 4 services de maladies infectieuses. (Tunis, Monastir, Sousse, Sfax)
		<1	1-4	>5	M	F	<1	1-4	>5	M	F	
							0	0	1	11	11	
							1 (100%)			22 (75,8%)		
		44,7% 21/47					76,6% 23/30					

N°	Indicateurs clés	Valeurs	Sources et commentaires
4.3a AU	Établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux (TAR)	4	4 services hospitaliers publics de maladies infectieuses au nord, centre et sud du pays
4.3b AU	Établissements de santé qui dispensent la thérapie antirétrovirale pédiatrique	4	4 services hospitaliers publics de maladies infectieuses au nord, centre et sud du pays
4.4 AU	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)	100% 4/ 4	Services de prise en charge (généralement les formes combinées (Combivir) en plus des ARV de 2 ^{ème} et 3 ^{ème} génération (<1mois ; mais alternative adéquate disponible pour ne pas laisser les malades sans traitement) (pour enfants parfois passage à bi-thérapie au lieu de trithérapie)
4.6a AU	Nombre d'adultes inscrits pour des soins de l'infection à VIH au moins une fois, au cours de la période considérée (2013)	595	TTT pré ARV (CTX) ou autre motif Selon les données des services de maladies infectieuses
4.6b AU	Nombre d'adultes et d'enfants bénéficiant pour la première fois d'une prise en charge de l'infection à VIH (pré-TAR ou TAR) au cours de la période considérée (2013)	93	TTT pré ARV (CTX) ou autre motif Selon les données des services de maladies infectieuses
4.7a AU	Pourcentage de personnes sous TAR chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisée et chez qui il y a suppression de la charge virale au cours de la période considérée (2013)	63.5% 290/457	4 services hospitaliers publics de maladies infectieuses au nord, centre et sud du pays
4.7b AU	Pourcentage de personnes sous TAR chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisée et pour qui la charge virale est inférieure à 1000 copies/ml après 12 mois de traitement (2012-13)	66.6% 40/60	4 services hospitaliers publics de maladies infectieuses au nord, centre et sud du pays

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
		2011		2012		2013		
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	H =14	F= 8	H	F	H	F	Sources : Numérateur :Système de Déclaration obligatoire et données des services de référence Dénominateur: estimation de l'incidence de la Tuberculose parmi les PVVIH par SPECTRUM est de 122 cas sur la base d'un taux d'infection estimé à 4% (au lieu du taux proposé par le logiciel de 8%) pour 2013 au cours de laquelle 3070 cas de Tuberculose ont été détectés en Tunisie
		24,7%		6	8			
		22 / 89		7,6% 14/185		26,2% 32/122		
N°	Indicateurs clés	2012		2013		Sources et commentaires		
5.2 AU	Pourcentage d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits dans les services de soins et chez qui une tuberculose active a été détectée	4/4		4/4		Registre des pharmacies des 4 services de maladies infectieuses. (Tunis, Monastir, Sousse, Sfax)		
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)	60,7% 54/89		57,0% 53/93		Prophylaxie par INH n'est systématique que dans un seul site (Rabta) mais recommandations à partir de 2014 pour tous les centres		

5.4 AU	Pourcentage d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH, dépistés pour la tuberculose à leur dernière visite	ND	ND	
-----------	--	----	----	--

Objectif 6: Réduire d'ici à 2015, le déficit du niveau mondial de moyens de lutte contre le sida, et parvenir à 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
		2009	2010	2011	2012	2013	
6.1	Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement	803040 \$	3038500\$	2742549\$	8 525 000\$	9112916\$	<p><i>Sources : Document interne ONUSIDA 2012, PSN (MSP/DSSB/PNLS) et Unité de gestion du Fonds Mondial.</i></p> <p>-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.</p> <p>Les dépenses considérées dans ce rapport proviennent de 2 sources : les dépenses publiques et les dépenses de la coopération internationale y compris le Fonds Mondial).</p> <p>Les dépenses publiques ont été estimées pour 2010 et projetées pour 2011-2014 (source ONUSIDA, Tunisie 2012) et les dépenses de la coopération à partir de la source. Elles ont été évaluées à 8525000\$ en 2012 et 9112916\$ en 2013(voir tableau Excel détaillé)</p> <p><i>NB : les dépenses prévisionnelles du Plan Stratégique National de la riposte contre le VIH-Sida estimées en 2012 à 7563188\$ (11 344783DT) et 8958583\$ (13437875 DT) en 2013</i></p>

Objectif 7 : Eliminer les inégalités entre les sexes

N°	Indicateurs clés	2013	Sources et commentaires
7.1	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 (2010-2011).
			<i>Tous les indicateurs incluant des données ventilées par sexe peuvent être utilisés pour évaluer les progrès réalisés pour accomplir l'objectif 7</i>

Objectif 8 : Eliminer la stigmatisation et la discrimination

N°	Indicateurs clés	2013	Sources et commentaires
8.1.	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans qui rapportent des attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivants avec le VIH	ND	<i>Non Disponible (OVEDH à l'avenir?)</i>

Objectif 9 : Eliminer les restrictions en matière de déplacement

N°	Indicateurs clés	2013	Sources et commentaires
			<i>Les données relatives aux restrictions en matière de déplacement sont collectées directement par le Département des Lois et Droits de l'Homme qui siège à l'ONUSIDA ; aucun rapport n'est donc nécessaire</i>

Objectif 10 : Renforcer l'intégration du VIH

N°	Indicateurs clés	2013	Sources et commentaires
10.1 OMD	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*	ND	Indicateur non mesuré 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, mais il existe des problèmes spécifiques de discrimination à ces enfants en Tunisie (>13 enfants à Tunis).
10.2	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	(a) 75,3% 235000 /312000	Source : Ministère des Affaires sociales (MAS) et INS (Institut National de Statistiques) Taux de pauvreté : a) 15,7% selon nouvelles estimations INS (2012) soit 312000 ménages pauvres b) 235000 disposent d'aide sociale (100dt/mois) (70\$)
10.3	Questions sur les politiques suivies (OMS)		VOIR PLUS LOIN

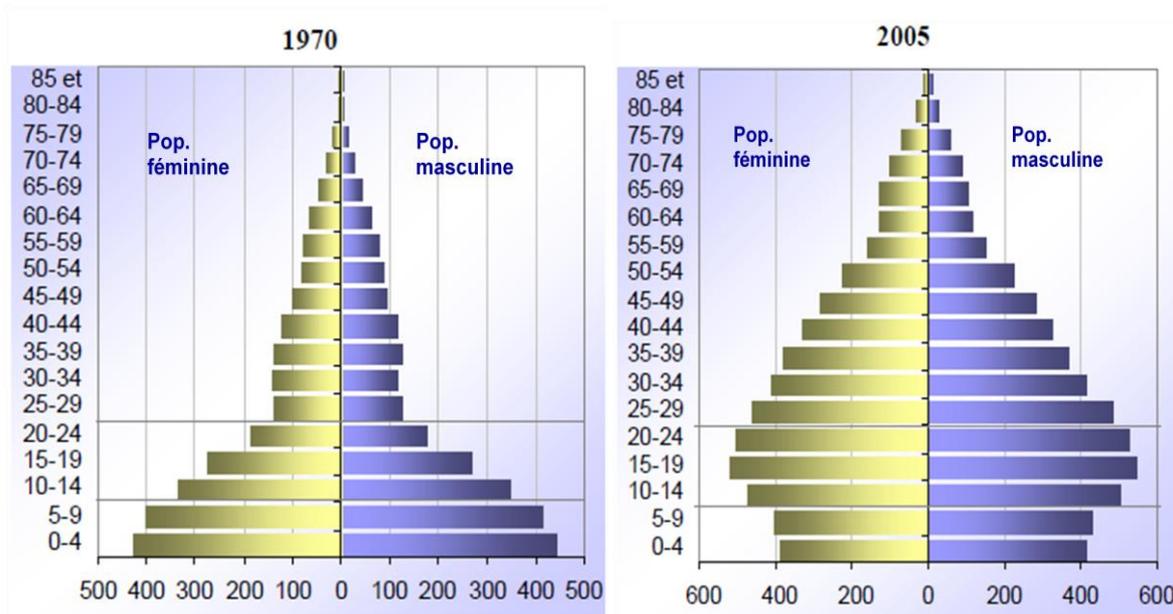
II. DESCRIPTIF DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

II.1. Environnement démographique, politique, économique et social

Située en Afrique du Nord, la Tunisie s'étend sur un territoire de 162 155 Km². Le pays est limité au sud par la Libye, à l'ouest par l'Algérie, au nord et à l'est par un littoral de 1 300 km ouvert sur la Méditerranée. La Tunisie constitue un pays carrefour entre l'Europe, d'une part et le Moyen-Orient et l'Afrique, d'autre part. En juillet 2013, la population tunisienne a été estimée à 10 866 500 habitants, soit une densité moyenne de 67 habitants/km².

Sur le plan démographique, en moins d'un demi-siècle, la Tunisie est en voie d'accomplir sa transition démographique, à l'instar de plusieurs pays en développement ou émergent. Ainsi, le taux d'accroissement naturel de la population est passé de 2.9% en 1966 à 1.3% en 2012. L'indice synthétique de fécondité est passé de 7.2 à 2.2 en 2012 ; l'espérance de vie à la naissance était de 73.8 ans en 2012. Cette évolution s'explique par la conjugaison de plusieurs facteurs tels que les réformes juridiques, la scolarisation importante des garçons et des filles, la volonté politique de la garantie de l'égalité des chances entre les sexes (Code du Statut Personnel), l'accès des femmes au marché de l'emploi, le report de l'âge au premier mariage, l'évolution de la place de l'enfant dans la vie familiale et enfin une politique de familiale volontariste depuis les années 60... Cette transition démographique a cependant la caractéristique d'être « accélérée » avec un vieillissement par le bas de la pyramide des âges et la population des adolescents et jeunes (10-29ans) représentant près du tiers de la population totale du pays.

Figure 1: Evolution de la pyramide des âges tunisienne 1970-2005 (INS)



Sur le plan politique, selon un rapport de la Banque Mondiale de 2013, la Tunisie a accompli avec succès la première phase de sa transition politique vers une démocratie multipartite. Un mois après la révolution de janvier 2011, un gouvernement intérimaire est entré en fonction et a été chargé d'organiser le scrutin national devant conduire à la mise en place d'une Assemblée constituante chargée de rédiger une nouvelle Constitution. Des élections libres et équitables ont été organisées le 23 octobre 2011. Une coalition entre un parti islamiste et deux partis laïcs (communément appelée la « troïka ») gouverne le pays pendant les années 2012-2013. Au cours de ces 2 années, le pays a connu une agitation sociale et politique caractérisées par des violences et des attentats terroristes, phénomène nouveau pour le pays mais que la société civile a massivement rejeté, ce qui a abouti à la création d'une instance du Dialogue Nationale pour trouver un consensus entre les différentes sensibilités politiques. Ce consensus a abouti à l'adoption en janvier 2014 d'une nouvelle Constitution fondatrice de la 2^{ème} République Tunisienne, dont le texte est démocratique et respectueux des droits humains. Enfin, un nouveau gouvernement formé de technocrates est constitué afin de gérer la période transitoire précédant les nouvelles élections prévues pour décembre 2014.

Sur le plan socio-économique, les agitations sociales et politiques conjugués à une gouvernance inadéquate ont eu un effet négatif sur le développement économique du pays. En effet, amorçant une reprise après la contraction de 1,9 % du PIB enregistrée en 2011, l'économie connaît une croissance de 3,6 % en 2012. Mais l'environnement intérieur instable et l'environnement extérieur difficile, continue de freiner la croissance. Le chômage a reculé de 18,9 % à 16,7 % entre 2011 et 2012, tout en restant nettement supérieur à sa valeur d'avant la révolution (13 %). En dépit d'une augmentation du coût de la vie (notamment des denrées alimentaires) et d'un taux d'inflation avoisinant les 6%, la croissance économique affichée en 2012 résulte en grande partie du rebond observé dans les secteurs du tourisme et des mines, après qu'ils aient subi de plein fouet les événements de 2011, et de l'accroissement de la consommation dû aux importantes dépenses publiques consacrées aux salaires et aux programmes sociaux. L'incertitude politique et les tensions sociales persistantes au niveau national se conjuguent à la situation dans la zone euro et à l'instabilité permanente en Libye pour empêcher un redressement plus rapide du pays.

Pour l'année 2013, la Tunisie devra rembourser 4.445 millions de dinars de dettes (un dinar vaut 0,62 dollar américain) contre 4.123 millions de dinars pour l'exercice 2012. Pour ce qui est du déficit budgétaire, le taux est passé de 1% du PIB (environ 651 millions de dinars) en 2010 à 6,8% (5.265 millions de dinars) en 2013, et devrait s'établir à 5,8% du PIB (4.852 millions de dinars) en 2014.

Quant au **chômage**, le taux est passé de 13.0% en 2010 à 18.3% en 2011 et 16.5% en 2013 en raison des difficultés économiques connues par le pays depuis la chute de l'ancien régime

politique (conflits sociaux, grèves, frilosité des investisseurs tunisiens, départ de certains investisseurs étrangers, retour des émigrés tunisiens travaillant en Libye...). Par ailleurs, le chômage touche davantage les femmes que les hommes, respectivement 23,3% et 13,9%, selon les derniers chiffres de l'INS sur l'emploi en 2013. Contrairement à l'accès à l'éducation, les femmes se trouvent encore confrontées à diverses difficultés pour s'insérer dans le marché du travail, pour gérer de manière efficace leur carrière professionnelle et pour bénéficier d'opportunités égales à celles des hommes. Les résultats de l'enquête nationale sur l'emploi de 2011 révèlent que les diplômés de l'enseignement supérieur représentent plus de 30,9% des chômeurs. La Tunisie, qui a connu une augmentation importante du nombre des étudiants, au cours des dernières années, a du mal à garantir l'emploi pour tous ceux qui ont suivi une formation universitaire, notamment de sexe féminin : entre 2006 et 2013, le taux de chômage des diplômés de l'enseignement supérieur a évolué de 17% à 33%. Déjà en 2008, le taux de chômage le plus élevé chez les jeunes âgés de 20 à 24 ans a été enregistré dans la région du Sud-Ouest (Gafsa, Tozeur, Kébili), à raison de 47,8%, suivie par la région du Nord-Ouest (Béja, Jendouba, Le Kef, Siliana), à raison de 42,5%. À cause des difficultés du marché de l'emploi, des jeunes et des jeunes adultes en Tunisie ont du mal à se prendre en charge, ce qui les pousse soit à la contestation soit à émigrer, parfois au péril de leur vie...

Dans ce contexte, la riposte au VIH/sida a connu des difficultés de réalisation, à l'instar de plusieurs autres programmes sanitaires, sociaux et économiques, d'autant plus que les PVVIH et les populations clés vulnérables connaissent beaucoup de difficulté, ce qui nécessite un appui du programme pour l'avenir proche.

II.2. Epidémiologie de l'infection à VIH/sida

L'épidémie du VIH/Sida en Tunisie est de type « concentrée » au niveau des populations clés : les usagers de drogues injectables (UDI), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les travailleuses de sexe (TS), avec des taux compris entre 0,5% et 10% selon les populations, alors que le taux de prévalence générale dans la population était comprise entre 0,01% et 0,06% selon les sources d'estimation en 2013 (MDO, EPP Spectrum 2013, MoT2012) . Une analyse de la dynamique de l'épidémie du VIH a été récemment faite à l'occasion de la révision du PSN 2012-2016 (*draft du document du PSN 2014-2017*) par la triangulation des données provenant de plusieurs sources : MDO, CCDAG, CNTS, enquête séro-comportementales et modélisation de l'épidémie (MoT- 2012, EPP Spectrum 2013).

II.2.1. Données du système de surveillance / cas du VIH notifiés

En Tunisie, les données relatives à la situation épidémiologique proviennent du système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, des rapports des services de prise en charge des PVVIH et de 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 semblait stable, mais depuis quelques années on note une progression du nombre de cas détectés, notamment parmi les étrangers migrants en Tunisie. Par ailleurs, on note une tendance à la baisse du sexe ratio des cas autochtones ainsi qu'à la baisse de la proportion de cas détectés au stade SIDA.

II.2.1.1. L'incidence notifiée de l'infection à VIH/sida en 2012-2013

-Selon les données du PNLS, le nombre de nouveaux cas déclarés et notifiés d'infection par le VIH/sida était de 89 en 2012 et de 92 en 2013, avec un sexe ratio voisin de 1.0 en 2012-2013. Parmi les nouveaux cas, 27% en 2012 et 34% en 2013 étaient dépistés au stade de sida maladie.

-En 2013, le mode de transmission avoué était essentiellement les rapports hétérosexuels (63%), l'usage de drogue intraveineuse (8%) essentiellement chez les hommes, périnatal (5%), homosexuel (2%) et inconnu dans 22% des cas

-En 2012 il y a eu 9 femmes enceintes dépistées séropositives au VIH et 12 en 2013. Il y a eu 18 nouveaux cas traités pour co-infection VIH-Tuberculose en 2013 (avec un cumul de 32 cas entre anciens et nouveaux cas)

-Concernant la mortalité, 10 décès ont été enregistrés en 2012 et 27 décès en 2013 parmi les 1887 cas de PVVIH détectés depuis 1985,.

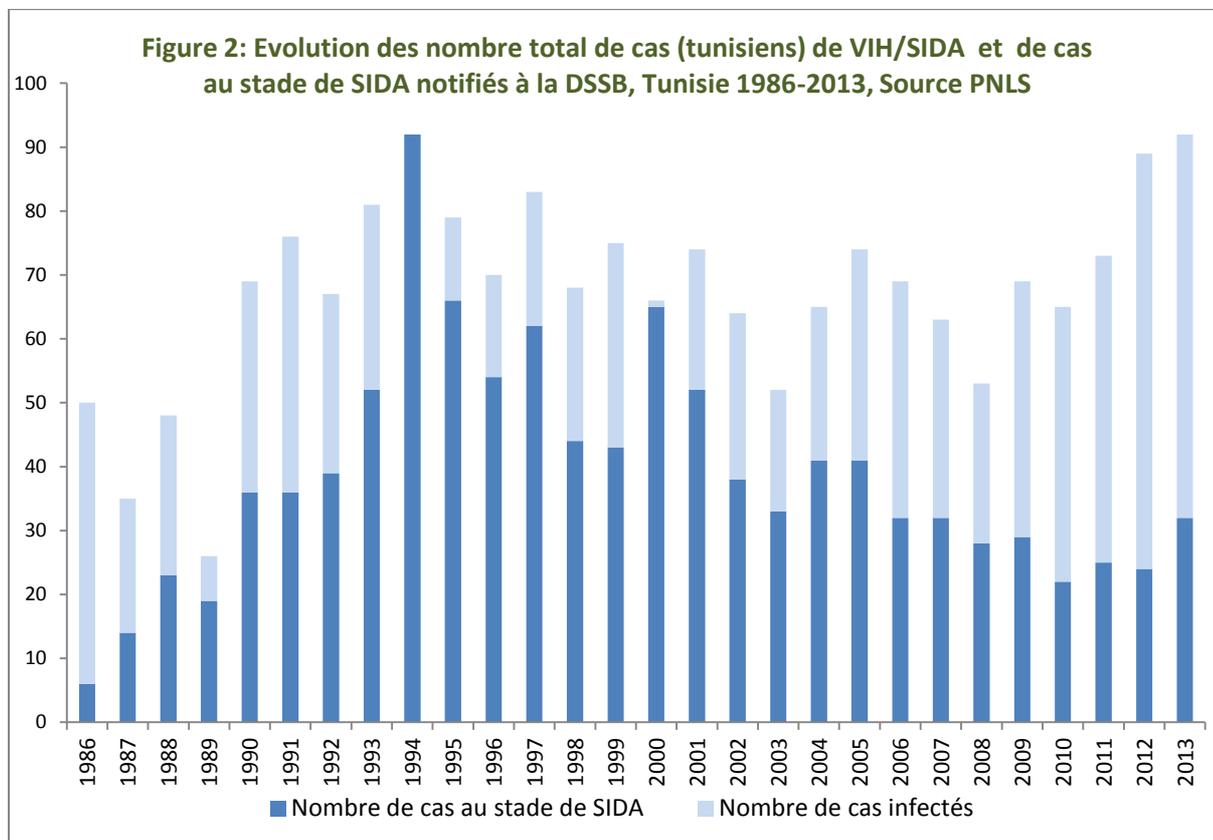
-Enfin il a été noté une tendance à la hausse des cas détectés parmi les étrangers résidents permanents ou temporaires en 2012 et 2013 avec près de 200 cas détectés originaire de Libye ou d'Afrique subsaharienne.

II.2.1.2. Evolution de la situation épidémiologique 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 2013, 1887 cas ont été enregistrés parmi les citoyens tunisiens dont 577 sont décédées. **Le nombre des personnes vivant avec le VIH, fin de l'année 2013 était de 1310 cas, soit une proportion de prévalence déclarée de 0.012 % ou 1.02 pour 10000 habitants.**

Si l'infection continue toujours à toucher les jeunes et jeunes adultes, le sexe ratio des sujets nouvellement infectés n'a pas cessé de baisser de 1986 à 2013 en **passant de 3 H/F à près de 1 H/F actuellement** traduisant l'installation de l'épidémie par transmission sexuelle en Tunisie.

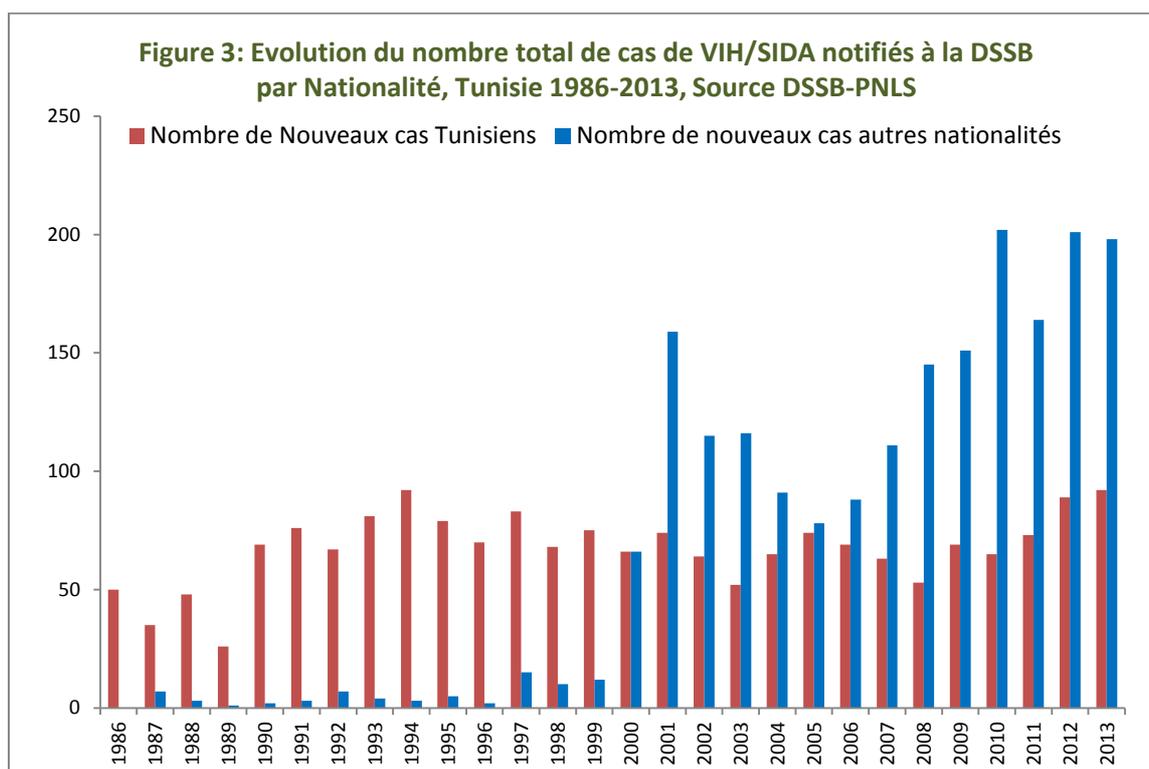
De même la proportion de cas détectés au **stade SIDA maladie**, n'a cessé de baisser de 1986 à 2013, traduisant l'effort de dépistage à un stade précoce de l'infection par le VIH depuis quelques années puisqu'elle passe de plus de 50% entre 1995 et 2000 à près de 30% actuellement



Quant à la répartition géographique et selon les nationalités, on note que :

-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.

- Le nombre de cas d'infection par le VIH chez les étrangers résidents temporaires ou permanents n'a cessé d'augmenter depuis les années 2000 passant de quelques cas à près de 200 cas annuellement en 2012-2013, essentiellement chez les personnes d'origine libyenne ou subsaharienne. Cet aspect pose un double problème : prévention et dépistage parmi cette population ainsi que la prise en charge par les thérapies antirétrovirales (ARV) qui ne sont pas toujours disponibles dans le secteur de libre pratique (PSN 2014-2017).



II.2.2. Situation auprès des populations les plus à risque d'exposition au VIH (MARPS) ou populations « clé s »

Dans le cadre de la surveillance de deuxième génération, deux séries d'enquêtes séro-comportementale 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 travailleuses de sexe clandestines (TS). Ces enquêtes ont été menées par la DSSB (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 (GFATM), ainsi que l'appui technique du Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida.

Ces enquêtes séro-comportementales de 2009 et 2011 ont révélé que l'épidémie du VIH était « de type concentré » avec une prévalence du VIH auprès des populations clés qui était respectivement estimée à 0,43% et 0,61% pour les travailleuses du sexe (TS), de 3,1% et 2,4% pour les usagers de drogues injectables (UDI) et de 4,9% et 13% pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH ou MSM), et ce dans les sites explorés par les enquêtes (les zones géographiques les plus touchées étaient le grand Tunis et de la région côtière).

En 2012 et 2013, il n'y a pas eu d'enquêtes séro-comportementales réalisées parmi ces groupes et une enquête est prévue pour 2014.

Il y a eu cependant en 2012 une enquête comportementale auprès de 2000 jeunes de 15-24 ans sur un échantillon représentatif au niveau national. Les résultats de cette enquête ont montré que la proportion 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 restait faible (5.3%) et qu'une faible proportion parmi eux avait eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (2.7%).

II.2.3. Les estimations (modélisées) de la prévalence et de l'incidence du VIH en Tunisie

Les dernières estimations et projections relatives à l'épidémie VIH en Tunisie, ont été effectuées à l'aide du Modèle MoT en 2012 et du logiciel EPP/Spectrum par le Programme national de lutte contre les IST/sida avec l'appui de l'ONUSIDA en 2013 et en collaboration avec un groupe de personnes ressources nationales.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH qui a été estimé à près de 3800 en 2011 a été revu à la baisse pour 2012 (2816) soit une proportion de prévalence du VIH dans la population totale de comprise entre 0,026% et 0,06% (estimation par le logiciel EEP/Spectrum), avec 472 nouvelles infections attendues pour 2013. La dernière estimation pour 2013 (réalisée en Mars 2014) a retrouvé des chiffres plus élevés : 669 nouvelles infections estimées pour 2013 et 3991 PVVIH.

Ces estimations contradictoires obtenues avec les modèles devraient être refaites en 2014 en se basant sur les données des enquêtes séro-comportementales qui seront réalisées auprès des populations clés ainsi que d'un nouveau exercice sur le modèle MoT

Tableau 1 : Comparaison des estimations faites par les modèles et les données de notification du PNLs en 2012

Modèle	MoT-2011	SPECTRUM-2013	PNLS-2012
PVVIH	3413	2816	1795
Prévalence Nationale	0,06%	0,026%	0,012
Nombre de nouvelles infections	837	472	89
Modes de transmission			
MARPS	80%	97%	24%
Autres	20%	20%	76%

(Source: PNLs, PSN 2014-2017)

III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA

III.1. Engagement politique

Au cours de la biennie 2012-2013, la Tunisie a réaffirmé son engagement à participer avec la communauté internationale dans la lutte contre le VIH/sida par un certain nombre d'actions fortes qui devaient aboutir au renforcement de la riposte au VIH:

- la revue à mi parcours de la Déclaration Politique « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida », adoptée suite à la réunion de Haut Niveau en juin 2011 à New York,

- la revue annuelle du plan stratégique national (PSN) de lutte contre le VIH/sida 2012-2016, menée de façon concomitante avec la revue à mi parcours entre avril et juin 2013

- la révision du PSN 2012-2016 suite à la revue annuelle sus citée, en cours de validation

Elaboré sous le leadership du Comité National de Lutte contre le sida (CNLS) à travers le Comité de Pilotage mis en place à cet effet, la Revue à Mi- Parcours de la déclaration politique de 2011 ainsi que celle du PSN ont été réalisées dans une approche participative impliquant les représentants des acteurs des différents secteurs, des populations clés et des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Elles ont fait ressortir quelques faiblesses :

- ✓ au niveau de la conception du PSN : certains axes et effets avaient besoin d'être adaptés ou revus
- ✓ au niveau du leadership : faible force de traction
- ✓ au niveau des capacités de mise en œuvre, témoignant de cela, les activités qui ont été réalisées, généralement étaient celles qui ont bénéficié d'un financement par le GFATM à l'exception des activités de prise en charge thérapeutique des PVVIH qui sont en grande partie financées sur le budget national.
- ✓ Les cibles à atteindre sont surestimées

Suite à ces constats, un processus de révision du PSN 2012-2016 a été engagé pour aboutir au PSN 2014-2017 révisé. Celui-ci, a été élaboré selon l'approche axée sur les résultats et en référence à la Déclaration Politique de 2011.

Etant encore en phase de validation, seuls les résultats d'impact identifiés déjà avec la participation de tous les acteurs et de tous les secteurs tant à l'échelle centrale qu'au niveau décentralisé, sont cités ci après :

- **Résultat d'impact 1** : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2017
- **Résultat d'impact 2** : La mortalité des PVVIH est réduite d'au moins 60% d'ici 2017

- **Résultat d'impact 3**: La gouvernance, la coordination et le suivi évaluation de la réponse nationale au VIH/sida sont efficaces

Par ailleurs, depuis la révolution de 2011, le gouvernement tunisien a essayé de confirmer son engagement dans la lutte contre le sida à travers deux événements : (i) la signature par le chef du gouvernement en 2012 d'une lettre d'appui à la candidature de la Tunisie pour abriter la 18^{ème} Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique (CISMA) en 2015 ; (ii) la présidence par le Ministre de la Santé en décembre 2013 d'une table ronde sur le sida à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida.

III.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.

Afin de pallier à cette insuffisance, *une étude des coûts par la méthode de la comptabilité analytique a été effectuée en 2012 des consultants économistes à la demande du bureau de l'ONUSIDA de Tunis*, pour comptabiliser les coûts publiques de la prévention et de la prise en charge médicale et psychosociale de l'infection au VIH-Sida.

Les dépenses sont présentées selon les deux modes d'interventions du gouvernement sur la base de calcul des dépenses de 2010-2011 et avec des projections estimées pour 2012-2014 :

-Estimations ont porté sur les dépenses de la prise en charge dans les 4 services hospitaliers de prise en charge hospitalière. Elles comportent les coûts de fonctionnement y compris ressources humaines et d'investissement.

-Les dépenses publiques de prévention sont composées essentiellement des coûts récurrents de dépistage de l'infection par le VIH et systématiquement pour la sécurité transfusionnelle ainsi que les précautions universelles, l'éducation sanitaire et la prévention primaire.

-Dans le domaine de l'intégration sociale du PVVIH, le gouvernement assure une assistance sociale aux plus démunis : allocation handicapée (gratuité des soins et de transports et soutien aux besoins urgents du PVVIH et leur famille).

Tableau 2: Dépenses publiques estimées pou 2010-11 et projection 2012-14 (source : rapport d'experts nationaux, ONUSIDA, 2012)

Rubriques	2010	2011	2012	2013	2014
Traitement et Prise en charge	1138962,453	1184520,95	1261514,813	1343513,276	1430841,639
	809300,000	841672	896380,68	954645,4242	1016697,377
	755160,000	785366,4	836415,216	890782,205	948683,0484
	720000,000	748800	797472	849307,68	904512,6792
	649137,270	675102,761	718984,4403	765718,4289	815490,1267
Prévention	615000,000	639600	681174	725450,31	772604,5802
	1 000 300,000	1040312	1107932,28	1179947,878	1256644,49
	693000,000	720720	767566,8	817458,642	870593,4537
	950000,000	988000	1052220	1120614,3	1193454,23
	150000,000	156000	166140	176939,1	188440,1415
	55000,000	57200	60918	64877,67	69094,71855
	75000,000	78000	83070	88469,55	94220,07075
	563000,000	585520	623578,8	664111,422	707278,6644
	65400,000	68016	72437,04	77145,4476	82159,90169
	105000,000	109200	116298	123857,37	131908,0991
Intégration Sociale	242000,000	251680	268039,2	285461,748	304016,7616
	27000,000	28080	29905,2	31849,038	33919,22547
Total DT	8 613 259,7	8 957 790,1	9 540 046,469	10 160 149,490	10 820 559,21
Total US\$	6 012 327	6 362 519	6 579 342,39	7 007 000	7 462 455

Par ailleurs, il faudra ajouter les dépenses de la coopération internationale (ONUSIDA, OMS, UNICEF) et le soutien du Fonds Mondial (GFATM) dont les montants totaux se sont élevés respectivement à 3248034 DT en 2012 et à 3 964 872 en 2013, soit un total de dépenses (public et coopération) de 12 788 000 DT en 2012 et 14 125 000 en 2013.

III.3. Mise en oeuvre

III.3.1. La prévention

III.2.1.1 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

La stratégie de PTME élaborée depuis 2007 et révisée au cours de la biennie 2010-2011, a été intégrée dans le programme national (PN) de périnatalité mais la mise en oeuvre a été faible puisque le taux de dépistage du VIH chez les femmes enceintes n'a été que de 23.32%⁴ en 2012. Pour remédier à ce manque, le PNLS/IST et le PN de périnatalité ont planifié le démarrage, à partir de 2014, de la proposition systématique du VIH à toutes les femmes enceintes au premier trimestre et à 6 mois de grossesse et le cas échéant au premier contact avec la femme enceinte. Cette stratégie est appuyée par l'UNICEF.

⁴ Revue annuelle du plan stratégique national de la riposte au VIH en Tunisie (2012-2016). Juin 2013

III.2.1.2 Les activités de sensibilisation, d'éducation et de communication (IEC)

Les données disponibles montrent que durant l'année 2012, 89866 jeunes dont 39451 recrues de l'armée ont été touchés par des activités IEC soit un taux de réalisation de 89.86%. Cependant, l'essentiel des actions de prévention a été mené auprès des populations clés (MSM, UDI, PS).

De 2012 à 2013, les taux de réalisation des activités de sensibilisation auprès des populations clés par rapport aux cibles fixées, ont progressé de 55% à 97% chez les travailleuses de sexe (TS), de 76.3% à 92% chez les CDI et de 77% à 92% chez les HSH.

Les activités visant les populations clés sont assurées par des ONG actives : 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 programme d'appui du Fonds Mondial (FM), ont réussi à établir une cartographie des populations clés et à définir le paquet de services dispensé ce qui leur a permis de mieux coordonner leurs interventions.



III. 2.1.3 Promotion du préservatif

Dans le rapport sur la riposte nationale au VIH 2010-2011, l'accent a été mis sur les faibles capacités de distribution du préservatif et la difficulté à le vendre au niveau des grandes surfaces commerciales. Les circuits publics et apparents sont probablement inadaptés au contexte culturel tunisien.

« moi, je dépose discrètement un stock de préservatifs chez le marchand de LABLABI (plat populaire tunisien). Il le distribue en entier et je le ravitaille après »

Une PVVIH bien intégrée dans sa communauté



En 2012, la situation n'a pas changé alors que le seuil de la cible était toujours placé aux alentours de 4000000 de pièces distribuées. Le nombre de préservatifs distribué qui a été enregistré était de 4 899 951 sans données probantes sur le nombre effectif de

préservatifs distribué aux bénéficiaires car ce qu'on comptait était les préservatifs qui étaient délivrés au niveau du magasin de stockage.

C'est en 2013 que la cible a été révisée à la baisse (2000) pour ne compter que les quantités distribuées par les régions aux bénéficiaires. La distribution a été activée entre autres suite à l'organisation d'ateliers inter régionaux et l'élaboration de plans de distribution au niveau régional. C'est ainsi qu'entre mars et septembre 2013, 2 927 695 préservatifs ont été distribués soit un taux de réalisation de 146%.

III.2.1.4 Le conseil et dépistage

Le nombre de centres de conseil et dépistage anonyme et volontaire (CCDAG) n'a pas évolué depuis 2011 (25 centres) avec une rentabilité très variable d'un centre à l'autre.

Selon le tableau 3, le nombre de tests VIH pratiqué chez des hommes et des femmes âgés de plus de 15 ans a augmenté de 36% entre 2012 et 2013.



Tableau 3: Répartition des tests de dépistage effectués dans les CCDGA par année, par sexe et selon les résultats des tests

Sexe Année	Hommes (15ans et +)	Femmes (15ans et +)	Total des tests	Tests positifs
2012	4107	3418	7525	26
	54,5%	45,5%	100%	0,35 %
2013	6049	4193	10242	36
	59%	41%	100%	0,34 %

Le motif du test reste majoritairement « le rapport sexuel non protégé avec un partenaire occasionnel » même s'il a relativement baissé en 2012 comparativement avec 2010 à la faveur de « autres ». Tableau 4

Les populations clés à qui sont destinées prioritairement les activités de conseil et de dépistage au niveau des CCDAG représentent une faible proportion des personnes qui se font tester au niveau de ces CCDAG. La revue annuelle du PSN 2012-2016 a montré un très faible taux de réalisation des activités de conseil et dépistage en 2012 chez ces populations: 6.7% chez les TS (236/3500), 6% chez les HSH (181/3024) et 17.8% chez les CDI (250/1400).

C'est entre autres pour cela et dans une visée d'adhérer à l'approche de l'OMS « Tester Traiter Prévenir » que le PNLS/IST et ses partenaires ont procédé à la fin de 2013 à la mise en place d'une stratégie de promotion du dépistage du VIH qui sera finalisée en 2014.

**Tableau 4: Evolution des motifs de recours au dépistage
dans les CCDAG entre 2010 et 2012**

Année	Examen pré-nuptial	femme enceinte	Rapport sexuel non protégé avec partenaire occasionnel	TS	UDI	HSH	Autres
2010	3,1%	3,0%	71,1%	5.1%	2,7%	2,2%	12,8%
2012	4.6%	12.3%	56.9%	3.2%	3.4%	2.4%	17.2%

III.3.2. Soins, traitement et soutien auprès des PVVIH

III.3.3. 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. Le pôle de Tunis accueille plus de 70% des PVVIH.

Ces 4 pôles disposent de ressources humaines médicales et paramédicales spécialisées et d'un plateau technique permettant un suivi médical et biologique de qualité pour l'ensemble des patients. Les ARV de 1^{ère} ligne sont achetés sur le budget de l'Etat et ceux des 2^{ème} et 3^{ème} ligne sur le budget du Fonds Mondial. Une actualisation des protocoles thérapeutiques a eu lieu en 2013 mais l'application de ces protocoles est dépendante des stocks de médicaments disponibles. En effet, les médecins traitants signalent des ruptures de stocks fréquentes qui les amènent à adopter des protocoles alternatifs adéquats afin d'éviter les interruptions de prise des médicaments par les PVVIH.

Aussi, une commission transversale multidisciplinaire (thérapeutes, biologistes, pharmaciens, gestionnaires) a été mise en place en janvier 2013 dont la mission est de proposer des solutions pour réduire la fréquence des ruptures de stocks. Les travaux de cette commission sont appréciés par les différents intervenants.

Il est à rappeler que la gestion des stocks au niveau central est assurée par l'unité de pharmacie de la DSSB en collaboration avec le PNLS/IST. Malgré les efforts déployés pour informatiser la gestion des stocks (des logiciels ont été installés avec création de bases de données au niveau des services de prise en charge et des unités de pharmacie des quatre pôles), celle-ci se fait encore manuellement et cause des retards dans l'obtention d'informations et parfois une discordance au niveau des données fournies par les gestionnaires.

« la gestion informatisée des médicaments est tributaire de personnes plus ou moins motivées »

Médecin traitant des PVVIH

A la fin de l'année 2013, le nombre de PVVIH sous ARV est de 546 (475 en 2012) répartis selon l'âge et le sexe comme suit : 315 hommes, 216 femmes et 15 enfants. 100% des PVVIH connues et éligibles à la TAR selon les protocoles tunisiens, reçoivent le traitement. Néanmoins, les estimations faites à l'aide du logiciel SPECTRUM donne un total de PVVIH de 3991 ce qui baisse le pourcentage des PVVIH sous TAR à 13.7%. Tableau 5

Tableau 5 : Pourcentage de PVVIH recevant la TAR par rapport au nombre estimé de PVVIH par SPECTRUM à la fin de 2013

	Total	Hommes	femmes
Nombre estimé de PVVIH adultes et enfants	3991	3003	988
Nombre de PVVIH recevant la TAR	546	315	231
<i>Pourcentage de PVVIH sous TAR parmi les PVVIH estimées</i>	13.7	10.5	23.3
<i>Nombre estimé de PVVIV éligibles à la TAR selon les protocoles tunisiens</i>	3270	2434	836
<i>Pourcentage de PVVIH sous TAR parmi les PVVIH éligibles</i>	16.7	13	27.6

Les pourcentages de PVVIH sous TAR sont très faibles et sont encore plus faibles que ceux annoncés dans le rapport d'activité de la riposte nationale de 2010-2012. Les raisons communes seraient liées entre autres à : (i) à l'environnement socio culturel peu favorable aux PVVIH pour se faire connaître et suivre un traitement ; (ii) à la peur de la maladie elle-même dissuadant la personne de se faire dépister.

Mais d'autre part, les écarts d'estimation du nombre de PVVIH éligibles à la TAR par SPECTRUM sont larges entre 2011 et 2013 : le nombre estimé de PVVIH ayant atteint « un stade avancé de la

maladie » était de 1007 en 2011 pour 483 PVIH réellement sous TAR (48%) alors que le nombre estimé de PVVIV « éligibles à la TAR » est de 3270 en 2013 pour 546 PVVIH réellement sous TAR (16.7%). Il est à souligner que selon les protocoles nationaux, le pool de PVVIH éligibles à la TAR est plus large que les PVVIH à « un stade avancé » c'est à dire au stade SIDA maladie.

Les informations sur l'observance au cours de la biennie 2012-2013 ne sont pas disponibles (elles demanderaient une enquête spécifique) mais les taux de rétention enregistrés à la fin de 2013 sont de:

- 96,4 % (62/68) **12 mois** après le début de la thérapie antirétrovirale (96% en 2011)
- 87% (47/54) **24 mois** après le début de la thérapie antirétrovirale (90,7 % en 2011)
- 76.7% (23/30) **60 mois** après le début de la thérapie antirétrovirale (62,5% % en 2011).

Suivi des femmes enceintes séropositives :

Au cours de l'année 2013, 12 femmes enceintes séropositives ont reçu des antirétroviraux. L'estimation à partir de SPECTRUM a été revue à la baisse en 2013 lors de la révision du programme: 41 cas en 2013 au lieu de 68 cas en 2012. Le pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux en 2013 pour réduire le risque de transmission à leur enfant serait donc 29.3% (12/41).

Par ailleurs, le pourcentage estimé d'enfants ayant été infectés par le VIH par des femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois étant de 21.9%, le nombre estimé d'enfants qui seront nouvellement infectés par le VIH en raison de la transmission mère-enfant parmi les enfants nés de mères séropositives au cours des 12 derniers mois est 9.

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

La prise en charge de la tuberculose chez les PVVIH a été jugée satisfaisante par les répondants gouvernementaux au questionnaire A (NCPI). La prophylaxie par l'INH est systématique au pôle universitaire thérapeutique de Tunis qui prend en charge plus de 70% des PVVIH. Les données ne sont pas disponibles sur le nombre exact des PVVIH traitées également pour tuberculose probablement en raison de cette prophylaxie systématique.

III.3.4. La prise en charge psychosociale

Avec l'appui du GFATM, les quatre (4) sites de prise en charge médicale des PVVIH ainsi que les trois ONG actives dans ce domaine (ATLMST/SIDA de Tunis, ATIOST, ATUPRET) dispensent des activités de soutien psychologique et social aux PVVIH et leur entourage par des psychologues

qualifiés et des travailleurs sociaux. Au total, 175 PVVIH ont bénéficié de soutien psychosocial en 2012 et 185 en 2013. Par ailleurs, 11 travailleurs sociaux ont été recrutés et 20 PVVIH ont bénéficié des services du Ministère des Affaires Sociales sur le budget national en 2012.

Après la révolution de 2011 qui a porté la Tunisie vers une phase de transition démocratique, deux ONG de soutien aux PVVIH (Rahma et Dar Essalam) ont vu le jour successivement en 2011 et 2012.

« Les ONGs représentant les PVVIH sont impliquées activement dans les étapes de la prise en charge des PVVIH ».

Les ONG présentes à l'atelier de validation de NCPI

Aujourd'hui, le contexte politique et social est plus propice aux PVVIH et leurs familles pour revendiquer leurs droits au soutien social et économique.

IV. BONNES PRATIQUES

IV.1. Leadership politique

La transition démocratique a été marquée par l'instauration de l'Etat de Droits en dépit de l'instabilité politique et socioéconomique qui caractérise généralement les transitions démocratiques. Dans ce contexte, le pays fait face à des urgences et priorités plus pressantes que l'épidémie du VIH mais le leadership politique, en la personne du chef du gouvernement, a été présent pour appuyer la candidature de la Tunisie à l'organisation de la 18^{ème} CISMA en 2015.

Pour la première fois aussi, deux ONG de soutien aux PVVIH sont créées.

La nouvelle constitution tunisienne qui a été promulguée en février 2014, a réservé tout un chapitre (28 articles) aux « Droits et libertés ». Cette opportunité devrait être saisie au cours de la prochaine biennie pour renforcer les droits des populations vulnérables et des populations clés en particulier.

IV.2. Extension des programmes de prévention

D'une manière générale, la biennie 2012-2013 a connu un certain relâchement au niveau des programmes de prévention au sein de la population générale et les jeunes en particulier. En revanche, eu égard à la nature de l'épidémie du VIH qui est à tendance concentrée, les efforts ont été focalisés sur les populations clés. Les ONGs actives au niveau de ces populations (ATLMST/sida, ATUPRET, ATIOST) ont acquis une meilleure connaissance de la cartographie et des services dispensés à ces populations. Elles coordonnent ensemble dans le ciblage des sites et se partagent les tâches. Cette nouvelle approche a permis une meilleure efficacité d'intervention et a contribué à atténuer les tensions résultant du double emploi.

IV.3. Extension des programmes de soins, de traitement et de soutien

La bonne pratique à citer dans ce domaine ne concerne pas l'extension des soins mais la gestion des contraintes d'accès aux médicaments. En effet, devant des ruptures fréquentes des stocks de médicaments, les acteurs concernés ont mis en place un comité multidisciplinaire composé de thérapeutes, de pharmaciens et de gestionnaires dans une approche participative dirigée vers les solutions plutôt que vers le pourquoi des ruptures.

IV.4. Suivi et évaluation

Le suivi et évaluation est l'un des axes qui a cumulé le plus de faiblesse. Le plan stratégique 2006-2009 s'est doté d'un plan national de suivi et évaluation (S&E) mais rapidement, il a été constaté la non opérationnalisation de ce plan pour plusieurs raisons : faible adhésion des acteurs, manque de ressources humaines et matérielles, multitude des indicateurs.

Pour remédier à cette situation, le PNLIS/IST a recruté une chargée du S&E et de la supervision auprès des ONG, a mis en place des comités régionaux multisectoriels formés de 8 personnes par

comité (OG, ONG, secteur privé) et est en train d'organiser des réunions interrégionales avec ces comités en vue de les sensibiliser à s'impliquer davantage dans le S&E.

De plus, à l'occasion de la révision du PSN 2012-2016 qui devient PSN 2014-2017, le comité national de lutte contre le SIDA a décidé de réviser par la même le plan S&E pour l'adapter au nouveau PSN et le rendre plus opérationnel.

V. PRINCIPALES DIFFICULTES ET SOLUTIONS

V.1. Progrès réalisés face aux défis soulignés dans le rapport d'activité national 2012 et dans la revue à mi parcours de la Déclaration Politique

La 19ème Conférence sur le Sida tenue à Washington du 22 au 27 juillet 2012 a réaffirmé les orientations actuelles de la politique mondiale qui s'est fixée pour objectifs d'inverser la tendance de l'épidémie, voire d'éradiquer à terme la maladie. En effet, la Déclaration politique sur le VIH / sida de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2011 s'est fixée des objectifs ambitieux à atteindre d'ici 2015. Un cadre d'indicateurs de base a été développé afin de refléter les nouveaux objectifs et les engagements d'élimination, et l'ONUSIDA a été chargé d'aider les pays à établir des rapports nationaux sur les progrès accomplis en vue de soumettre un rapport spécial à l'Assemblée générale sur les progrès réalisés en conformité avec le rapport mondial sur les Objectifs du Millénaire pour le développement, lors de la revue des OMD prévue à l'AG des NU en Septembre 2013.

A cet effet, une revue à mi-parcours des objectifs de la Déclaration politique et des engagements d'élimination, appelés les «Dix cibles» a été demandée par le Directeur exécutif de l'ONUSIDA qui a invité en Décembre 2012, toutes les représentations diplomatiques des Etats membres des Nations Unies à réaliser une revue de l'OMD6 dans ce sens. Ces 10 cibles de l'OMD6 consistent à l'horizon 2015 à :

- 1. Réduire de 50 % le taux de transmission du VIH par voie sexuelle.*
- 2. Réduire de 50 % le taux de transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables.*
- 3. Enrayer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants, et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida.*
- 4. Assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes.*
- 5. Réduire de 50 % le nombre de décès dus à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH.*

6. *Réduire le déficit mondial de moyens de lutte contre le sida et parvenir à un investissement moyen annuel de 22 à 24 milliards de dollars US dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.*
7. *Éliminer les inégalités fondées sur le sexe ainsi que la maltraitance et la violence sexistes et renforcer la capacité des femmes et des adolescentes à se protéger du VIH.*
8. *Éliminer la stigmatisation et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH et touchées par lui à travers la promotion des lois et des mesures qui assurent la pleine réalisation de tous les droits de l'homme et libertés fondamentales.*
9. *Éliminer les restrictions qui touchent les personnes vivant avec le VIH en matière d'entrée, de séjour et de résidence dans un pays.*
10. *Éliminer les circuits parallèles de soins en matière de VIH pour intégrer davantage la riposte au sida dans les efforts mondiaux de santé et de développement.*

Les principales questions à poser pour chacune des 10 cibles de la DP 2011 étaient :

- 1) *Est-ce un objectif prioritaire pour le pays?*
- 2) *Est-ce que le Plan stratégique national traite cet objectif?*
- 3) *Quelles actions clés ont été prises pour atteindre cet objectif depuis 2011?*
- 4) *Quels sont les défis clés ou de contraintes qui ont été rencontrés dans la lutte contre cette cible?*
- 5) *Le pays est-il sur la bonne voie pour atteindre l'objectif en 2015?*

Pour la Tunisie, ce processus de la revue à mi-parcours a été réalisé sous la responsabilité du Comité Technique National incluant le PNLS et ses principaux partenaires. Dans le même sens, le rapport de la Tunisie sur les indicateurs GARPR (Global AIDS Response Progress Reporting) a été établi en mars 2013 et il était prévu que ces rapports GARPR soient établis dorénavant sur une base annuelle avec l'aide de l'ONUSIDA afin de permettre un suivi plus étroit des «Dix cibles».

Ainsi, après une réunion du Comité Technique restreint regroupant le PNLS et les représentants de l'ONUSIDA à Tunis et de l'UGP du GFATM avec les deux consultants nationaux identifiés, une première réunion des parties nationales a eu lieu le 22 Avril 2013 pour l'accord sur les objectifs de la revue à mi-parcours en ce qui concerne les résultats attendus de la DP de l'ONUSIDA 2011 (les dix cibles) et la revue annuelle du Plan Stratégique National 2012-2016. Une deuxième réunion de validation de la matrice des résultats de la revue vis-à-vis des 10 cibles de la DP2011, ainsi que les

résultats de la revue 2012 du PSN a été réalisée le 23 mai 2013 pour la discussion et la validation du rapport dont les conclusions sont rapportées ci-dessous :

Les 10 Cibles de la DP 2011	Progrès réalisés et défis pour 2015
<p>1 : Réduire de 50 % d'ici à 2015 le taux de transmission du VIH par voie sexuelle</p>	<p>1) Objectif prioritaire ? Epidémie concentrée (HSH>UDI>TS) Objectif prioritaire, notamment auprès des populations clés (PSN 2012-2016) PSN: 50% à 70% de la population et notamment les populations clés adoptent des comportements qui les protègent de l'infection au VIH</p> <p>2) Principales Actions: Distribution et promotion ciblées de préservatifs Programmes intensifs à l'intention des populations clés Mis en place de 25 centres de dépistage anonyme et gratuits (CCDAG) un par région Couverture par des activités de prévention: HSH= 39%, TS= 28%</p> <p>3) Principaux Obstacles : Faible capacité des ONG Difficulté d'accès aux populations clés Insuffisance de marketing social pour les CCDAG Lois et Stigmatisation: (articles 230 et 231 du code pénal interdisant les relations homosexuelles et le travail du sexe)</p> <p>4) Quelles propositions? <i>Renforcement des capacités des ONG</i> Renforcement des capacités des populations clés en matière de connaissance et de défense de leurs droits Intensifier les actions de sensibilisation de proximité auprès des populations clés, prévention combinée, unité de dépistage mobile</p> <p>5) Atteinte Objectif 2015 ? <i>Partiellement car :</i> <i>Il faudrait plus de concentration des efforts de prévention des ONG auprès des populations clés (TS, HSH, détenus et UDI)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Faible couverture et stigmatisation à l'égard de ces populations</i> - <i>Faible accès aux moyens de prévention et de dépistage</i>
<p>Cible 2 : Réduire de 50 % le taux de transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables</p>	<p>1) Objectif prioritaire ? Oui 9000 UDI, tendance à augmenter, séroprévalence VIH : 2-3% « 50% des UDI adopteront des comportements visant à les protéger contre l'infection par le VIH » (Effet 1.3, PSN cible 2016)</p> <p>2) Principales Actions: Actions de prévention combinée de proximité Mise en œuvre de la stratégie RdR de manière limitée</p> <p>3) Principaux Obstacles : Loi 92-52 répressive vis-à-vis de l'usage de drogue (criminalisation) Augmentation du phénomène « toxicomanie » dans la société</p>

	<p>Traitement de substitution non autorisé et insuffisance de centres de prise en charge intégrée des UDI (1 centre fermé et 1 centre peu fonctionnel)</p> <p>4) Quelles propositions?</p> <p>Mise en place d'une stratégie globale de prévention et de prise en charge de l'usage des drogues et en particulier des UDI (englobant notamment le <u>cadre juridique...</u>)</p> <p>Renforcement des capacités des OG et des ONG</p> <p>Création de centre de prise en charge dans les zones les+ concernées par ce fléau</p> <p>5) Atteinte Objectif 2015 ?</p> <p>Partiellement car:</p> <p>- Forte présomption d'une recrudescence au sein de la société tunisienne de l'usage des drogues</p> <p>-Mais volonté politique de développer un plan de lutte contre la drogue et création d'un Observatoire National (UE-Centre Pompidou) et accord de principe pour le traitement de substitution</p>
--	---

<p>Cible 3 : Enrayer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants d'ici à 2015, et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida.</p>	<p>1) Objectif prioritaire ? <i>Oui, même si la TME est rare en Tunisie (2012: 5 n-nés chez 9 femmes enceintes VIH+</i> <i>« Cible 2016 : 75% des femmes enceintes à risque ont accès aux services de PTME (Effet 1.1. PSN 2012-2016)</i></p> <p>2) Principales Actions: <i>Prévention du VIH chez les FAR, Dépistage du VIH chez les femmes enceintes ARV chez les femmes enceintes séropositives et prise en charge en maternité Formation du personnel de santé (sage femmes, médical) des CSB et maternités</i></p> <p>3) Principaux obstacles ? <i>Programme PTME depuis 2006, mais non intégré au PN de périnatalité Insuffisance de coordination des programmes entre le PNLS et le PN-PRN qui freine l'opérationnalisation de la PTME Insuffisance de conviction de la part des professionnels de santé à cause de la rareté de l'infection verticale au VIH</i></p> <p>4) Quelles propositions? <i>Accélérer l'intégration de la PTME au PN périnatalité et appliquer la proposition du dépistage systématique du VIH chez les femmes enceintes à partir de 2013 Responsabiliser les régions dans l'opérationnalisation de la PTME Renforcer les activités de suivi et évaluation communes au PN-PRN et PNLS</i></p> <p>5) Atteinte Objectif 2015 ? Oui en grande partie : <i>Révision de la stratégie de PTME du VIH en l'intégrant dans le programme national de périnatalité : actuellement travaux préparatoires de la mise œuvre prévue pour le 2è semestre 2013 Cette stratégie prévoit de proposer systématiquement à la femme enceinte au premier trimestre et au 6ème mois la sérologie du VIH (test rapide) lors de la CPN réalisée par la sage-femme. Avec une couverture de la CPN>90% la stratégie permettrait de détecter et sauver 10 nouveaux nés sur les 200 000 naissances annuellement enregistrées</i></p>
<p>. Cible 4 :-Assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH d'ici à 2015.</p>	<p>1) Objectif prioritaire ? <i>Oui, Axe stratégique 2 du PSN: « 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 PVVIH et de leur entourage affecté » Cible 2016 : 70% de PVVIH attendues et 50% des PVVIH migrants sont correctement pris en charge</i></p> <p>2) Principales Actions: <i>L'accès à la trithérapie gratuite est un objectif prioritaire pour les tunisiens résidents en Tunisie depuis l'an 2000 Acquisition des ARV en quantité suffisante Mise en place de référentiels de prise en charge Renforcement des centres de prise en charge et des laboratoires.</i></p> <p>3) Principaux Obstacles ? <i>Traitement souvent à un stade tardif</i></p>

	<p>Rupture de stocks fréquente et mauvaise observance Les PVVIH font face à des attitudes de discrimination comme le refus de soins invasifs par les professionnels de santé. Les migrants étrangers et résidents (étudiants) ont parfois des difficultés d'accès aux ARV</p> <p>4) Quelles propositions ? Améliorer le dépistage du VIH pour une prise en charge précoce Renforcer les actions d'éducation thérapeutique pour améliorer l'observance Garantir l'approvisionnement en ARV et lutter contre les ruptures de stocks (Comité mis en place en 2013) Lutter contre les attitudes stigmatisantes et discriminatoires à l'encontre des PVVIH par la formation des professionnels de la santé en counseling Mettre en place un mécanisme de prise en charge des PVVIH étrangers</p> <p>5) Atteinte Objectif 2015 ? <i>Oui en grande partie pour les PVVIH tunisiennes connues</i> <i>Mais nécessité d'une étude pour la prise en charge des PVVIH étrangères résidentes en Tunisie dans cette phase de transition politique et économique</i></p>
--	--

<p>Cible 5 : Réduire de 50 % d'ici à 2015 le nombre de décès dus à la tuberculose parmi les PVVIH</p>	<p>1) Objectif prioritaire ? Oui (+/-), d'autant que la Tuberculose est peu fréquente et n'est pas rapportée comme cause de décès chez les PVVIH tunisiens PSN, Axe2, Produit 2.1.2 : « <i>Les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge adéquate en cas d'infection par la tuberculose</i> »</p> <p>2) Principales Actions: Elaboration de référentiels de prise en charge et formation des professionnels de santé Prophylaxie INH systématique chez PVVIH dans >60% des cas Dépistage et traitement de la tuberculose chez les PVVIH Renforcement des laboratoires de référence et des centres de prise en charge de la tuberculose.</p> <p>3) Principaux obstacles ? Insuffisance de coordination entre le PNLT et le PNLS Insuffisance de données sur la coïnfection VIH-Tuberculose</p> <p>4) Quelles propositions ? Prophylaxie INH systématique chez tout PVVIH Opérationnaliser la proposition systématique du test VIH aux patients suspects de tuberculose Mettre en place mécanisme qui met en commun les efforts du PNLS et du PNLT</p> <p>5) Atteinte Objectif 2015 ? Oui <i>La tuberculose est relativement rare dans le pays (environ 28/100 000hab) Pas de décès déclaré de PVVIH par Tuberculose Programme National de Lutte contre la Tuberculose depuis plus de 30 ans et intégré dans tous les CSB Traitement antituberculeux accessible dans tous le pays et gratuit Soutien du Fonds mondial contre la Tuberculose 2010-2014</i></p>
<p>Cible 6 : Réduire, d'ici à 2015, le déficit mondial de moyens de lutte contre le sida, (investissement mondial annuel de USD 22-24 milliards dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire)</p>	<p>1) Objectif prioritaire ? Oui +/-: <i>En 2012 le financement national a été estimé à 9 000 000 DT et ce financement représente près de 70% des dépenses totales pour le VIH Axe stratégique 4 du PSN: Renforcement des capacités humaines et matérielles des ONG pour la mobilisation des fonds</i></p> <p>2) Principales Actions: Plaidoyer Formation des ONG sur la mobilisation de fonds car elles sont les plus impliquées avec les populations clés (épidémie concentrée)</p> <p>3) Principaux obstacles ? Faible capacité des ONG à mobiliser des fonds auprès des bailleurs de fonds internationaux ou nationaux Les ONG continuent à revendiquer l'appui de l'Etat qui semble insuffisant L'appui du SNU est principalement technique et non financier</p> <p>4) Quelles propositions ?</p>

	<p>Investir sur le leadership et la gouvernance afin d'assurer la pérennité du financement</p> <p>Démontrer le rôle primordial des ONG dans le travail de proximité avec les populations clés contre la menace de progression de l'épidémie du VIH</p> <p>Garantir le financement national nécessaire pour continuer la riposte nationale contre le VIH.</p> <p>5) Atteinte Objectif 2015 ?</p> <p>Oui , en grande partie pour 2015 (TFM-Fonds Mondial):</p> <p><i>Le financement national devrait être maintenu (ARV , tests de dépistage et préservatifs)</i></p> <p><i>Risque de non pérennisation du travail des ONG auprès des populations clés, si elles ne diversifient pas leurs sources de financement, car la plupart sont quasi exclusivement financées par le GFATM</i></p>
<p>Cible 7 : Éliminer les inégalités fondées sur le sexe ainsi que la maltraitance et la violence sexistes et renforcer la capacité des femmes et des adolescentes à se protéger du VIH.</p>	<p>1) Objectif prioritaire ?</p> <p>Oui : La parité homme/femme reconnue par la législation nationale (code du statut personnel de 1956) et ratification des traités internationaux par la Tunisie</p> <p>Stratégie Nationale de lutte contre la violence au sein de la famille(MAF)</p> <p>PSN (prévention et dépistage du VIH chez les femmes en âge de reproduction et PTME)</p> <p><i>L'enquête MICS4 de 2010-2011 rapportent un chiffre de 16.2% de violence de genre au cours des 12 derniers mois) (GARPR 7.1)</i></p> <p>2) Principales Actions:</p> <p>Actions d'IEC de proximité</p> <p>Campagnes d'information et de sensibilisation en vue de faire connaître aux femmes leurs droits et les voies de recours</p> <p>3) Principaux obstacles ?</p> <p>La Tunisie passe par une phase transitionnelle post révolutionnaire</p> <p>Beaucoup de formes de violence sont notées au cours de la période de transition actuelle</p> <p>4) Quelles propositions ?</p> <p>L'égalité de genre est une question qui dépasse le PSN pour être une question de toute la société</p> <p>La nouvelle constitution en cours d'élaboration devrait être le garant du droit des femmes à l'égalité et l'équité.</p> <p>Elle nécessite des mécanismes à l'échelle nationale relevant aussi bien de l'état que de la société civile.</p> <p>5) Atteinte Objectif 2015 ?</p> <p>Oui en grande partie:</p> <p><i>Statut de la femme (CSP,) stratégie nationale de lutte contre la violence (MAF)</i></p> <p><i>Malgré les quelques voies conservatrices qui se lèvent ici et là, il y a une large prise de conscience au sein de la société sur l'égalité entre les sexes</i></p>
<p>Cible 8 : Éliminer la stigmatisation et la discrimination contre les personnes vivant avec le</p>	<p>1) Objectif prioritaire ?</p> <p>Axe 3 du PSN: « 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 ».</p>

<p>VIH et touchés par lui à travers la promotion des lois et des mesures qui assurent la pleine réalisation de tous les droits de l'homme et libertés fondamentales.</p>	<p>2) Principales Actions: Actions prévues: plaider pour la révision des textes législatifs ; actions d'IEC ; élaboration de codes éthiques Mais retard +++ dans la réalisation. Création d'un ODEVH : l'Observatoire des Droits Humains</p> <p>3) Principaux obstacles ? Difficulté à changer les lois vis-à-vis des populations clés Attitudes négatives des professionnels de santé et autres prestataires de services vis-à-vis des PVVIH et autres populations clés</p> <p>4) Quelles propositions ? Elaborer des manuels de bonnes pratiques d'éthique et diffuser la formation sans attendre la révision des textes juridiques Renforcer le rôle de l'ODEVH (Observatoire des Droits Humains) pour recenser les cas de violations aux droits humains auprès des populations clés et proposer les changements dans les textes de lois afin de respecter les droits humains en Tunisie.</p> <p>5) Atteinte Objectif 2015 ? Partiellement, car: <i>Beaucoup de formes de stigmatisation et de discrimination violence sont rapportées au cours de la période 2011-2012 : les PVVIH rapportent plusieurs formes de stigmatisation et de discrimination à leur égard aussi bien de la part de la société (famille, voisinage, travail) que de la part du personnel soignant L'élimination de la stigmatisation et de la discrimination est liée au changement d'attitudes et de comportement et pas seulement une question d'ordre juridique. Elle ne pourrait être envisagée qu'à long terme.</i></p>
<p>Cible 9 : Éliminer les restrictions qui touchent les personnes vivant avec le VIH en matière d'entrée, de séjour et de résidence dans un pays.</p>	<p>1) Objectif prioritaire ? Oui (NA): <i>La Tunisie ne pose aucune restriction au déplacement des PVVIH à travers les frontières dans les deux sens. Le PSN comprend des actions visant la protection du droit des étrangers résidents en Tunisie à l'accès universel à la prévention et au traitement</i></p> <p>2) Principales Actions: Action d'IEC de proximité (prévention et connaissance de droits) Actions de plaider pour permettre aux personnes migrantes en Tunisie d'accéder aux ARV</p> <p>3) Principaux obstacles ? Incapacité financière à fournir le traitement et le soutien aux étrangers résidents en Tunisie Faible connaissance de l'ampleur de l'infection au VIH parmi les étrangers et seule une partie (fortunée) accède aux ARV dans le secteur privé.</p> <p>4) Quelles propositions ? Actualisation de la circulaire n°16/2000 du 27 février 2000 relative à la prise en charge des PVVIH en Tunisie, en raison de son caractère « restrictif » Définir les circuits et les modes de prise en charge des PVVIH : secteur public et secteur privé (gratuité, conventions, assurances...) sur la base d'études de</p>

	<p>faisabilité</p> <p>5) Atteinte Objectif 2015 ? Oui : pas de restriction <i>Mais l'atteinte de l'objectif de prise en charge est tributaire d'une décision politique (elle implique des révisions budgétaires et des mesures réglementaires (conventions entre pays) pour faire face aux nouveaux besoins.</i></p>
<p>Cible 10 : Éliminer les circuits parallèles de soins en matière de VIH pour intégrer davantage la riposte au sida dans les efforts mondiaux de santé et de développement.</p>	<p>1) Objectif prioritaire ? Oui , PSN 2012-2016 : « Axe stratégique 4 : Mise en place de mécanismes de la riposte à l'infection par le VIH/sida efficaces et durables » Mais les mécanismes ne sont pas encore opérationnels (renforcement du CNLS au niveau régional par le CRLS)</p> <p>2) Principales Actions: Intégration de la PTME dans le programme national de la santé maternelle et périnatale Proposition systématique du test VIH aux patients atteints de tuberculose Notion de sécurité des soins pour le VIH et autres infections</p> <p>3) Principaux obstacles ? Programme vertical et problème d'intégration des personnels qui sont contractuels sur le programme GFATM (OG) Les ONG opérant auprès des populations clés dépendent en grande partie du financement extérieur (GFATM) et pose le problème de la pérennité de leurs actions</p> <p>4) Quelles propositions ? Améliorer la coordination avec les autres programmes (LAT, PRN,...) Renforcer les capacités des OG et ONG de manière pérenne Envisager la décentralisation du PNLs en ciblant les zones et les activités prioritaires et en assurant la formation des professionnels de la santé: information, dépistage, prise en charge des PVVIH,</p> <p>5) Atteinte Objectif 2015 ? Oui, partiellement: <i>L'intégration de la riposte au VIH sera facilitée par l'intégration aux autres programmes nationaux tels que le PN Périnatalité et le PNL Tuberculose L'intégration du programme doit être étudiée et décidée de manière participative et consensuelle</i></p>

V.2. Difficultés rencontrées tout au long de la période étudiée (2012-2013), ayant entravé la riposte nationale et la réalisation des objectifs

Les défis qui sont résumés ci après sont ceux qui ont été retenus par les participants à l'atelier de validation du NCPI qui s'est tenu le 27 mars 2014 en rappelant que ces participants provenaient des organismes gouvernementaux et de la société civile:

V.2.1. Plan stratégique

- Appropriation du PSN: malgré l'adoption de l'approche participative et inclusive dans le processus d'élaboration du PSN 2012-2016, les acteurs aussi bien du secteur gouvernemental que du secteur non gouvernemental ne se sont pas appropriés le PSN. La mise en œuvre au cours de 2012 a été assez faible comme le montre la revue annuelle du PSN conduite en 2013 et nombre d'acteurs interviewés ont dit qu'ils que le PSN n'était pas réaliste.

- Capacités de mise en œuvre: les capacités de mise en œuvre des deux secteurs sont faibles tant en ressources humaines qu'en ressources matérielles. Toutefois, le PNLS/IST assure la fourniture des ARV et des réactifs de dépistage, de diagnostic et de suivi biologique ainsi que les médicaments des IST par le budget national, toutes les autres activités de prévention sont réalisées dans le cadre du programme d'appui GFATM.

- Société civile: les ONG ont activement participé à l'élaboration du PSN 2012-2016 et à sa révision qui est en cours. Toutefois, elles manquent de représentativité au niveau des régions et l'on constate que ce sont principalement les ONG actives dans le domaine spécifiques du VIH qui sont les plus impliquées et les plus influentes. Elles manquent de capacités dans la mobilisation des ressources, dans la mise en œuvre ce qui impacte sur les capacités d'absorption des financements et dans le suivi et évaluation.

De leur côté, les populations clés ne sont pas encore suffisamment organisées du fait d'une discrimination encore perceptible au niveau de la société.

V.2.2. Soutien politique et leadership

- Soutien politique: depuis la révolution, il n'a pas été constaté de blocage politique ni au niveau de la mise en œuvre ni au niveau des campagnes de sensibilisation sur le VIH. Néanmoins, l'épidémie du VIH ne semble pas être une priorité nationale et aucune mesure phare n'a été menée pour corriger certaines faiblesses trainées de PSN en PSN comme le manque de ressources humaines au niveau de l'équipe du PNLS/IST

- Leadership : le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) est peu ou non fonctionnel depuis de longues années et sa léthargie s'est accentuée depuis 2006 avec la création du Mécanisme de Coordination national (CCM) dans le cadre du programme d'appui du GFATM. La redynamisation du CNLS et le renforcement de la coordination entre les intervenants de la riposte nationale semble une mesure prioritaire et impérieuse pour la survie des PSN à venir.

V.2.3. Droits de l'homme

- Textes législatifs : bien que les droits humains soient garantis par la constitution tunisienne, les textes législatifs afférents aux pratiques retrouvées chez les populations clés sont répressifs : interdiction absolue de la consommation de drogues, emprisonnement allant jusqu'à 3 ans de quiconque se livre à la sodomie, emprisonnement allant de 6 mois à 2 ans pour les femmes qui « s'offrent aux passants ou se livrent à la prostitution même à titre occasionnel ».

- Attitudes sociales et professionnelles : les populations clés et PVVIH se plaignent d'attitudes discriminatoires et stigmatisantes à leur encontre de la part de la société, de la police et même des professionnels de santé. Les ONG pensent que la conjoncture sociopolitique de la Tunisie post révolution constitue en partie un obstacle pour le respect total des droits de l'homme et que les médias n'ont pas aidé à la lutte contre la stigmatisation et à la promotion des droits de l'Homme.

V.2.4. Prévention

- Information Education Communication (IEC) : malgré les efforts déployés par les intervenants en milieu scolaire, militaire, carcéral etc., les activités IEC ont fléchi auprès des jeunes en général au cours de la biennie 2012-2013 car elles sont principalement financées par le GFATM alors que le mécanisme transitoire de financement (TFM) ne soutient que les activités de prévention de proximité auprès des populations clés dans le cas de la Tunisie.

Par ailleurs, la qualité de l'IEC dispensée n'a pas été évaluée en vue d'une meilleure adaptation des messages basée sur une approche culturellement sensible donc acceptée par la société.

- Accès aux services de prévention : L'attitude de stigmatisation et de discrimination reste un obstacle pour l'accès des populations clés aux services de prévention et de dépistage du VIH. Les faibles capacités des ONG rend aussi l'accès de ces population à la prévention plus difficile.

L'absence de stratégie de réduction des risques fonctionnelle, l'interdiction des traitements de substitution et l'absence de services de soins ambulatoires et de prise en charge des toxicomanes entravent sensiblement l'accès aux services de prévention ce qui accroît les probabilités d'un impact négatif sur l'épidémie du VIH en Tunisie.

- Dépistage du VIH : 23 sur les 25 CCDAG disponibles sont hébergés par des structures de santé publique qui fonctionnent selon les horaires d'ouverture administratifs et sont gérés par des

fonctionnaires de l'Etat. Ce fait pourrait expliquer le faible recours des populations clés au dépistage du VIH et l'activité limitée de dépistage en général au niveau de ces CCDAG.

V.2.5. Soins et soutien

- Accès aux ARV et aux médicaments des infections opportunistes : la qualité de prise en charge médicale et biologique est jugée satisfaisante par les acteurs nationaux de lutte contre le VIH. Toutefois, le coût d'achat des ARV de première, deuxième et troisième ligne est considéré encore élevé ainsi que celui des infections opportunistes. L'achat des ARV, des médicaments pour traiter les infections opportunistes et des réactifs de laboratoire se fait sur le budget national dont il consomme la quasi-totalité.

En outre, cette situation joue très probablement un rôle dans le report de prise de décision concernant le traitement des étrangers résidents en Tunisie bien que tous les acteurs soient conscients de l'interaction qui peut exister entre ces personnes avec l'épidémie du VIH.

- Soutien psychosocial : le soutien économique des PVVIH nécessiteuses est assuré par le GFATM et partiellement par les services du Ministère des Affaires Sociales. L'absence de mécanisme de relève à l'appui du GFATM laisse ce soutien précaire et menacé de s'arrêter.

V.2.6. Suivi et évaluation (S&E)

Le suivi et évaluation qui a constitué un axe stratégique dans le PSN 2006-2010 et le PSN2012-2016 est l'un des axes les plus défaillants. Seules les activités réalisées dans le cadre du programme d'appui du GFATM sont rapportées à l'unité de gestion de ce dernier. Une combinaison de facteurs à abouti à ces résultats : faible appropriation et relâchement des partenaires relatif à l'instabilité qu'a connue la Tunisie depuis la révolution, manque de ressources humaines et matérielles et absence de base de données au niveau du PNLS/IST, absence d'engagement financier vis-à-vis du PNLS/IST comme celui vis-à-vis du GFATM.

V.3. Solutions concrètes planifiées pour garantir la réalisation des objectifs convenus

- **Plan stratégique** : Lors de la révision du PSN 2012-2016 et l'élaboration du PSN 2014-2017 qui ont eu lieu en 2013, les acteurs nationaux ont suivi une démarche participative et décentralisée ayant impliqué les régions qui n'ont pas participé à l'élaboration du PSN 2012-2016. Des focus groups ont été organisés avec les populations clés, les PVVIH et des représentants du secteur privé. L'objectif était de garantir le droit de tous les acteurs à la participation et d'accroître les chances d'appropriation.

- **Soutien politique et leadership** : dans l'objectif de renforcer le leadership et de redynamiser le CNLS, un projet d'élaboration du cadre institutionnel de ce dernier a démarré comprenant les propositions suivantes : (i) président du CNLS : le Ministre de la Santé, (ii) Vice président : Directeur Général de la

Santé, (iii) Secrétariat : DSSB/PNLS, (iv) les membres : la composition sera réfléchiée, allégée pour ne comprendre que les acteurs activement impliqués dans la riposte au VIH.

La finalité de ces propositions est d'arriver à un CNLS doté d'un pouvoir décisionnel et d'un dynamisme interventionnel.

- **Droits de l'homme** : Une série de formations sur la lutte contre la stigmatisation auprès des professionnels de santé a été organisée par le Haut Commissariat des Droits de l'Homme (HCDH) en 2013. Quant à la réforme des textes législatifs répressifs vis à vis des populations clés, les droits humains étant garantis par la nouvelle constitution tunisienne, il est proposé de former un groupe de travail qui réfléchira sur la faisabilité par rapport au contexte socioculturel de la Tunisie.

- **Prévention** : dans le cadre de la riposte nationale au VIH, il est prévu de promouvoir le dépistage du VIH en vue de réduire les délais de prise en charge et de renforcer la prévention. A ce titre, une stratégie de promotion du dépistage a été mise en place et est en cours de finalisation. Aussi, une unité mobile a été acquise pour l'organisation de campagnes de dépistage en dehors des CCDAG.

- **Soins et soutien** : un comité horizontal multidisciplinaire d'approvisionnement en ARV et en réactifs a été constitué en janvier 2013 pour remédier aux problèmes de rupture de stock. Les procédures pour l'acquisition des génériques sont en cours.

- **Suivi et évaluation** : le PNLS/IST et ses partenaires ont entamé en 2013 un processus, encore en cours, de révision et d'adaptation du plan national de S&E au PSN 2014-2017. Une personne a été recrutée au niveau de l'unité de S&E du PNLS/IST pour suivre et superviser les activités des ONG et les efforts continuent pour renforcer l'unité en ressources humaines.

SOUTIEN DES PARTENAIRES DU DEVELOPPEMENT

V.4. Principaux soutiens reçus des partenaires au développement

- Système des Nations unies : suite à la révolution de 2011, le système des Nations Unies en Tunisie a mis en place avec ses partenaires nationaux « la stratégie de transition des NU en Tunisie 2011-2014 » qui a couvert la biennie 2012-2013 et a comporté quatre axes stratégiques pour une enveloppe budgétaire totale d'environ 73 175 000 us \$. Choisis en collaboration avec la partie nationale, quatre domaines d'appui et de coopération ont été retenus par l'équipe pays en cette période transitoire: i) gouvernance démocratique; ii) modèle économique et social inclusif et équitable; iii) réponse pertinente et efficace aux urgences immédiates et futures ; iv) modèle de développement respectant l'environnement et les principes de l'économie.

Au niveau de l'axe 1, les interventions ont soutenu le respect des droits Humains et les conventions internationales déjà ratifiées par la Tunisie avant la révolution ainsi que la participation des jeunes et l'autonomisation des femmes.

Au niveau de l'axe 2, le SNU a soutenu l'élaboration de programmes de développement sensibles au genre et aux groupes vulnérables et a appuyé la réalisation de programmes d'assistance sociale au profit de 1.350 familles.

Au niveau de l'axe 3, les interventions ont été focalisées sur le soutien à la Tunisie dans la prise en charge et la gestion de l'afflux des réfugiés venus de la Libye en 2011. Les agences des NU ont mis en place des services de santé sexuelle et reproductive incluant la prévention du VIH et l'orientation des PVVIH vers les services de prise en charge.

- Fonds Mondial de lutte contre le Sida la Tuberculose et le Malaria (GFATM) : l'année 2012 a connu l'appui par extension du programme 2007-2011 et à partir de 2013, la Tunisie a bénéficié d'un financement (TFM) de 3 761 768 us \$ qui va couvrir la période 2013-2015. C'est grâce à cet appui que l'essentiel des activités de prévention auprès des populations clés et le renforcement des capacités des ONG sont en train d'être menés.

- Autres : l'Union Européenne, à travers le bureau de l'OMS en Tunisie est en train d'appuyer le « Dialogue sociétal sur la Santé et le système de Santé en Tunisie » qui a démarré en 2013 et il est attendu qu'il aboutisse à un plan d'action pour la réforme du système de santé d'ici fin 2014. Il est attendu que cette réforme soit centrée sur le droit du citoyen à la santé dans un système de santé, juste et équitable.

V.5. Actions à mener par ces derniers afin de garantir la réalisation des objectifs

- Système des NU : la protection sociale occupe une place centrale dans l'UNDAF 2015-2019. Dans le document « Principales réalisations du Système des Nations Unies en Tunisie en matière de protection sociale 2011-2013 » publié par le SNU en Tunisie, il est écrit :

« Le Système des Nations Unies (SNU) continuera son : i) accompagnement aux partenaires nationaux dans l'identification des besoins et la formulation des politiques, stratégies et programmes visant l'accès/l'inclusion et la qualité, ii) plaidoyer en faveur de l'engagement de

l'Etat pour accélérer les nouvelles réformes et à développer un «Socle de protection sociale » iii) appui technique à la mise en place de référentiels, l'évaluation du niveau de qualité existant, l'adoption des concepts d'accréditation et de certification ainsi que le suivi de la qualité des services par les bénéficiaires, iv) renforcement des capacités des responsables sectoriels en matière de planification, de gestion de suivi et évaluation des politiques sociales et de la qualité des services, v) soutien aux actions visant la réduction de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des groupes

vulnérables et apportera son appui technique à la mise en place du mécanisme de ciblage et à la conception du paquet

minimum de services pour chaque catégorie, vi) appui à la mise en place des systèmes de suivi et d'évaluation, ainsi que la conduite d'études et de recherches spécifiques comprenant des données désagrégées par sexe, âge et régions basées notamment sur le recensement de 2014, vii) appui à la mise en place de systèmes d'information spécifiques aux groupes vulnérables. »

- Fonds Mondial de lutte contre le Sida la Tuberculose et le Malaria (GFATM) : dans le cadre du nouveau modèle de financement, le GFATM vient d'accorder à la Tunisie une enveloppe d'environ 12 millions de us \$ pour la période 2014-2017 à titre de financement indicatif. Cette enveloppe apportera certainement un grand soutien à la mise en œuvre du PSN 2014-2017 qui est encore en cours de finalisation et de validation.

VI. SUIVI ET EVALUATION

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) où siège le PLNS.

Ce système de SE a retenu au total, 32 indicateurs qui couvrent l'ensemble des domaines du programme à savoir : la prévention, les soins, le soutien des PVVIH et l'atténuation de l'impact et enfin l'organisation et le cadre de la riposte. Le système a été également conçu pour permettre de répondre aux demandes des organismes internationaux en termes d'indicateurs définis sur le plan international. Un Guide National de S&E a été élaboré 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 également conçus.

Afin de rendre le système opérationnel, la formation du personnel a été organisée avec 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.

Un Comité national de suivi et évaluation (GTS&E) a été constitué et 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.

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 et 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).

La revue de ce système de S&E faite en 2012 a déjà soulevé beaucoup d'insuffisances qui persistent encore actuellement et notamment :

- L'insuffisance de la formation du personnel
- Les visites de supervision et d'accompagnement auprès des partenaires pour assurer la mise en œuvre étaient très limitées.
- Faiblesse de l'unité de suivi et évaluation au niveau central (PNLS) et au niveau des points focaux régionaux.
- Le personnel dédié à l'activité de suivi-évaluation n'est pas bien identifié au niveau des partenaires.
- Manque de diffusion des résultats à part ceux faits par l'UGP du GFATM.

Pour toutes ces raisons une revue des insuffisances du système de S&E a été prévue pour 2014 afin de proposer une révision de ce système et recommander des actions correctrices.

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 et organismes Impliqués dans la riposte nationale au VIH/sida. Le processus s'est déroulé ainsi :

1. Une première étape a consisté à la revue des documents disponibles et rapports nationaux et notamment : le rapport d'activité sur la riposte au Sida en Tunisie de 2010-2011 , le plan stratégique national PSN 2012-2016, la revue à mi-parcours de la DP de l'AG des Nations Unies de 2011, la revue du plan stratégique 2012-2016 et le Draft du PSN 2014-2017 et , l'analyse de situation, le guide national de S&E, le draft du MOT, les rapports du Fonds Mondial ainsi que les derniers rapports UNGASS/GARPR.
2. Après avoir identifié les informations et les partenaires OG et ONG, un calendrier de travail a été établi. En Mars 2014, la méthode pour la préparation du rapport de la riposte au VIH/sida a été présentée aux responsables du PNLIS et de l'ONUSIDA
3. La collecte des données a été réalisée à l'aide du questionnaire NCPI (A et B) proposé par l'ONUSIDA. Les différentes parties du questionnaire ont été distribuées aux partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux afin qu'ils nous adressent par e-mail leurs réponses pour qu'elles soient compilées.
4. Après avoir identifié les différentes informations pour l'élaboration des indicateurs GARPR-AU et les sources de données nécessaires, plusieurs contacts ont eu lieu avec les différents partenaires impliqués dans la riposte au sida. Certaines données n'étaient pas disponibles dans l'unité centrale de Suivi et Evaluation au sein du PNLIS ce qui a nécessité plusieurs déplacements et contacts surtout au niveau des 4 services de prise en charge (qui ont rempli également une fiche de recueil de données). Par ailleurs des séances de discussion et de validation des données avec différents partenaires et personnes ressources ont été nécessaires.
5. Une réunion de validation a eu lieu le 27 Mars 2014 pour valider le contenu final et ajouter des commentaires éventuellement.

Annexe 2 : NCPI

Engagements nationaux et moyens d'action (NCPI) 2014

PAYS : TUNISIE

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

Dr Hayet Hamdouni

Adresse postale :

Programme National de Lutte contre le Sida et les IST

Direction des Soins de santé de base

Ministère de la Santé Publique

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

Tél : 0021671787922

Courriel : hhayet.pnls@gmail.com

Date de soumission :

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, l'OMS et l'UNICEF, en étroite collaboration avec les autorités tunisiennes (Ministère de la Santé / Direction des Soins de Santé de base / Programme National de lutte contre le sida) et avec le concours des acteurs clés dans la riposte nationale au VIH/sida des secteurs gouvernemental et non gouvernemental.

La collecte des données a été réalisée à l'aide du questionnaire NCPI proposé par

l'ONUSIDA. La partie A du questionnaire a été envoyée aux acteurs gouvernementaux et la partie B aux acteurs de la société civile.

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 par courriel. La compilation des données a été faite par les consultants qui ont présenté les résultats lors de l'atelier de discussion et de validation tenu le 27 Mars 2012.

La participation à cet atelier a été très fructueuse et productive. Les discussions ont permis d'approfondir certains aspects sur lesquels certains manquaient d'informations. La validation des parties A et B du NCPI s'est faite de manière consensuelle et souvent à l'unanimité.

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

Les discussions ouvertes et inclusives ont permis un rapprochement des idées et un consensus sur les réponses. Aucune divergence n'est restée sans traitement ni solution.

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 et la qualité de la traduction en version française.

Plus de répondants ont rempli la partie B (ONG) que de répondants pour la partie A (OG) mais la participation active à l'atelier de validation a été très fructueuse et productive.

Répondants au NCPI

NCPI - PARTIE A

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						
Ministère de la Santé (DSSB/PNLS)	Dr Hayet Hamdouni, Coordinatrice du PNLS	√	√	√	√	√	√
Ministère de la Santé (DSSB/PNLS)	Dr Zohra Ben Mansour; point focal S&E						
Ministère de la Santé (DSSB/PNLS)	Imen Sliti; unité de gestion du sous bénéficiaire / GFATM						
Office National de la Famille et de la Population/ direction des Services Médicaux	Dr Fatma Temimi; Sous Directeur	√	√	√	√	√	√
Ministère des Affaires Sociales/ Direction Générale de la Promotion Sociale	Dr Lotfi Chemli, Médecin Inspecteur du Travail	√	√	√	√	√	√
Service de prise en charge des PVVIH ; Hôpital Universitaire la Rabta (Tunis)	Pr Hanene Tiouiri, chef de service des maladies infectieuses				√		
Service de prise en charge des PVVIH ; Hôpital Universitaire la Rabta (Tunis)	Dr Sana Debbeche; Médecin				√		
Service de prise en charge des PVVIH, Hôpital Universitaire de Monastir	Pr Mohamed Chakroun, chef de service des maladies infectieuses	√	√	√	√	√	
Service de prise en charge des PVVIH, Hôpital Universitaire de Monastir	Hela Mesmia; pharmacienne						

Ministère de la Santé (DMSU)	Thouraya Bedhiafi, charge de l'éducation pour la santé	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ministère de la Santé/ Unité des Laboratoires biologiques	Noura Ghariani, Directrice Générale	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ministère des Affaires Religieuses/ Direction des Etudes et Formation	Naoufel Jerad; Sous directeur	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Direction Régionale de la Santé de Nabeul	Dr Sonia Kalfallah; Médecin point focal SIDA	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Direction Régionale de la Santé de Sfax	Dr Chahrazed Kallel ; Médecin point focal SIDA	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Direction Régionale de la Santé de Sousse	Dr Sonia Kamoun; Sous Directeur	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Laboratoire national de référence pour le VIH	Pr Amine Slim, Chef de Service	✓	✓	✓	✓	✓	✓

NCPI - PARTIE B

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	Mohamed Lassaad Soua ; Secrétariat de l'ONUSIDA en Tunisie	✓	✓	✓	✓	✓
OMS	Dr Ramzi Ouhichi; Chargé de programme	✓	✓	✓	✓	✓
UNICEF	Dr Amira Mdimagh ; chargée de programme	✓	✓	✓	✓	✓
OIM	Hafedh Ben Miled ; point focal VIH sortant	✓	✓	✓	✓	✓
OIM	Varesco Alessandra; point focal VIH					
CCM	Dr Maamouri Ahmed, Directeur	✓	✓	✓	✓	✓
Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme	Dr Kheireddine Khaled, Coordinateur de l'unité de gestion du programme	✓	✓	✓	✓	✓
Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme	Salma Layouni; charge du S&E à l'unité de gestion du programme	✓	✓	✓	✓	✓
AssociationTunisienne de Lutte contre les MST/Sida(ATLMST/SIDA Section Tunis)	Issam Gritli	✓	✓	✓	✓	✓

Association Tunisienne de Lutte contre les MST/Sida(ATLMST/SIDA Section Tunis)	Tarek Grira	✓	✓	✓	✓	✓
Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le SIDA et la toxicomanie (ATIOST)	Dr Samir Bouarrouj Médecin, Membre	✓	✓	✓	✓	✓
Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le SIDA et la toxicomanie (ATIOST)	Dr Hedia Chaouachi ; présidente d'ATIOST et représentante du secteur ONG au CCM					
Association Tunisienne de la santé de reproduction (ATSR)	Mme Arzek Khenitch ; Directeur exécutif adjoint	✓	✓	✓	✓	✓
Association Tunisienne de Prévention de la Toxicomanie (ATUPRET)	Zied Dhuibi; membre					
Organisation des Scouts tunisiens	Bechir Chamakh; membre du comité de partenariat					
Jeunes Médecins Sans Frontières (JMSF)	Dr Sana Dridi Présidente	✓	✓	✓	✓	✓
Croissant Rouge	Dr. Mounira TALBI; fonctionnaire	✓	✓	✓	✓	✓
Association Tunisienne de Lutte contre les MST/Sida(ATLMST/SIDA Section Tunis)	Hassen Hnini, membre du CCM, représentant de la société civile	✓	✓	✓	✓	✓
Consultants	Ba Daoudda; consultant international sur le S&E					
	Mhirs Zied; consultant national sur le S&E					

Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI)

Partie A

[Pour l'interview des fonctionnaires gouvernementaux]

I. PLAN STRATÉGIQUE

1. Le pays a-t-il développé une stratégie multisectorielle de riposte au VIH ?

(Les stratégies multisectorielles doivent notamment inclure celles développées par les ministères, par exemple, ceux repris au point 1.2).

OUI	
-----	--

SI OUI, quelle est la période couverte [veuillez compléter].

2012-2016

SI OUI, veuillez décrire brièvement les principaux développements intervenus par rapport à la stratégie précédente.

SI NON ou SI PAS APPLICABLE, veuillez expliquer brièvement pourquoi.

C'est le plan stratégique national (PSN; 2012-2016) qui vient d'être révisé suite à la revue annuelle de la mise en œuvre de ce plan au cours de l'année 2012 qui a montré des faiblesses au niveau de la priorisation des axes stratégiques et de leur pertinence. C'est ainsi que l'un des axes de ce PSN qui est relatif à la promotion des droits humains a été considéré comme un axe transversal et un principe directeur dans la mise en œuvre de tout le PSN. Ainsi, la révision a abouti au PSN 2014-2017 qui est en cours de finalisation et de validation et qui comporte désormais trois résultats d'impact prioritaires: Résultat d'impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2017;

Résultat d'impact 2 : La mortalité des PVVIH est réduite d'au moins 60% d'ici 2017; Résultat d'impact 3 : La gouvernance, la coordination et le suivi évaluation de la réponse nationale au VIH/sida sont efficaces.

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

1.1. Quels ministères ou agences gouvernementaux assument la responsabilité globale du développement et de la mise en œuvre de la stratégie multisectorielle nationale de riposte au VIH ?

Le Ministère de la Santé abrite le Programme National de Lutte contre le Sida au niveau de la Direction des Soins de Santé de Base.

1.2. Quels secteurs sont inclus dans cette stratégie multisectorielle et disposent d'un budget spécifique couvrant le VIH pour les actions menées ?

SECTEURS	Inclus dans la stratégie		Budget réservé	
	Oui	Non	Oui	Non
Éducation	Oui			Non
Santé	Oui		Oui	
Travail	Oui		Non	
Militaires/ Police	Oui		Oui	
Aide sociale ²	Oui			Non
Transports		Non		Non
Femmes		Non		Non
Jeunes	Oui			Non
Sécurité sociale	Oui		Oui	

SI AUCUN budget n'est réservé à certains ou à l'ensemble des secteurs ci-dessus,

Veillez expliquer les sources de financement utilisées afin de garantir la mise en œuvre de leurs actions

Pour les secteurs autres que le ministère de la santé, il n'y a pas de budget spécifique car les activités de lutte contre le VIH sont intégrées dans d'autres services. En plus, le Ministère de la Santé finance les activités d'Information Education Communication et de dépistage du VIH au niveau de ces ministères. Remarque: En Tunisie, il n'y a pas de Ministère de travail ; la dispensation du travail est assurée par la Présidence du Gouvernement, le ministère de l'emploi et le Ministère des Affaires Sociales.

1.3. La stratégie multisectorielle prend-elle en compte les populations clés ou vulnérables, les contextes et les problématiques croisées suivantes ?

POPULATIONS CLÉS ET VULNÉRABLES		
Couples à problèmes	Oui	
Personnes âgées		Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	
Migrants / populations déplacées	Oui	
Orphelins et enfants vulnérables ³		Non
Personnes handicapées		Non
Consommateurs de drogues injectables	Oui	
Professionnel(le)s du sexe	Oui	

Communauté transgenre		Non
Femmes et filles		Non
Jeunes hommes et jeunes femmes	Oui	
Autres populations spécifiques ⁴		Non
CONTEXTES		
Prisons	Oui	
Écoles	Oui	
Lieu de travail		Non
PROBLÉMATIQUES CROISÉES		
Stigmatisation et la discrimination	Oui	
Autonomisation des sexes et/ou égalité des sexes	Oui	
VIH et pauvreté	Oui	
Protection des droits de l'homme	Oui	
Implication des personnes vivant avec le VIH	Oui	

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

Les couples à problèmes sont les couples sérodifférents ; Il est prévu que les droits humains soient renforcés par la nouvelle constitution tunisienne promulguée le 10 février 2014.

1.4. Quelles sont les populations clés et vulnérables identifiées dans le pays dans le cadre des programmes de riposte au VIH ?

Personnes vivant avec le VIH	Oui	
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	
Migrants / populations déplacées	Oui	
Orphelins et enfants vulnérables		Non
Personnes handicapées		Non
Consommateurs de drogues injectables		Non
Détenus	Oui	
Professionnel(le)s du sexe	Oui	
Communauté transgenre		Non
Femmes et filles	Oui	
Jeunes hommes et jeunes femmes	Oui	
Autres populations clés ou vulnérables [veuillez compléter].		Non

1.5. Le pays dispose-t-il d'une stratégie de prise en compte des questions liées au VIH dans le cadre des services nationaux en uniforme (militaires, police, gardiens de la paix, personnel pénitentiaire, etc.) ?

OUI	
-----	--

1.6. La stratégie multisectorielle comporte-t-elle un plan opérationnel ?

OUI	
-----	--

1.7. Les éléments suivants sont-ils inclus dans la stratégie multisectorielle ou dans le plan opérationnel ?

a) Objectifs formels du programme ?	Oui		
b) Objectifs ou jalons clairs ?	Oui		
c) Coût détaillé de chaque domaine couvert par le programme ?	Oui		
d) Indication des sources de financement qui appuient la mise en œuvre du programme ?		Non	
e) Règles de suivi et d'évaluation ?		Non	

1.8. Le pays veille-t-il à la pleine implication et participation de la société civile⁵ dans le développement de la stratégie multisectorielle ?

⁵ 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.

IMPLICATION ACTIVE		
--------------------	--	--

SI L'IMPLICATION EST ACTIVE, expliquez brièvement comment celle-ci est organisée.

La société civile y compris les PVVIH et les populations clés ont participé à l'élaboration du plan stratégique national et à sa validation qui ont été menées selon une approche participative et inclusive.

SI NON ou SI L'IMPLICATION EST MODÉRÉE, veuillez expliquer brièvement pourquoi.

1.9. La stratégie multisectorielle a-t-elle été adoptée par la plupart des partenaires externes au développement (Organisations bilatérales et multilatérales) ?

OUI		
-----	--	--

1.10. Les partenaires externes au développement ont-ils aligné et harmonisé leurs programmes couvrant le VIH en fonction de la stratégie multisectorielle nationale ?

	OUI, certains partenaires		
--	---------------------------	--	--

SI NON OU SI CERTAINS PARTENAIRES l'ont fait, veuillez expliquer brièvement pour quels domaines il n'y a pas eu d'alignement / harmonisation et pourquoi.

Ce sont les partenaires du système des Nations Unies qui se sont alignés sur la stratégie à travers l'UNDAF 2007-2011 qui a été étendu jusqu'à 2014 suite à la révolution de 2011. Les partenaires bilatéraux n'ont pas été sollicités.

2.1. Le pays a-t-il intégré le VIH dans les plans de développement spécifiques suivants ?

PLANS SPÉCIFIQUES DE DÉVELOPPEMENT			
Évaluation nationale commune / Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement	Oui		

Plan de développement national			Ne s'applique pas
Stratégie de réduction de la pauvreté		Non	
Plan stratégique national de protection sociale			Ne s'applique pas
Approche sectorielle	Oui		
Autres [veuillez compléter].			

2.2. SI OUI, les domaines suivants spécifiques au HIV sont-ils inclus dans un ou plusieurs plans de développement?

DOMAINES LIÉS AU VIH INCLUS DANS UN OU			
Élimination du droit punitif		Non	
Allègement des impacts du VIH (notamment soins palliatifs pour adultes et enfants)	Oui		
Réduction des inégalités relatives au genre lorsqu'elles touchent aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH	Oui		
Réduction des inégalités de revenus (eu égard aux liens avec la prévention du VIH, le traitement, les soins et/ou le soutien)	Oui		
Réduction de la stigmatisation et des discriminations	Oui		
Traitement, soins et soutien (notamment protection sociale ou autres programmes)	Oui		
Autonomisation économique des femmes (par exemple, accès au crédit, à la terre, à la formation)	Oui		

Autres [veuillez compléter].			
------------------------------	--	--	--

3. Le pays a-t-il évalué l'impact du VIH sur son développement socio-économique dans une perspective de planification ?

		NE S'APPLIQUE PAS
--	--	-------------------

3.1. SI OUI, dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 ou zéro signifie « Largement » et 5 signifie « Faiblement », cette évaluation a-t-elle permis d'éclairer les décisions d'allocation des ressources?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

4. Le pays dispose-t-il d'un plan de renforcement du système de santé ?

OUI

Si Oui, Veuillez inclure des informations expliquant l'impact sur les infrastructures liées au VIH, sur les ressources humaines et les moyens, ainsi que sur les systèmes logistiques pour l'approvisionnement en médicaments.

La réponse est oui, bien qu'il n'existe pas encore de plan de renforcement. La Tunisie a entamé depuis 2013 un dialogue National pour la réforme du système de santé.

Un état des lieux a été réalisé, des enjeux ont été dégagés et il est planifié de démarrer le dialogue avec les citoyens en avril 2014. La conférence nationale est planifiée pour fin juin 2014 suite à quoi le processus de planification pour une réforme du système de santé va commencer.

5. Les établissements médicaux fournissent-ils des services pour le VIH qui sont intégrés à d'autres services médicaux ?

Domaine	Beaucoup	Quelques- uns	Aucun
a) Conseil et test VIH intégrés aux services de santé sexuelle et reproductive	X		
b) Conseil et test VIH intégrés aux services pour la tuberculose	X		
c) Conseil et test VIH intégrés aux services ambulatoires généraux		X	
d) Conseil et test VIH intégrés aux services pour les maladies chroniques non transmissibles			X
e) Thérapie antirétrovirale et tuberculose			X
f) Thérapie antirétrovirale et services ambulatoires généraux			X
g) Thérapie antirétrovirale et maladies chroniques non transmissibles			X
h) PTME et soins prénataux / santé de la mère et de l'enfant		X	
i) Autres commentaires sur la prise en compte du VIH, DSSB : La stratégie d'intégration du VIH dans les services de périnatalité est en cours.			

6. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de planification stratégique dans votre pays dans le cadre des programmes de riposte au VIH en 2013 ?

Très médiocre										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

Les réalisations les plus importantes sont: la révision du PSN 2012-2014 et l'élaboration du PSN 2014-2017 actualisé, la révision du plan national de suivi et évaluation qui est en cours et l'élaboration en cours de validation de la stratégie de dépistage du VIH.

Toutes ces activités ont démarré en 2013.

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

L'implication des autres acteurs nationaux dans la mise en œuvre, le financement et le suivi-évaluation à cause de l'insuffisance d'appropriation du PSN ;

Manque de ressources humaines dans la coordination et le suivi de la mise en Œuvre du PSN ;

Difficultés rencontrées dans la gestion des stocks (médicaments, réactifs, seringues, etc.)

II. SOUTIEN POLITIQUE ET LEADERSHIP

Un soutien politique solide signifie des dirigeants gouvernementaux et politiques qui s'expriment régulièrement concernant le VIH et le sida, et démontrent leur leadership de différentes manières, par l'allocation de budgets nationaux pour le soutien des programmes de riposte au VIH et par l'utilisation efficace des services gouvernementaux et des organisations de la société civile en vue de soutenir les programmes de riposte au VIH.

1. Les hauts fonctionnaires suivants s'expriment-ils publiquement et favorablement concernant les efforts de riposte au VIH dans le cadre des principaux forums nationaux, et ce au moins deux fois l'an ?

A. Ministres

OUI	
-----	--

B. Autres hauts fonctionnaires au niveau infranational

OUI	
-----	--

1.1. Au cours des 12 derniers mois, le chef du gouvernement ou d'autres hauts fonctionnaires ont-ils entrepris des actions démontrant leur leadership dans la riposte au VIH ?

Par exemple, promesse de ressources supplémentaires afin de rectifier des faiblesses identifiées dans la riposte au VIH, intervention dans le cadre d'une conférence nationale ou internationale majeure où le VIH est présenté comme une question liée aux droits de l'homme, et activités telles que la visite d'une clinique proposant des services aux personnes atteintes du VIH, etc.)

OUI	
-----	--

Veuillez décrire brièvement des exemples de situations où le chef du gouvernement ou d'autres hauts fonctionnaires ont démontré leur leadership.

Le chef du gouvernement a rédigé une lettre de soutien pour appuyer la candidature de la Tunisie à l'organisation de la Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique (CISMA) en 2015. Le ministre de la santé a présidé une table ronde sur le VIH lors de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le sida 2013.

2. Le pays dispose-t-il d'un organe de coordination multisectoriel officiellement reconnu pour les questions liées au VIH (c'est-à-dire, un comité national pour la riposte au VIH ou un organe équivalent) ?

OUI	
-----	--

SI NON, veuillez expliquer brièvement pourquoi et comment les programmes de riposte au VIH sont gérés.

--

2.1. SI OUI :

SI OUI , cet organe de coordination national multisectoriel pour les questions liées au VIH :		
Dispose-t-il de règles de référence ?	Oui	
Dispose-t-il d'une implication active et d'un leadership au sein du	Oui	
Dispose-t-il d'un président officiel ?	Oui	
SI OUI , quel est son nom et l'intitulé de sa fonction ?		
Dispose-t-il de plusieurs membres ?	Oui	
SI OUI , quel est leur nombre ?		
32		
Compte-t-il des représentants de la société civile parmi ses	Oui	
SI OUI , quel est leur nombre ?		
5		
Compte-t-il des personnes vivant avec le VIH parmi ses	Oui	

membres ?		
SI OUI , quel est leur nombre ?		
2		
Compte-t-il des représentants du secteur privé parmi ses membres ?	Oui	
Renforce-t-il la coordination des donateurs afin d'éviter les financements parallèles et les efforts redondants dans le cadre des	Oui	

3. Le pays dispose-t-il d'un mécanisme favorisant les interactions entre le gouvernement, les organisations de la société civile et le secteur privé pour la mise en œuvre des stratégies et programmes de riposte au VIH

OUI		
-----	--	--

SI OUI, veuillez brièvement décrire les principales réalisations.

Tous les programmes sont élaborés selon une approche participative entre les différents intervenants et acteurs.

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

Le comité national de lutte contre le sida est peu fonctionnel. Le manque de ressources humaines au niveau du PNLS (Programme de lutte contre le sida) entrave la bonne marche de coordination et de suivi.

4. Quel pourcentage du budget national alloué au VIH a été consacré à des actions mises en œuvre par la société civile au cours de l'année écoulée ?

Information non disponible

5. Quel type de soutien le comité national de riposte au VIH ou l'organe équivalent apporte-t-il aux organisations de la société civile pour la mise en œuvre d'actions liées au VIH ?

Développement des moyens		Non
Coordination avec les autres partenaires de mise en œuvre	Oui	
Information sur les besoins prioritaires	Oui	
Approvisionnement et distribution de médicaments et d'autres	Oui	
Encadrement technique	Oui	
Autres [veuillez compléter].		
Commentaire :		

6. Le pays a-t-il passé en revue les politiques et les lois nationales afin de déterminer celles qui, le cas échéant, sont incohérentes avec les politiques nationales de contrôle du VIH ?

OUI	
-----	--

6.1. SI OUI, des politiques et des lois ont-elles été modifiées afin de les rendre cohérentes avec les politiques nationales de contrôle du VIH ?

OUI	
-----	--

SI OUI, veuillez indiquer les politiques et les lois modifiées ainsi que la nature des modifications apportées.

La loi stipulant l'obligation de déclarer les maladies transmissibles incluant le VIH (loi 92-71 du 27 juillet 1992) a été amendée par l'anonymisation du dépistage volontaire.

Veillez indiquer toute discordance qui subsiste entre des politiques et des lois, et les politiques nationales de contrôle du sida.

La consommation des drogues en général et celle des drogues injectables sont des problèmes réels et grandissant en Tunisie. Tous les plans stratégiques ont comporté des axes d'intervention y relatifs . Mais ceci est confronté à la loi qui punit très sévèrement les consommateurs de drogues et entrave à mise en oeuvre de la stratégie de réduction des risques.

7. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocre » et 10 signifie « Excellent », comment évalueriez-vous le soutien politique apporté au programme de riposte au VIH en 2013 ?

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

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

Décentralisation du suivi immuno/virologique ; Création d'un comité multisectoriel pour l'amélioration de la gestion de stocks

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine?

Comité national de lutte contre le sida peu fonctionnel Des lois répressives vis à vis des populations clés.

III. DROITS DE L'HOMME

1.1. Le pays dispose-t-il de lois et de réglementations contre les discriminations qui établissent des protections pour des populations clés ou vulnérables spécifiques? Veuillez entourer « oui » si des dispositions spécifiques s'appliquent à une ou plusieurs des populations clés ou vulnérables suivantes.

POPULATIONS CLÉS ET VULNÉRABLES		
Personnes vivant avec le VIH		Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		Non
Migrants / populations déplacées		Non
Orphelins et enfants vulnérables	Oui	
Personnes handicapées	Oui	
Consommateurs de drogues injectables		Non
Détenus	Oui	
Professionnel(le)s du sexe		Non
Communauté transgenre		Non
Femmes et filles	Oui	
Jeunes hommes et jeunes femmes	Oui	
Autres populations vulnérables [veuillez compléter].		

1.2. Le pays dispose-t-il d'une loi générale contre les discriminations (c'est-à-dire non spécifique aux discriminations liées au VIH) ?

OUI	
-----	--

SI OUI pour la question 1.1. ou 1.2., veuillez décrire brièvement le contenu de ces lois.

La constitution tunisienne garantit les droits humains. Égalité de tous les citoyens en termes de droit au travail, à la protection sociale et devant la loi.

Veuillez brièvement expliquer les mécanismes mis en place afin de garantir

Les tribunaux; l'inspection du travail

Veuillez brièvement commenter la mesure dans la quelle ces lois sont actuellement appliquées.

Généralement bon et s'est amélioré après la révolution de 2011 qui a donné la liberté à la société civile de surveiller le respect des droits humains et à encourager les citoyens à porter plainte en cas de violation de leurs droits.

2. Le pays dispose-t-il de lois, de réglementations ou de politiques constituant un obstacle⁶ à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien des populations clés ou vulnérables ?

OUI	
-----	--

⁶ 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 » ; « 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.

Personnes vivant avec le VIH		Non
Personnes âgées		Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	
Migrants / populations déplacées		Non
Orphelins et enfants vulnérables		Non
Personnes handicapées		Non
Consommateurs de drogues injectables	Oui	
Détenus	Oui	
Professionnel(le)s du sexe	Oui	
Communauté transgenre	Oui	
Femmes et filles		Non
Jeunes hommes et jeunes femmes		Non
Autres populations ⁷ vulnérables [veuillez compléter].		

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

La loi N°92-52 du 18 mai 1992 interdit absolument la consommation de drogues quoique l'article 20 accorde au consommateur la possibilité de suivre un traitement de désintoxication avec La loi N°92-52 du 18 mai 1992 interdit absolument la consommation de drogues quoique l'article 20 accorde au consommateur la possibilité de suivre un traitement de désintoxication avec arrêt des poursuites judiciaires une seule fois ; L'article 230 du code pénal prévoit jusqu'à 3 ans de prison pour sodomie entre adultes consentants (incluant les rapports sexuels entre hommes). L'article 231 dudit code prévoit de 6 mois à 2 ans de prison pour les femmes qui s'offrent aux passants ou se livrent à la prostitution même à titre occasionnel.

Veuillez commenter brièvement les obstacles qu'elles contiennent.

Pour les UDI, la sanction des consommateurs rend l'accès à cette population difficile. La distribution du préservatif dans les prisons et les établissements scolaires est interdite Les éducateurs pairs qui ne sont pas connus par la police, rencontrent des difficultés à mener des actions de prévention de proximité.

⁷ 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. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui favorise la formation, l'éducation et la communication concernant le VIH auprès du grand public ?**

OUI	
-----	--

SI OUI, quels sont les messages clés explicitement véhiculés ?		
Retardement des premiers rapports sexuels	Oui	
Adoption d'un comportement sexuel plus sûr	Oui	
Lutte contre la violence à l'encontre des femmes	Oui	
Renforcement de l'acceptation et de l'implication des personnes vivant avec le VIH	Oui	
Plus grande implication des hommes dans les programmes liés à la santé reproductive	Oui	
Connaissance du statut VIH pour la population	Oui	
Circoncision masculine opérée sous supervision médicale		Non
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	Oui	
Promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes	Oui	
Réduction du nombre de partenaires sexuels	Oui	
Utilisation d'aiguilles et de seringues propres	Oui	
Utilisation systématique du preservative	Oui	
Autres:		

1.2. Au cours de l'année écoulée, le pays a-t-il mis en œuvre une action ou un programme visant à promouvoir l'exactitude des informations diffusées par les médias concernant le VIH ?

OUI	
-----	--

2. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie visant à promouvoir l'intégration du VIH dans le cadre de l'éducation à la vie courante pour les jeunes ?

	NON
--	-----

2.1.

Le VIH fait-il partie des programmes de formation :		
Des écoles primaires ?		Non
Des écoles secondaires ?	Oui	
Des enseignants ?		Non

2.2. La stratégie comporte-t-elle

a) Des éléments liés à la santé sexuelle et reproductive adaptés à l'âge du public visé ?

OUI	
-----	--

b) Des éléments liés à la santé sexuelle et reproductive soulignant l'égalité des sexes ?

OUI	
-----	--

2.3. Le pays dispose-t-il d'une stratégie d'éducation au VIH pour les jeunes non scolarisés ?

OUI	
-----	--

3. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie favorisant la formation, l'éducation et la communication ainsi que d'autres interventions préventives pour les populations clés et vulnérables ?

	NON
--	-----

Veuillez décrire brièvement le contenu de cette politique ou stratégie.

Un des quatre axes du PSN 2012-2016 cible la réduction de la transmission du VIH auprès de toute les populations citées plus haut et prévoit la promotion du dépistage du VIH, l'utilisation du préservatif, l'utilisation de matériel stérile pour le CDI, la communication pour un changement de comportement . La revue annuelle du PSN en 2013 a montré que cet axe a été l'un des axes du PSN le plus mis en oeuvre.

3.1. SI OUI, quels sont les populations et les éléments de prévention du VIH pris en compte par cette politique ou cette stratégie ?

Veuillez cocher les populations et éléments spécifiques inclus dans cette politique / stratégie.

	CDI ⁸	MSM ⁹	Professionnel(le)s du sexe	Client(e)s des professionnel(le)s du sexe	Détenus	Autres populations ¹⁰
Promotion de l'utilisation du préservatif	X	X	X	X	X	Jeunes ; PVVIH
Traitement de substitution pour les toxicomanes						
Conseil et test VIH	X	X	X	X	X	Jeunes ; PVVIH
Remplacement des aiguilles et seringues	X					

⁸ CDI = Consommateurs de drogues injectables

⁹ HSH=Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

¹⁰ 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).

Santé reproductive, y compris prévention et traitement des MST	X	X	X	X	X	Jeunes ; PVVIH
Réduction de la stigmatisation et des discriminations	X	X	X	X	X	Professionnel s de santé
Information ciblée pour la réduction des risques et l'éducation au VIH	X	X	X	X	X	Professionnel s de santé
Réduction des vulnérabilités (par exemple, génération de revenus)						PVVIH

3.2. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts politiques de soutien de la prévention du VIH en 2013 ?

Très médiocres											Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

En 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

Meilleure connaissance de la cartographie des populations clés ; Meilleur accès aux populations clés; intégration de la proposition systématique du test VIH à toutes les femmes enceintes;

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

- Insuffisance de coordination entre les acteurs de la prévention
- Manque de reporting sur les activités réalisées
- Qualité de la communication non évaluée

4. Le pays a-t-il identifié des besoins spécifiques en matière de prévention du VIH ?

OUI	
-----	--

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

Les différentes évaluations des stratégies mises en place ont permis de dégager des besoins spécifiques allant jusqu'à la révision du PSN.

Si OUI, quels sont-ils ?

- Réaliser les Enquêtes sérocomportementales de manière périodique,
- Renforcer les activités de dépistage au niveau des centres de conseil et de dépistage anonyme et gratuit (CCDAG) ;
- Généraliser la GARPR (©)
- Stratégie PTME et surtout la proposition systématique du test VIH chez la femme enceinte ;
- Développer la stratégie Réduction des Risques et la faire adopter;

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

La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services suivants.	Pas du tout	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Sécurité transfusionnelle				4	
Promotion de l'utilisation du préservatif			3		
Soutien économique, par exemple, versement		2			
Réduction des effets négatifs pour les consommateurs de drogues injectables		2			
Prévention du VIH					

chez les jeunes non scolarisés		2			
Prévention du VIH sur le lieu de travail		2			
Conseil et test VIH			3		
Information, éducation et communication ¹¹ sur la réduction des risques		2			
Information, éducation et communication pour la réduction de la stigmatisation et des discriminations		2			
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant		2			
Prévention pour les personnes vivant avec le VIH			3		
Services de santé reproductive, y compris prévention et traitement des MST			3		
Réduction du risque pour les partenaires intimes des populations clés		2			
Réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		2			

¹¹ IEC = information, éducation, communication

Réduction des risques pour les professionnel (le)s du sexe		2			
Réduction des violences sexistes	1				
Éducation au VIH pour les jeunes au sein des écoles		2			
Prévention dans le cadre du traitement	1				
Précautions universelles dans les établissements médicaux			3		
Autres [veuillez compléter].					

5. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de mise en œuvre de programmes de prévention du VIH en 2013 ?

Très médioc										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

V. SOINS ET SOUTIEN**1. Le pays a-t-il identifié les éléments essentiels d'une approche complète pour le traitement du VIH, les soins et le soutien ?**

OUI	
-----	--

Si OUI, veuillez identifier brièvement ces éléments et indiquer les priorités définies.

- La prise en charge médicale et le suivi immuno-virologique des PVVIH sont prioritaires ;
- La prise en charge psychosociale et la lutte contre la discrimination et la stigmatisation

Identifiez brièvement les modalités d'extension du traitement du VIH, des soins et des services de

La Tunisie dispose de 4 pôles universitaires de prise en charge des PVVIH et la réflexion sur la décentralisation est en cours.

1.1. Dans quelle mesure les services suivants de traitement du VIH, de soins et de soutien ont-ils été mis en œuvre ?

La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services suivants.	Pas du tout	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Thérapie antirétrovirale			3		
Thérapie antirétrovirale pour les patients tbc			3		
Cotrimoxazole pour les personnes vivant avec le VIH			3		
Diagnostic infantile précoce			3		
Soutien économique			3		
Soins et soutien familiaux			3		
Soins et soutien sur le lieu de travail (y compris l'aménagement des conditions de					

travail)	1				
Conseil et test VIH pour les tuberculeux			3		
Services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes professionnels d'orientation vers les traitements adéquats	1				
Soins nutritionnels	1				
Traitement du sida chez l'enfant			3		
Soins palliatifs pour les enfants et les adultes	1				

La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services suivants.	Pas du tout	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Thérapie antirétrovirale postnatale pour les femmes			3		
Prophylaxie après exposition en cas d'exposition non professionnelle (par exemple, agression sexuelle)			3		
Prophylaxie après exposition en cas d'exposition professionnelle au VIH				4	
Soutien psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH et leurs familles			3		
Gestion des MST			3		
Contrôle de l'infection par la tuberculose dans le cadre du traitement du VIH et au sein des établissements médicaux			3		
Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH			3		
Dépistage de la tuberculose pour les					

personnes vivant avec le VIH				4	
Traitement des affections couramment liées au VIH				4	
Autres [veuillez compléter].					

2. Le gouvernement dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie afin d'apporter un soutien socio-économique aux personnes infectées / affectées par le VIH ?

	NON
--	-----

Veuillez clarifier les types de soutien socio-économique fournis :

Sans avoir une stratégie structurée et documentée, la Tunisie apporte quand même un soutien économique aux PVVIH et leurs familles assués par le ministère des Affaires Sociales:

- Les PVVIH bénéficient d'une carte d'handicapé qui leur permet l'accès aux soins et la gratuité partielle du transport.
- Une indemnité mensuelle est octroyée aux familles pauvres.
- les PVVIH reçoivent un appui pour la création d'activités génératrices de revenus

3. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie pour le développement / l'utilisation des médicaments génériques ou l'importation parallèle de médicaments pour le traitement du VIH ?

OUI	
-----	--

4. Le pays a-t-il accès à des mécanismes régionaux d'approvisionnement pour des produits critiques tels que les antirétroviraux, les préservatifs et les produits de substitution ?

	NON	
--	-----	--

Si OUI, pour quels produits ?

5. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de mise en œuvre des programmes de traitement du VIH, de soins et de soutien en 2013 ?

Très médiocre										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine?

L'augmentation du budget réservé à la prise en charge.

Quels sont les défis dans ce domaine?

Réduire le cout des ARV Meilleur accès aux génériques des ARV Améliorer l'accès aux ARV de 3ème ligne : Difficulté d'accès aux médicaments des IO ; Difficulté d'intégration de la prise en charge des migrants et personnes déplacées résidant en Tunisie ; Décentralisation de la thérapie anti rétrovirale ; Difficulté d'amélioration l'observance.

6. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie permettant de répondre aux besoins des orphelins et des autres enfants vulnérables ?

OUI		
-----	--	--

- 6.1. SI OUI, existe-t-il une définition opérationnelle nationale des notions d'orphelin et d'enfant vulnérable ?

OUI	
-----	--

- 6.2. SI OUI, le pays dispose-t-il d'un plan d'action national spécifiquement destiné aux orphelins et aux enfants vulnérables ?

	NON
--	-----

7. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts visant à répondre aux besoins liés au VIH des orphelins et enfants vulnérables en 2013 ?

Très médiocre										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine?

--

Quels sont les défis dans ce domaine?

- Manque d'information sur les orphelins ;
- Insuffisance dans la prise en charge psychosociale économique ;

VI. SUIVI ET ÉVALUATION**1. Le pays dispose-t-il d'un plan national de suivi et d'évaluation du VIH ?**

OUI		
-----	--	--

Veuillez brièvement décrire les éventuels défis qui se posent dans le développement ou la mise en œuvre.

1.1. SI OUI, quelle est la période couverte [veuillez compléter].

2006-2011 élaboré en 2009 En cours d'actualisation en 2014

1.2. SI OUI, les partenaires clés ont-ils aligné et harmonisé leurs exigences en matière de suivi et d'évaluation (y compris les indicateurs) en fonction du plan national de suivi et d'évaluation ?

	OUI, certains partenaires		
--	---------------------------	--	--

Veuillez décrire brièvement les problèmes qui se posent

- Difficulté dans la collecte des données,
- L'évaluation a mis en évidence des insuffisances du plan S&E (grand nombre d'indicateurs)
- Relâchement des partenaires relatif à l'instabilité qu'a connue la Tunisie depuis la révolution de 2011

2. Le plan national de suivi et d'évaluation intègre-t-il les éléments suivants ?

Stratégie de collecte des données	Oui	
SI OUI , prend-elle en compte les éléments suivants :		
Études comportementales	Oui	
Évaluation et recherche	Oui	
Surveillance de la résistance du VIH contre les traitements contre le VIH	Oui	
Surveillance du VIH	Oui	
Suivi routinier des programmes	Oui	

Stratégie d'analyse des données		Non
Stratégie de diffusion et d'utilisation des données		Non
Série standardisée et clairement définie d'indicateurs ventilés selon le sexe et l'âge lorsque cela est approprié		Non
Consignes d'utilisation des outils pour la collecte des données	Oui	

3. Existe-t-il un budget pour la mise en œuvre du plan de suivi et d'évaluation ?

OUI		
-----	--	--

3.1. SI OUI, quel pourcentage du financement total destiné au programme de riposte au VIH est affecté au suivi et à l'évaluation ?

Information non disponible

4. Existe-t-il une unité fonctionnelle nationale de suivi et d'évaluation ?

OUI		
-----	--	--

Veillez décrire brièvement les obstacles éventuels

Cette unité est limitée à un chargé de suivi-évaluation, instable vu le turn over du personnel.

4.1. De quelle autorité l'unité fonctionnelle nationale de suivi et d'évaluation relève-t-elle ?

Ministère de la santé	Oui	
Comité national de riposte au VIH ou organe équivalent		Non
Autre : Dans l'attente de la mise en place de l'unité nationale de S&E ,une cellule de S&E est rattachée auprès du chargé du programme national de lutte contre les IST/VIH/sida.		Non

4.2. Quel est l'effectif affecté à l'unité fonctionnelle nationale de suivi et d'évaluation et quels sont les types de contrats conclus ?

POSITION [veuillez indiquer les intitulés de fonction]	Temps plein	Temps partiel	Depuis
Personnel permanent [Ajouter autant de lignes que nécessaire]			
	Temps plein	Temps partiel	Depuis
Personnel temporaire [Ajouter autant de lignes que nécessaire]			
Une personne contractuelle	X		

4.3. Des mécanismes sont-ils mis en place afin de garantir que tous les partenaires clés transmettent leurs données de suivi et d'évaluation à cette unité afin de les intégrer dans le système national de suivi et d'évaluation ?

	NON
--	-----

Veillez décrire brièvement les mécanismes de partage des données

Il n'y a pas de mécanisme défini et fonctionnel. Les partenaires sont contactés pour transmettre leurs rapports.

Pas de transmission informatisée des données.

Quels sont les principaux défis dans ce domaine ?

- Difficulté d'opérationnalisation du plan S&E est liée aux partenaires qui rapportent plus à l'unité de gestion du programme d'appui du GFATM

- Difficulté liée à l'unité de S&E qui manque de ressources humaines, de base de données et d'outils de collecte des données

5. Existe-t-il un comité national de suivi et d'évaluation ou un groupe de travail qui se réunit régulièrement afin de coordonner les activités de suivi et d'évaluation ?

OUI	
-----	--

6. Une base de données nationale centralisée existe-t-elle pour les données afférentes au VIH ?

	NON
--	-----

Si OUI, veuillez décrire brièvement cette base de données et les responsables de sa gestion

--

6.1. SI OUI, comporte-t-elle des informations concernant la nature, les populations clés visées et la couverture géographique des services liés au VIH ainsi que concernant les organisations qui les mettent en œuvre ?

OUI , tous les éléments ci-dessus		
-----------------------------------	--	--

Si OUI mais seulement certains éléments, quels sont les éléments effectivement inclus ?

--

6.2. Existe-t-il un système fonctionnel d'information sur la santé¹² ?

Au niveau national		Non
Au niveau infranational		Non
SI OUI , à quel(s) niveau(x) ? [veuillez compléter].	Site web santé	

7.1. Existe-t-il des estimations fiables des besoins actuels et futurs en antirétroviraux chez l'enfant et l'adulte ?

	Estimation des besoins actuels uniquement	
--	---	--

7.2. Existe-t-il un suivi de la couverture des programmes de riposte au VIH ?

	NON
--	-----

(a) SI OUI, la couverture est-elle suivie avec une ventilation selon le sexe ?

	NON
--	-----

¹² 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 ?

(b) SI OUI, la couverture est-elle suivie avec une ventilation selon les groupes de population ?

	NON
--	-----

Si OUI, pour quels groupes de population ?

--

Veillez expliquer brièvement comment ces informations sont utilisées .

--

(c) La couverture est-elle suivie avec une ventilation par zone géographique ?

	NON
--	-----

Si OUI, à quels niveaux (province, district, autre)?

--

Veillez expliquer brièvement comment ces informations sont utilisées.

--

8. Le pays publie-t-il un rapport de suivi et d'évaluation sur le VIH, y compris les données de surveillance du VIH, au moins une fois par an ?

OUI	
-----	--

9. Comment les données de suivi et d'évaluation sont-elles utilisées ?

Pour l'amélioration des programmes ?	Oui		
Pour le développement et la révision de la riposte nationale au VIH ?	Oui		
Pour l'allocation des ressources ?	Oui		
Autres [veuillez compléter].			

Veuillez brièvement fournir des exemples spécifiques de la manière dont les données de suivi et d'évaluation sont utilisées et des principaux défis qui se posent le cas échéant.

Les estimations par spectrum de l'ONUSIDA(difficulté : non disponibilité des données), élaboration du plan stratégique national (les orientations) Elaboration de la stratégie de dépistage VIH ; meilleur ciblage des populations ;

10. Au cours de l'année écoulée, une formation au suivi et à l'évaluation a-t-elle été menée ?

Au niveau national	Oui	
SI OUI , combien de personnes ont été formées ?		
Au niveau infranational ?		Non
SI OUI , combien de personnes ont été formées ?		
Au niveau des prestataires de services et de la société civile		Non
SI OUI , quel est leur nombre ?		

10.1. D'autres activités de développement des moyens de suivi et d'évaluation ont-elles été menées en dehors de la formation ?

OUI	
-----	--

Si OUI, veuillez décrire ces activités

Dans le cadre de l'évaluation et l'actualisation du plan national de suivi-évaluation, l'analyse des 12 composantes du système de S&E a été réalisée en 2013. L'actualisation du plan S&E est en cours.

11. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocre » et 10 signifie « Excellente », quelle a selon vous été la qualité du suivi et de l'évaluation du VIH en 2013 ?

Très médiocre										Excellente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

L'évaluation en 2013 et l'actualisation en cours.

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

Le manque de ressources humaines, la non appropriation des partenaires.

Engagement et moyens d'action nationaux (NCPI)

Partie B

[pour l'interview des représentants des organisations de la société civile, des agences bilatérales et des agences de l'ONU]

I. IMPLICATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE¹³

1. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », la société civile a-t-elle contribué à renforcer l'engagement politique des principaux leaders et la formulation de stratégies et politiques nationales ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples:

Les ONGs ont contribué au renforcement de l'engagement politique des principaux leaders et à l'élaboration de stratégies et politiques nationales.

Mais la contribution est parfois limitée à cause de l'instabilité politique survenue après la révolution et le manque d'expérience de certaines ONG.

2. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », les représentants de la société civile ont-ils été impliqués dans la planification et la budgétisation pour le Plan stratégique national de riposte au VIH ou pour le plan d'action le plus récent (par exemple, en participant à des réunions de planification et à la révision d'avant-projets)?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

¹³ 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.

Commentaires et exemples :

La société civile a été associée dans la formulation des stratégies et politiques nationales à travers la participation dans les différentes étapes de l'élaboration des Plans stratégiques nationaux ainsi que par sa présence au niveau des différentes instances et comités du pays. 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. A cet effet, nous pouvons citer l'exemple de la préparation du nouveau plan stratégique 2012-2016 qui 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 notamment avec la participation de la société civile. Les représentants de la

société civile ont été associés dans la mise en place des plans d'action du programme GFATM à travers la participation au niveau des différents groupes de travail chargés de la budgétisation. L'approche participative a été préconisée lors de la préparation du plan opérationnel et les plans sectoriels qui ont été proposés, discutés, consolidés et validés par tous les partenaires

3. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », les services fournis par la société civile en matière de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien sont-ils inclus dans :

a. La stratégie nationale de riposte au VIH ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

b. Le budget national de riposte au VIH ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

c. Les rapports nationaux sur le VIH ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

Concernant la stratégie nationale, les activités des ONGs sont incluses dans la planification et la budgétisation de cette stratégie. Au niveau des activités financées par le GFATM, les ONGs sous bénéficiaires sont responsables de la mise en oeuvre des différentes actions de prévention ainsi que de la mesure des indicateurs techniques y afférents. Par contre, les ONGs n'ont aucun impact sur la part du budget de l'Etat réservé à la lutte contre le SIDA.

4. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », la société civile est-elle impliquée dans le suivi et l'évaluation de la riposte au VIH ?

a. Développement du plan national de suivi et d'évaluation

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

b. Participation au Comité national de suivi et d'évaluation / groupe de travail responsable de la coordination des activités de suivi et d'évaluation ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

c. Participation à l'utilisation des données pour la prise de décision ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

Le retard de la mise en oeuvre du système du S&E de la riposte nationale ainsi que l'absence d'un plan opérationnel pour son fonctionnement est à la cause de plusieurs obstacles qui ont limité en grande partie l'implication de la Société Civile dans le suivi et l'évaluation de la riposte. Ajouté à cela, l'absence des moyens de renforcement des capacités notamment la formation du personnel Pour le programme d'appui du GFATM au titre du Mécanisme Transitoire de Financement, un poste de responsable en S&E au sein des ONGs a été crée au niveau de l'unité S&E du PNLS pour renforcer les capacités des ONGs en matière de S&E. La Société Civile intervient à travers le CCM dans la planification et le suivi des activités rattachées au projet FM. Les données du SE ne sont pas toujours prises en compte dans la prise de décision

- 5. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », la représentation de la société civile dans les efforts de riposte au VIH est-elle suffisamment diversifiée (par exemple, organisations et réseaux de personnes vivant avec le VIH ou de professionnel(le)s du sexe, organisations représentant les collectivités locales et associations religieuses) ?**

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

Les ONGs représentant les PVVIH sont impliquées activement dans les étapes de la prise en charge des PVVIH. Les autres populations clés ne sont pas encore suffisamment organisées.

- 6. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement», la société civile est-elle en mesure d'accéder :**

- a. À un soutien financier adéquat pour la mise en oeuvre de ses activités liées au VIH ?**

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

b. À un soutien technique adéquat pour la mise en œuvre de ses activités liées au VIH ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
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 oeuvre 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 GFATM). Pour le reste des ONGs, il existe un manque important dans les ressources humaines, techniques et financières. Par ailleurs, les ONGs thématiques (qui interviennent spécifiquement dans le domaine du VIH) ont réussi au cours de la dernière période à mobiliser des ressources financières autres que celles en provenance du GFATM.

7. Quel pourcentage des programmes / services suivants est estimé être fourni par la société civile ?

Prévention pour les populations clés				
Personnes vivant avec le VIH		25-50 %		
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes			51-75 %	
Consommateurs de drogues injectables			51-75 %	
Professionnel(le)s du sexe			51-75 %	
Communauté transgenre				
Soins palliatifs		< 25 %		
Conseil et test		25-50%		

Assistance légale et juridique		25-50%		
Réduction de la stigmatisation et des				
Services cliniques (thérapie antiretrovirale)	< 25 %			
Soins à domicile	< 25 %			
Programmes pour les OEV*	< 25 %			

* OEV = Orphelins et enfants vulnérables

8. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts visant à renforcer la participation de la société civile en 2013?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

-La réforme du CCM assure plus de participation de la société civile

- La création des comités issus du CCM (Oversight , gestion des conflits d'intérêt...) composés entre autre par des représentants de la Société Civile. - La réalisation des enquêtes sérocomportementales auprès des populations clés (MSM, UDI et PS) avec la collaboration étroite entre les ONGs thématiques et le MS

- La création de 2 ONG de soutien aux PVVIH : Rahma et Dar Essalam - Création de l'OVEDH (Observatoire de l'équité et des droits humains) - Participation dans l'élaboration des requêtes de financement présentées au GFATM. Vu la situation qu' a connu le pays , depuis 2011 et notamment aux frontières, les activités de certaines ONG (CRT, Scouts) ont connu un développement important.

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

- l'implication de la Société Civile au niveau des régions (infranational) reste toujours insuffisante.
 - Les populations clés ne sont pas encore suffisamment organisées du fait d'une discrimination encore perceptible au niveau de la société.
 - Insuffisance de capacités des ONG notamment en matière de mobilisation de ressources.
- Difficulté de révision des textes de loi touchant les populations clés (dépénalisation/allègement des peines).
- Interdiction de la méthadone dans le traitement de substitution chez les CDI.

II. SOUTIEN POLITIQUE ET LEADERSHIP

1. **Le gouvernement a-t-il impliqué les personnes vivant avec le VIH et les populations clés ou vulnérables dans la conception des politiques gouvernementales de riposte au VIH et dans l'implémentation des programmes à travers un soutien politique et financier ?**

OUI	
-----	--

Si OUI, veuillez en donner quelques exemples

- Les PVVIH ainsi que les populations clés sont représentées par les ONGs thématiques qui sont impliquées dans la préparation des plans stratégiques nationaux.

-Participation des représentants de ces populations aux : CCM, au comité directeur des ONGs et de divers réunions sur le sujet.

III. DROITS DE L'HOMME

1.1 Le pays dispose-t-il de lois et de réglementations contre les discriminations qui établissent des protections pour des populations clés ou vulnérables spécifiques? Veuillez entourer « oui » si des dispositions spécifiques s'appliquent à une ou plusieurs des populations clés suivantes.

Personnes vivant avec le VIH	Oui	
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		Non
Migrants / populations déplacées	Oui	
Orphelins et enfants vulnérables	Oui	
Personnes handicapées	Oui	
Consommateurs de drogues injectables		Non
Détenus	Oui	
Professionnel(le)s du sexe		Non
Communauté transgenre		Non
Femmes et filles	Oui	
Jeunes hommes et jeunes femmes	Oui	
Autres populations vulnérables[veuillez compléter].		

1.2. Le pays dispose-t-il d'une loi générale contre les discriminations (c'est-à-dire non spécifique aux discriminations liées au VIH) ?

OUI	
------------	--

Si OUI, pour la question 1.1 ou 1.2, veuillez décrire brièvement le contenu des lois

Ratification des conventions internationales et inscription des droits humains dans la nouvelle constitution

Veuillez brièvement expliquer les mécanismes mis en place afin de garantir l'application de ces lois

Projet de mise en place d'une instance provisoire pour le contrôle de la constitutionnalisation des nouvelles lois. La loi relative à la mise en place de cette instance est en cours de délibération au niveau de l'Assemblée Nationale Constituante.

Veuillez brièvement commenter la mesure dans laquelle ces lois sont actuellement appliquées.

L'application de ces lois rencontre des difficultés aussi bien au niveau des juges qu'au niveau des professionnels et des employeurs du secteur privé.

2. Le pays dispose-t-il de lois, de réglementations ou de politiques constituant un obstacle¹⁴ à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien des populations clés ou vulnérables ?

OUI	
-----	--

2.1. SI OUI, pour quelles populations ?

POPULATIONS CLÉS ET VULNÉRABLES		
Personnes vivant avec le VIH		Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	
Migrants / populations déplacées		Non
Orphelins et enfants vulnérables		Non

¹⁴ 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

Personnes handicapées		Non
Consommateurs de drogues injectables	Oui	
Détenus		Non
Professionnel(le)s du sexe	Oui	
Communauté transgenre		Non
Femmes et filles		Non
Jeunes hommes et jeunes femmes		Non
Autres populations vulnérables spécifique ¹⁵ [veuillez compléter] :		

Veuillez décrire brièvement le contenu de ces lois, réglementations ou politiques.

La loi 92/52 punit sévèrement les consommateurs de drogues et accorde une seule chance au consommateur s'il exprime son désir et s'engage à poursuivre une cure de désintoxication. Les articles 230 et 231 du code Pénal prévoient des peines d'emprisonnement à l'encontre des personnes qui pratiquent la sodomie et aux femmes qui s'offrent aux passants

Veuillez commenter brièvement les obstacles qu'elles constituent.

- La criminalisation limite l'accès de ces populations aux activités de prévention et de prise en charge
- Elles renforcent la stigmatisation et la discrimination

¹⁵ 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.

- 3. Le pays dispose-t-il d'une politique, d'une loi ou d'une réglementation visant à réduire la violence à l'encontre des femmes, afin de notamment protéger les victimes d'agressions sexuelles ou les femmes vivant avec le VIH ?**

OUI	
-----	--

Veillez décrire brièvement le contenu de cette politique, loi ou réglementation et les populations visées.

Nouvelle constitution garantit l' « égalité des droits entre l'homme et la femme » - La Tunisie dispose d'un Code du statut personnel de la femme progressiste et unique dans le monde arabe depuis 1959 - Ratification de la convention (CEDAW)

- 4. La promotion et la protection des droits de l'homme sont-elles explicitement mentionnées dans une quelconque politique ou stratégie de riposte au VIH ?**

OUI	
-----	--

Si OUI, veuillez décrire brièvement les dispositions afférentes aux droits de l'homme figurant dans cette politique ou cette stratégie de riposte au VIH.

L'axe 3 du plan stratégique national 2012-2016 est réservé au renforcement du cadre juridique et à la promotion des droits humains.

- 5. Existe-t-il un mécanisme d'enregistrement, de documentation et de prise en charge des cas de discrimination rencontré par les personnes vivant avec le VIH et les populations clés ou vulnérables?**

OUI	
-----	--

Si OUI, veuillez brièvement décrire ce mécanisme.

l'Observatoire de l'équité et des droits humains est une ONG qui surveille et enregistre les cas de discrimination.

6. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie de gratuité pour les services suivants ? Veuillez indiquer si ces services sont fournis gratuitement à tous, à certaines personnes ou à aucune personne (entourez « oui » ou « non » selon le cas).

	Gratuit pour tous		Gratuit pour certaines personnes		Pas de gratuité	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Thérapie antirétrovirale	Oui			Non		Non
Services de prévention du VIH ¹⁶	Oui			Non		Non
Services de prévention du VIH et interventions de soutien:	Oui			Non		Non

Le cas échéant, quelles sont les populations identifiées comme prioritaires et pour quels services ?

Seuls les Tunisiens sont pris en charge gratuitement, les étrangers ont accès aux différents services mais de manière payante.

¹⁶ 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

7. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie visant à assurer un accès équivalent pour les hommes et les femmes aux services de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien ?

OUI	
-----	--

7.1. En particulier, le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie assurant l'accès aux services de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien pour les femmes en dehors du contexte d'une grossesse et d'un accouchement ?

OUI	
-----	--

8. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie visant à assurer un accès équivalent pour les populations clés et vulnérables aux services de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien ?

OUI	
-----	--

Si OUI, veuillez décrire brièvement le contenu de cette politique ou de cette stratégie ainsi que les populations visées.

Les CCDAGs sont ouverts pour toute la population à titre gratuit. - La prise en charge des PVVIH est assurée à titre gratuit aux tunisiens résidant en Tunisie.

- 25 centres de dépistage du VIH (CCDAG) sont agréés par l'Etat (Ministère de la Santé)

- L'Etat met à la disposition des PVVIH 4 Services médicaux universitaires de Maladies infectieuses (Tunis, Sousse , Sfax et Monastir)

8.1. SI OUI, cette politique ou cette stratégie comporte-t-elle différents types d'approches afin de garantir un accès équivalent pour différentes populations clés ou vulnérables ?

OUI	
-----	--

Si OUI, veuillez expliquer brièvement les différents types d'approches employées afin de garantir un accès équivalent pour les différentes populations.

- Gratuité totale du dépistage et de la prise en charge des PVVIH sans discrimination.
- L'accès aux soins est correcte pour les personnes PVVIH - Pour les autres populations, l'accès équitable est à améliorer

9. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une loi qui interdit le dépistage du VIH en vue de l'obtention d'un contrat d'emploi (recrutement, affectation / relocalisation, nomination, promotion, licenciement) ?

	NON
--	-----

Si OUI, veuillez décrire brièvement le contenu de cette politique ou de cette loi .

--

10. Le pays dispose-t-il des mécanismes suivants pour le suivi et le respect des droits de l'homme ?

- a. Institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de l'homme, notamment commissions des droits de l'homme, commissions pour la réforme des lois, garde-fou et médiateurs qui prennent en compte les questions liées au VIH dans le cadre de leur travail.

	NON
--	-----

- b. Indicateurs de performance ou de référence pour le respect des normes en matière de droits de l'homme dans le contexte des efforts de riposte au VIH.

	NON
--	-----

Si OUI pour l'une des questions ci-dessus, veuillez donner quelques exemples.

--

11. Au cours des deux dernières années, les activités de formation et/ou de développement des moyens suivantes ont- elles été organisées ?

a. Programmes d'éducation et de sensibilisation auprès des personnes vivant avec le VIH et des populations clés concernant leurs droits (dans le contexte du VIH)¹⁷ ?

OUI	
-----	--

b. Programmes destinés au personnel judiciaire et aux forces de l'ordre concernant les questions liées au VIH et aux droits de l'homme susceptibles de surgir dans le cadre de leur travail ?

OUI	
-----	--

12. Les services de soutien juridique suivants sont-ils disponibles dans le pays ?

a. Systèmes d'aide juridique pour les dossiers liés au VIH

	NON
--	-----

b. Cabinets juridiques privés ou centres universitaires fournissant des services juridiques gratuits ou à tarif réduit aux personnes vivant avec le VIH

	NON
--	-----

13. Existe-t-il des programmes visant à réduire la stigmatisation et les discriminations liées au VIH ?

OUI	
-----	--

¹⁷ 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)

¹⁷ 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

Programmes pour le personnel médical	Oui	
Programmes pour les médias	Oui	
Programmes sur le lieu de travail	Oui	
Autres [veuillez compléter]		

14. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellentes », comment évalueriez-vous les politiques, lois et réglementations mises en place pour la promotion et la protection des droits de l'homme en 2013 ?

Très médiocre											Excellentes
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

Organisation d'ateliers de sensibilisation et d'information au profil de personnels de la justice et du Ministère de l'intérieur. Organisation de journées de sensibilisation et d'information pour les leaders d'opinion Organisation d'une journée de sensibilisation pour les décideurs politiques sur les droits de l'homme et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination . La nouvelle constitution a instauré la reconnaissance du caractère universel des droits de l'Homme.

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

Toujours un problème d'application et de contrôle Absence de statistiques fiables liées à la non application des lois Les Mass media n'ont pas accompagné la lutte contre la stigmatisation et la promotion de droit de l'homme Dans les conditions, il y a des idéologies multipleset le manque de climat propice

15. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts d'application des politiques, lois et réglementations de protection des droits de l'homme en 2013 ?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

Des enquêtes ont été ouvertes pour déterminer les responsables en matière d'abus des droits de l'homme.

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

Plusieurs pistes sont au stade de la sensibilisation et ne sont pas encore passées à la concrétisation, particulièrement concernant la discrimination contre les populations clés La conjoncture sociopolitique de la Tunisie post révolution constitue en partie un obstacle pour le respect total des droits de l'homme.

IV. PRÉVENTION**1. Le pays a-t-il identifié des besoins spécifiques en matière de prévention du VIH ?**

OUI	
-----	--

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

- Dans le cadre du PSN 2012-2016 suite à l'analyse de situation.
- À travers des réunions avec tous les concernés : Ministère de la Santé, ONGs ,.....

Si OUI, quels sont-ils ?

- Elargir la prévention auprès du grand public - Renforcer la sécurité transfusionnelle ;
- Promouvoir le dépistage anonyme ; - Améliorer la qualité de l'examen médical pré-nuptial ;
- Promouvoir l'utilisation du préservatif
- Améliorer la distribution de seringues stériles
- Renforcer la stratégie de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME)
- Renforcer les capacités des ONG

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

Axes de prévention du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services				
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Sécurité transfusionnelle				4	
Promotion de l'utilisation du préservatif				4	

Réduction des effets négatifs pour les consommateurs de drogues injectables			3		
Prévention du VIH chez les jeunes non scolarisés			3		
Prévention du VIH sur le lieu de travail		2			
Conseil et test VIH			3		
Information, éducation et communication ²¹ sur la réduction des risques					
Information, éducation et communication pour la réduction de la stigmatisation et des discriminations			3		
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant			3		

Axes de prévention du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services				
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Prévention pour les personnes vivant avec le VIH			3		
Services de santé reproductive, y compris prévention et traitement		2			

des MST					
Réduction du risque pour les partenaires intimes des populations clés		2			
Réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		2			
Réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe		2			
Éducation au VIH pour les jeunes au sein des écoles		2			
Précautions universelles dans les		2			
Autres [veuillez compléter].					

2. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de mise en œuvre de programmes de prévention du VIH en 2013?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

- Promotion du dépistage - Promotion de l'utilisation du préservatif
- Programme d'échange de seringues stériles
- Révision et dynamisation de la stratégie PTME
- Mise à disposition de la population des tests rapides, des préservatifs

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

La discrimination contre la population clé La prise en charge des PVVIH étrangers

- Elargir ces interventions pour toucher plus de jeunes non scolarisés
- Le milieu scolaire et universitaire n'est pas touché par des programmes spécifiques réguliers.
- Les Mass medias n'ont pas joué leur rôle pour vulgariser une information pertinente.
- L'absence de service de soins ambulatoire et de prise en charge des toxicomanes
- L'absence d'un observatoire national de toxicomanie
- Nombre réduit des ONGs dans le domaine du VIH sida
- L'absence de traitement de substitution pour les CDI

V. TRAITEMENT, SOINS ET ACCOMPAGNEMENT**1. Le pays a-t-il identifié les éléments essentiels d'une approche complète pour le traitement du VIH, les soins et le soutien ?**

OUI	
-----	--

Si OUI, veuillez identifier brièvement ces éléments et indiquer les priorités définies.

- Gratuité du traitement – Suivi médical et psychologique des PVVIH
- Soutien social des PVVIH par les ONGs

Identifier brièvement les modalités d'extension du traitement du VIH, des soins et des services de soutien.

- Décentralisation des services hospitaliers prenant en charge les PVVIH.
- Extension du traitement aux étrangers en Tunisie

1.1. Dans quelle mesure les services suivants de traitement du VIH, de soins et de soutien ont-ils été mis en œuvre ?

Services de traitement du VIH, de soins et de soutien	La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services suivants.				
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Thérapie antirétrovirale				4	
Thérapie antirétrovirale pour les patients atteints de tuberculose				4	
Cotrimoxazole pour les personnes					

vivant avec le VIH				4	
Diagnostic infantile précoce				4	
Soins et soutien sur le lieu de travail (y compris l'aménagement des conditions de travail)	1				
Conseil et test VIH pour les tuberculeux			3		
Services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes professionnels d'orientation vers les traitements adéquats	1				
Soins nutritionnels		2			
Traitement du sida chez l'enfant				4	
Thérapie antirétrovirale postnatale pour les femmes				4	

Services de traitement du VIH, de soins et de soutien	La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services suivants.				
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Prophylaxie après exposition en cas d'exposition non professionnelle (par exemple, agression sexuelle)					
Prophylaxie après exposition en cas d'exposition professionnelle			3		

au VIH					
Soutien psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH et leurs familles			3		
Gestion des MST			3		
Contrôle de l'infection par la tuberculose dans le cadre du traitement du VIH et au sein des établissements médicaux				4	
Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH				4	
Dépistage de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH				4	
Traitement des affections couramment liées au VIH				4	
Autres : soins dentaires pour le PVVIH	1				

1.2. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de mise en œuvre des programmes de traitement du VIH, de soins et de soutien en 2013 ?

Très médiocre										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine

- Consensus thérapeutique
- Gestion des ARVs

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

- Les couts élevés des ARVs
- L'extension de soins aux étrangers résidents en Tunisie

2. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie permettant de répondre aux besoins des orphelins et des autres enfants vulnérables ?

OUI

2.1. SI OUI, existe-t-il une définition opérationnelle nationale des notions d'orphelin et d'enfant vulnérable?

OUI

2.2. SI OUI, le pays dispose-t-il d'un plan d'action national spécifiquement destiné aux orphelins et aux enfants vulnérables ?

OUI

3. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de mise en œuvre des programmes de traitement du VIH, de soins et de soutien en 2013 ?

Très médiocres											Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

- La continuation de la prise en charge des PVVIH
- Le respect de l'anonymat dans les centres de dépistage

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

La décentralisation de la prise en charge des PVVIH

Annexe 3 : Politique OMS

P.1b Questions intéressant les politiques de l'OMS	
<p>Conseil et dépistage du VIH</p>	<p><i>Les politiques ou les directives nationales relatives au conseil et au dépistage du VIH :</i></p> <p><i>Pour chaque point : (1) Oui, (2) Non et (3) Préciser : _____</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - traitent-elles du dépistage chez l'enfant ? 1 - traitent-elles du dépistage chez l'adolescent ? 2 - traitent-elles du dépistage chez le « mineur émancipé » ? 2 - traitent-elles du dépistage chez les populations clés et les populations vulnérables ? 1 - recommandent-elles le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire à chaque rencontre ? 2 - recommandent-elles le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire pour toutes les femmes enceintes ? 2 - recommandent-elles le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire pour les populations particulièrement exposées et pour les populations vulnérables ? 1 - sont-elles favorables à l'utilisation des tests rapides avec les résultats rendus le jour même ? 1 - sont-elles favorables au conseil et au dépistage du VIH fournis par des services communautaires ? 2 - sont-elles favorables au dépistage du VIH par test rapide (sur le lieu de soins) réalisé par des agents non-spécialistes ou des agents communautaires ? 2
<p>Traitement antirétroviral</p>	<p><i>Quel est l'état d'avancement de la révision des directives relatives à l'utilisation des ARV ?</i></p> <p>Donner l'année de la dernière révision réalisée pour les :</p>

Directives relatives au TAR chez l'adulte : **2013**

Directives relatives à la PTME : **2013**

Directives relatives au TAR pédiatrique : **2013**

Les recommandations des lignes directrices de l'OMS de 2013 sur l'utilisation des ARV pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH ont-elles été adaptées en suivant un processus national ?

Pour chaque point : (1) Oui, terminé (2) En cours, (3) Non, (4) Préciser : _____

Directives relatives au TAR chez l'adulte : **2**

Directives relatives à la PTME : **2**

Directives relatives au TAR chez l'enfant : **2**

Quels sont les objectifs chiffrés/quel est l'objectif chiffré au niveau national en termes de TAR :

Objectif chiffré de : **546** personnes sous TAR en (année) **2013**

Objectif chiffré de **90** % de couverture de la PTME/TAR d'ici à (année) **2017**

Si les directives nationales recommandent un seuil de CD4 de 500, une priorité est elle accordée aux personnes dont le nombre de CD4 est inférieur ou égal à 350 et à celles qui présentent une infection à un stade avancé ?

(1) Oui, (2) Non, (3) Sans objet (par exemple si le pays n'a pas encore adopté le seuil de CD4 de 500) (4) Si Oui, préciser : **1** **en fonction de la disponibilité des antirétroviraux**

Quels sont les critères pour mettre en route un TAR chez le nourrisson et chez

l'enfant ?

- Seuil d'âge pour traiter tous les enfants quels que soient les symptômes :

(1) < 5 ans, (2) < 2 ans, (3) autre (préciser **12 mois**)

- Seuil du nombre de CD4 pour traiter les enfants âgés de 5 ans ou plus qui sont asymptomatiques :

(1) quel que soit le nombre de CD4, (2) ≤ 500 , (3) ≤ 350 , (4) autre

(préciser **2**)

Les directives nationales recommandent-elles de mettre sous TAR tout patient infecté par le VIH qui présente une tuberculose active ?

(1) Oui (2) Non (3) Autre (préciser **1**)

Les directives nationales recommandent-elles de mettre sous TAR tout partenaire infecté par le VIH dans un couple sérodiscordant ?

(1) Oui (2) Non (3) Autre (préciser **1**)

Le pays utilise-t-il de préférence des associations d'ARV en doses fixes ?

(1) Oui (2) Non (3) Autre (préciser **1**)

Schéma thérapeutique :

Dans les directives nationales, la combinaison TDF/3TC(FTC)/EFV est-elle l'association d'ARV de 1^{ère} intention privilégiée pour l'adulte et l'adolescent ?

(1) Oui, (2) Non **1**

Existe-t-il une politique d'arrêt progressif de l'utilisation du D4T ?

(1) Oui (2) Non (3) Autre (préciser : **Prescriptions de d4t totalement arrêtée déjà depuis 2012**)

Dans les directives nationales, la combinaison AZT/3TC(FTC)/ATV/r (LPV/r) est-elle l'association d'ARV de 2^{ème} intention privilégiée pour l'adulte et l'adolescent ?

(1) Oui, (2) Non, (3) Autre (préciser **1**_____)

Quel est l'INTI privilégié chez l'enfant âgé de moins de 3 ans ?

(1) Abacavir (ABC), (2) Zidovudine (AZT), (3) Stavudine (d4T),(4) Autre(préciser **1**_____)

Dans les directives nationales, les schémas thérapeutiques à base de LPV/r sont-ils les schémas privilégiés chez le nourrisson et chez l'enfant âgé de moins de 36 mois (quels que soient les antécédents d'exposition antérieure à un INNTI) ?

(1) Oui, pour tous ; (2) Non, mais recommandé seulement pour les nourrissons ayant été exposés à un INNTI ; (3) Non recommandé **1**

L'éfavirenz (EFV) est-il l'INNTI privilégié recommandé chez l'enfant âgé de 3 ans ou plus ? (1) Oui, (2) Non, (3) Autre (préciser **1**_____)

Quelle est la base d'INTI recommandée chez l'enfant âgé de 3 à 10 ans ?

(1) TDF + 3TC (ou FTC) ; (2) AZT + 3TC (ou FTC) ; (3) ABC + 3TC (ou FTC) ; (4)

Autre (préciser **2**_____)

Quelle est la base d'INTI recommandée chez l'adolescent pesant plus de 35 kg et âgé d'au moins 10 ans ?

(1) TDF + 3TC (ou FTC) ; (2) AZT + 3TC (ou FTC) ; (3) ABC + 3TC (ou FTC) ; (4)

Autre (préciser **1 ou 2**_____)

Suivi :

La technologie de mesure du nombre de CD4 sur le lieu de soins est-elle utilisée dans le pays ?

(1) Quelle proportion des hôpitaux de district dispose de la mesure du nombre de CD4 sur le lieu de soins ? Donner une estimation -----0 %

(2) Quelle proportion des structures de soins de santé primaire dispose de la mesure du nombre de CD4 sur le lieu de soins pour effectuer ce test à leurs propres patients (que le test soit réalisé sur place ou en dirigeant les patients sur un centre spécialisé à proximité) ? Donner une estimation -----0 %

Prestation de services :

Parmi les modalités de prestation de services suivantes, lesquelles font partie de la politique nationale en matière de TAR ? Préciser :

Fourniture d'un TAR dans les consultations de prise en charge de la tuberculose par les prestataires de soins en charge des patients atteints de tuberculose :2

Fourniture d'un traitement antituberculeux dans les services de TAR par les prestataires de soins en charge du TAR 1

Fourniture d'un TAR dans les consultations de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant par les prestataires de ces consultations2

Fourniture d'un TAR dans les sites où est fourni un traitement de substitution aux opioïdes2

Agents de santé communautaires participant au soutien des patients sous TAR1

	<p>Diagnostic et prise en charge de l'hépatite C faisant partie de la prise en charge de l'infection à VIH²</p> <p>Dépistage de l'hépatite B et de l'hépatite C dans les services de TAR¹</p> <p>Vaccination contre l'hépatite B dans les services de TAR¹</p> <p>Traitement de l'hépatite C dans les services de TAR²</p> <p><i>Quelles sont les politiques en place en matière de co-infection ? (Questions à poser en ce qui concerne l'adulte et en ce qui concerne l'enfant) :</i></p> <p>Traitement préventif par l'isoniazide (TPI) pour les PVVIH¹</p> <p>Dépistage intensifié des cas de tuberculose chez les PVVIH¹</p> <p>Lutte antituberculeuse chez les PVVIH¹</p> <p>Prophylaxie par le cotrimoxazole²</p>
<p>Prévention de la transmission mère-enfant</p>	<p><i>Disposez-vous d'un plan national d'élimination de la TME du VIH ?</i></p> <p>(1) Oui, si Oui préciser l'objectif/les objectifs chiffré(s) de taux de TME et pour quelle année : _2014</p> <p>(2) Non</p> <p>(3) Si Oui, préciser l'objectif/les objectifs chiffré(s) d'élimination et l'année : <u>2017</u></p> <p>Réduire de 90% le nombre de nouvelles infections chez les enfants.</p> <p>Réduire de 50% le décès maternels liés au VIH.</p> <p><i>Disposez-vous d'un plan national d'élimination de la TME de la syphilis ? 3</i></p> <p>(1) Oui, intégré avec l'initiative d'élimination de la TME du VIH ou d'une autre élimination)</p> <p>(2) Oui, plan distinct (n'est pas intégré avec l'initiative d'élimination de la TME du</p>

VIH ou d'une autre élimination)

(3) Pas de plan national

Quelle est l'option de PTME recommandée actuellement au niveau national ?

Option A :

Option B : si Oui, depuis quand _____

Option B+ : si Oui, depuis quand **2007** _____

Si l'option A est mise en oeuvre, une transition vers l'utilisation de l'option B ou

*l'option B+ est-elle prévue ? **NA***

(1) Oui, (2) Non, (3) Si Oui, en quelle année : _____

*Quel est le schéma thérapeutique de TAR de première intention actuellement
recommandé au niveau national chez la femme enceinte ou la femme allaitant
au sein vivant avec le VIH ?*

(1) TDF/3TC(FTC)/EFV

(2) Autre, préciser **AZT/3TC/LPV-r** _____

*Quel est le schéma de PTME actuellement recommandé au niveau national pour le
nourrisson exposé au VIH et quelle est sa durée ?*

Schéma de PTME actuellement recommandé au niveau national

Si risque faible : AZT monothérapie

Si risque modéré à élevé : AZT+NVP ou AZT + 3TC+ IP/r

Durée...- **6 semaines**...

	<p><i>Existe-t-il une recommandation nationale relative à l'alimentation du nourrisson pour le nourrisson exposé au VIH ?</i></p> <p>1) Oui – allaitement au sein</p> <p>2) Oui – alimentation de remplacement</p> <p>3) Oui – les deux sont recommandés, choix individuel ou en fonction de la situation</p> <p>4) Non</p> <p><i>Si l'allaitement au sein est recommandé chez la femme infectée par le VIH et le nourrisson exposé, la durée est-elle précisée ?</i></p> <p>___ Oui</p> <p>___ Non</p> <p>Si Oui, préciser la durée en mois : ()</p>
<p>Infections sexuellement transmissibles (IST)</p>	<p><i>Existe-t-il des directives ou des recommandations nationales en matière de traitement des IST ?</i></p> <p>___ 1 Oui,</p> <p>___ No</p> <p>Si Oui, en quelle année ont-elles été mises à jour pour la dernière fois ? 2010</p>
<p>Populations clés</p>	<p><i>Lesquelles des populations clés ou des groupes vulnérables sont-ils pris en compte de manière explicite dans les politiques nationales ou les plans nationaux relatifs à l'infection à VIH (cocher les cases correspondantes) ?</i></p> <p>Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, 1</p> <p>Personnes transgenres, 2</p>

Professionnel(le)s du sexe, **1**

Consommation de drogue par injection, **1**

Prisonniers, **1**

Populations clés d'adolescents **2**

Parmi les différents éléments suivants faisant partie de l'ensemble d'interventions de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH destiné aux professionnel(le)s du sexe, quels sont ceux qui sont mis en oeuvre dans votre pays ?

(1) Programmation élargie en matière d'utilisation du préservatif (oui/non) **1**

(2) Conseil et dépistage du VIH (oui/non) **1**

(3) Traitement antirétroviral et soins (oui/non) **1**

(4a) Traitement des IST symptomatiques (oui/non) **1**

(4b) Traitement des IST asymptomatiques (oui/non) **2**

(4c) Traitement présomptif périodique des IST (oui/non) **1**

(5) Ensemble complet d'interventions pour les professionnel(le)s du sexe **2**

consommateurs de drogue par injection

(6) Aide aux professionnel(le)s du sexe pour se prendre en charge (participation à la planification et à la mise en oeuvre des activités de prévention et de soins de l'infection à VIH et du sida) **2**

Parmi les différents éléments suivants faisant partie de l'ensemble d'interventions de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH destiné aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, quels sont ceux qui sont mis en oeuvre dans votre pays ?

(1) Programmation élargie en matière d'utilisation du préservatif (oui/non) **1**

(2) Conseil et dépistage du VIH (oui/non) **1**

	<p>(3) Traitement antirétroviral et soins (oui/non) 1</p> <p>(4) Prévention et traitement des IST (oui/non) 1</p> <p>(5) Ensemble complet d'interventions pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes consommateurs de drogue par injection 2</p>
Circoncision masculine:	NON PERTINENT POUR LA TUNISIE (pour 14 pays seulement)
Surveillance	<p>Une surveillance des populations particulières est-elle réalisée dans le pays ?</p> <p>Si Oui, tous les 2 ans, nombre de sites 25, dernière enquête réalisée en 2011</p> <p>(i) femmes qui consultent dans les services de soins prénatals ? 2</p> <p>(ii a) professionnel(le)s du sexe ? 1</p> <p>(ii b) consommateurs de drogue par injection ? 1</p> <p>(ii c) homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ? 1</p> <p>(ii d) personnes transgenres ? 2</p> <p>(iii) Autres populations spécifiques (préciser prisonniers) ?</p>
Suivi et évaluation	<p>Quel est le statut actuel de la planification du suivi et de l'évaluation de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida ?</p> <p>Un plan national de suivi et d'évaluation existe : année de la dernière mise à jour 2011</p> <p>Le système de suivi et d'évaluation a été passé en revue : année du dernier passage en revue, préciser ? ?</p> <p>Une revue du système de suivi et d'évaluation est prévue : année 2014, préciser</p>
Résistance du VIH aux antirétroviraux	<p><i>Une stratégie nationale relative à la résistance du VIH aux ARV est-elle en place ?</i></p> <p>(1) Oui, (2) Non, (3) Si Oui, est-elle incorporée dans la stratégie nationale de lutte</p>

	<p>contre l'infection à VIH ? 2</p> <p><i>Le pays a-t-il déjà réalisé une surveillance de la résistance du VIH aux ARV en suivant les protocoles de l'OMS indiqués ci-dessous ? 2</i></p> <p>Pour chacune des enquêtes : si Oui, année de réalisation de la dernière enquête ____, année de réalisation de la prochaine enquête ____</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV transmise 2. Enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV avant la mise en route du TAR 3. Enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV acquise 4. Enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV chez l'enfant 5. Suivi des Indicateurs d'alerte précoce de résistance du VIH aux ARV <p><i>Si Oui, nombre de services de consultation de TAR ayant participé : ____</i></p>
<p>Surveillance du suivi de la toxicité</p>	<p><i>Quel est le statut de la surveillance nationale de la toxicité des ARV ?</i></p> <p><i>Préciser : nsp ____ Aucune surveillance ____</i></p> <p>Une stratégie/politique nationale de surveillance de la toxicité des ARV existe</p> <p>Les activités de surveillance de la toxicité en sont à un stade pilote sur le terrain</p> <p>Les activités de surveillance de la toxicité font partie du programme national</p> <p>Les données de surveillance de la toxicité font partie intégrante de l'élaboration des rapports de suivi et d'évaluation au sein programme de TAR</p>
<p>Planification et examen stratégiques</p>	<p><i>Quel est le statut de l'élaboration du Programme national de lutte contre le VIH et le sida (qui inclut l'infection à VIH dans le secteur de la santé) ?</i></p> <p>____ Le plan stratégique national de lutte contre le VIH (secteur de la santé) est en place ; il est en cours depuis : (année) jusqu'en (année) 2006</p> <p>____ Le prochain examen du programme de lutte contre le VIH (secteur de la santé)</p>

	<p>est prévu pour : () (année) 2017</p> <p><i>Les éléments suivants sont-ils pris en compte dans la stratégie nationale actuelle de lutte contre le VIH (secteur de la santé) :</i></p> <p>a) parvenir à un accès universel au TAR1</p> <p>b) collaboration entre les services de lutte contre le VIH et les autres services, 1</p> <p>notamment les services de santé génésique</p> <p>c) renforcement des systèmes de santé1</p> <p>d) réduction des inégalités1</p>
<p>Santé génésique et recherche</p>	<p>Dans votre pays, disposez-vous de points de prestation de services où sont fournis des soins médicaux et psychologiques et un soutien adaptés aux femmes et aux hommes victimes de viol ou d'inceste ? 1</p> <p>Les soins médicaux et psychologiques et le soutien adaptés comprennent et suivent les recommandations des lignes directrices cliniques et politiques de l'OMS qui se trouvent dans le document <i>Responding to intimate partner violence and sexual violence against women</i> (2013) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apport d'un soutien de premier niveau ou de ce qui est appelé «premiers secours psychologiques»2 • Fourniture d'une contraception d'urgence aux femmes qui ont recours aux services dans les cinq jours2 • Proposition d'un avortement sécurisé aux femmes enceintes du fait d'un viol, conformément aux lois en vigueur dans le pays2 • Fourniture d'une prophylaxie post-exposition des IST et de l'infection à VIH (dans les 72 heures qui suivent une agression sexuelle) 2 <p>___ Oui___ Non2</p>

Annexe 4 : LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**LISTE DES TABLEAUX**

TABLEAU 1	<i>Comparaison des estimations faites par les modèles et les données de notification du PNLs en 2012</i>	P 43
TABLEAU 2	<i>Dépenses publiques estimées pou 2010-11 et projection 2012-14 (source : rapport d'experts nationaux, ONUSIDA, 2012)</i>	P46
TABLEAU 3	Répartition des tests de dépistage effectués dans les CCDGA par année, par sexe et selon les résultats des tests	P48
TABLEAU 4	Evolution des motifs de recours au dépistage dans les CCDAG entre 2010 et 2012	P49
TABLEAU 5	<i>Pourcentage de PVVIH recevant la TAR par rapport au nombre estimé de PVVIH par SPECTRUM à la fin de 2013 50</i>	P50

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	Evolution de la pyramide des âges tunisienne 1970-2005 (INS)	P 37
FIGURE 2	Evolution des nombre total de cas (tunisiens) de VIH/SIDA et de cas au stade de SIDA notifiés à la DSSB, Tunisie 1986-2013, Source PNLs	P41
FIGURE 3	Evolution du nombre total de cas de VIH/SIDA notifiés à la DSSB par Nationalité, Tunisie 1986-2013, Source DSSB-PNLs	P42