

République Tunisienne



Ministère de la Santé Publique
Direction des Soins de Santé de Base

Rapport de Situation National à l'intention de l'UNGASS 2010

Janvier 2008 - décembre 2009



TABLE DES MATIERES

<i>LISTE DES ABREVIATIONS</i>	4
1. APERÇU DE LA SITUATION	6
1.1. Rédaction du rapport	6
1.2. Situation actuelle de l'épidémie	7
1.3. Riposte au plan politique et programmatique	8
1.4. Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS	11
2. Aperçu de l'épidémie de sida	24
2.1. Environnement démographique, politique, économique et social	24
2.2. Epidémiologie de l'infection à VIH /Sida	26
2.2.1. Les sources d'information	26
2.2.2. Situation dans la population générale	31
2.2.3. Prévalence de l'infection au VIH auprès des populations les plus à risque d'exposition	42
2.2.4. Interprétation des données épidémiologiques	44
3. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA	47
3.1. Engagement politique et actions au plan national	47
3.1.1. Plan stratégique et soutien politique	47
3.1.2. Fonds alloués à la lutte contre le sida	51
3.2. Prévention	54
3.2.1. Les programmes et projets mis en place	54
3.2.1.2. Précautions universelles et prophylaxie post exposition en milieu de soins	54
3.2.2. Effets des programmes et des activités mis en œuvre	62
3.3. Soins, traitement et appui	70
3.3.1. Prise en charge des PVVIH	70
3.4. VIH et droits de l'homme	72
3.5. Protection des personnes vulnérables,	74



4. MEILLEURES PRATIQUES	77
5. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES	85
6. SOUTIEN DES PARTENAIRES DU DEVELOPPEMENT	89
6.1. Le système des Nations Unies (SNU), le Programme Commun des Nations Unies sur le sida (ONUSIDA)	89
6.2. Le Fonds mondial (GFATM)	90
6.3. Autres partenaires	90
7. SUIVI ET EVALUATION	90
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	94
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	97
ANNEXES	99
ANNEXE 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi et l'évaluation en vue de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida	99
ANNEXE 2 : Questionnaire de l'Indice composite des politiques nationales	100
ANNEXE 3 : Liste des personnes ayant participé à l'élaboration du rapport UNGASS 2010	154



LISTE DES ABREVIATIONS

ARV	Antirétroviraux
ATIOS	Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le SIDA
ATLMST/SIDA	section de Tunis Association Tunisienne de Lutte contre les MST/SIDA
ATUPRET	Association Tunisienne de Prévention de la Toxicomanie
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCDAG	Centre de Conseil et de Dépistage Anonyme et Gratuit
CCM	Country coordinating Mechanism (Mécanismes de coordination dans les pays - Fonds mondial)
CHU	Centre Hospitalo Universitaire.
CNLS	Comité National de lutte contre le SIDA
CNSS	Caisse Nationale de la sécurité sociale
CREPF	Centre régional du planing familial
CRIS	Country Response Information Système
CSB	Centre de Santé de Base.
DCP	Diagnostic communautaire participatif
DMSU	Direction de Médecine Scolaire et Universitaire
DSSB	Direction des soins de Santé de Base
DT	Dinars tunisien
FHI	Family health international
FM	Fonds Mondial
GFATM	Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GTS&E	Groupe Technique pour le suivi & évaluation
HSH	(ou MSM) Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IEC	Information, éducation et communication
INS	Institut National des Statistiques
IST	Infections sexuellement transmissibles
MDO	Maladie à déclaration Obligatoire
MSP	Ministère de la Santé Publique
MASSTE	Ministère des Affaires Sociales de la Solidarité et des Tunisiens à l'Étranger
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OG	Organisme gouvernemental
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
PMLS/MST	Programme National de Lutte contre le sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	Professionnel(le) du Sexe
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
Sida	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SRSSB	Service régional des soins de santé de base
S & E	Suivi et Evaluation



UCTSBS	Unité Centrale de Transfusion Sanguine et des Banques du Sang
UDI	(ou CDI) Usagers de Drogues Injectables
UNGASS	(ou SEAGNU) Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



1. APERÇU DE LA SITUATION

1.1. Rédaction du rapport

Ce rapport a été élaboré par un consultant national avec l'appui de l'ONUSIDA en étroite collaboration avec les autorités tunisiennes (Ministère de la Santé Publique / Direction des Soins de Santé de base / Programme National de lutte contre le sida et les MST) et le concours d'autres ministères, des ONG et les représentants des PVVIH impliqués dans la riposte nationale au VIH en Tunisie.

En juin 2009, lors d'un atelier de travail organisé par le PNLIS pour la préparation du plan d'action national du suivi et de l'évaluation de la riposte nationale, le représentant de l'ONUSIDA a rappelé aux différents partenaires l'engagement de la Tunisie à l'application des « Trois Principes » recommandés par l'ONUSIDA et les a informé des objectifs, des modalités et des échéances pour la préparation du rapport UNGASS de l'année 2010. D'ailleurs, les étapes de l'élaboration du rapport ont été incluses dans le plan d'action du S&E discuté au mois de juin.

Dans une première étape et après la revue des directives de l'ONUSIDA pour préparer le dit rapport, les données nécessaires au calcul des indicateurs ainsi que les sources d'information ont été identifiées. Ensuite, pour la collecte des données, des entrevues ont eu lieu avec les points focaux des différents secteurs et partenaires impliqués dans la riposte. Nous avons opté pour des entrevues semi directives qui permettent d'avoir plus de renseignement à propos de la fiabilité des données et à propos du contexte du travail des partenaires ce qui nous permettrait de mieux interpréter les résultats, tirer les leçons apprises et proposer des recommandations mieux adaptées. En outre, l'information relative à l'indice composite a été compilée à partir du questionnaire proposé par l'ONUSIDA qui a été rempli par les différents partenaires à savoir les OG et les ONG. En parallèle, une revue documentaire des documents de base (1- 7) et des rapports des études d'envergure nationale disponibles telles que les enquêtes comportementales et les enquêtes sérologiques auprès des groupes spécifiques (8-12) et quelques lois et textes de base en relation avec la santé, en général, et le sida en particulier a été réalisée (13,14).

La première version du rapport UNGASS a été discutée et complétée avec les acteurs de la lutte lors d'un atelier de travail consacré au suivi et évaluation de la riposte nationale au



VIH/sida et des IST, organisé dans le cadre des activités du GFATM le 9 février 2010; la présente version a été finalisée après une validation auprès de l'ensemble des partenaires au cours d'un atelier de travail organisé par la DSSB (PNLS) et l'ONUSIDA le vendredi 19 février 2010 à Tunis. La saisie informatisée des données a été progressive au fur et à mesure de la validation des données par l'ensemble des partenaires.

Ce rapport qui montre les efforts réalisés dans la riposte nationale au VIH/sida et des IST, constitue aussi un outil de diagnostic de la situation permettant aux différents partenaires du PNLS de cerner les forces et les faiblesses ainsi que les opportunités à saisir pour optimiser les interventions. Il aidera également à établir le futur plan stratégique national de la riposte au VIH/sida et des IST en Tunisie.

1.2. Situation actuelle de l'épidémie

L'épidémie des infections au VIH/SIDA est actuellement peu active et stable avec une prévalence estimée à 0,1% et un nombre de PVVIH estimé à 2680 personnes (estimations ONUSIDA 2009). Le nombre de nouveaux cas par an chez les nationaux résidents est stable depuis plus d'une dizaine d'années, en moyenne égal à 65. Depuis la notification du premier cas d'infection au VIH, en décembre 1985, jusqu'à la fin 2009, 1568 cas ont été enregistrés. Le nombre de décès déclarés jusqu'à fin 2009 est de l'ordre de 497. Il y avait ainsi en fin 2009, 1071 personnes vivantes avec le VIH/sida, soit une proportion de prévalence déclarée de 1,03 cas/10 000 habitants (15). Les cas sont concentrés dans deux régions : le District de Tunis (Tunis, Ariana, Manouba, Ben Arous) et le Centre-Est qui constituent les zones à plus forte densité humaine du pays. Ces deux régions totalisent approximativement les trois quarts de tous les cas d'infection à VIH/SIDA tunisiens depuis le début de l'épidémie (2).

Toutefois, des facteurs de vulnérabilité ont été notifiés avec identification d'une population vulnérable (jeunes âgés de 15- 29 ans) et identification des groupes plus exposés au risque de transmission du VIH [professionnelles du sexe (PS), hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), population carcérale et usagers de drogues injectables (UDI)] (1,4).

Selon les données du système de surveillance de deuxième génération et plus précisément des enquêtes de séroprévalence effectuées en 2009 auprès des populations à risque, la prévalence de l'infection à VIH/sida est de l'ordre de 0,4% chez les PS de 4,9% chez les



HSH et de 3,1% chez les UDI (8,11,12). Par ailleurs, auprès des HSH, le taux de séroprévalence, dans certains sites, dépasse le seuil de 5% ; il est de 6,3% dans la région du nord de la Tunisie à savoir le grand Tunis et Bizerte.

Ainsi, la situation du VIH/sida en Tunisie serait une épidémie de faible intensité, avec une tendance récente d'évolution vers une épidémie concentrée.

1.3. Riposte au plan politique et programmatique

En Tunisie, la réponse à l'épidémie remonte à 1986 avec la découverte des premiers cas de sida et l'introduction du test qui a été utilisé au départ auprès des hémophiles (polytransfusés) et auprès des malades évacués des pays européens, puis ensuite généralisé en 1987 au dépistage systématique des dons de sang. Un programme national de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles (PNLS/MST) a été lancé en 1987. Depuis 1992, le PNLS/MST est appuyé par le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) qui assure la coordination de la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA/IST et veille à l'exécution des différents programmes et activités des différents plans stratégiques. Ce comité est présidé par le Ministre de la santé publique. Les partenaires des différents secteurs sont déjà impliqués avant les années 90 dans l'élaboration et l'évaluation des premiers plans d'action à moyen terme de la riposte (15).

Par ailleurs, la Tunisie a toujours considéré comme priorité la lutte contre la discrimination qui permet de garantir les droits des personnes atteintes et de combattre la stigmatisation. Des mesures sont adoptées visant à faciliter l'accès des personnes séropositives aux soins (prise en charge gratuite pour les non assurés sociaux, usage gratuit du transport commun, aides sociales ...). Depuis sa création, le PNLS dispose d'un budget autonome mais limité, réservé à la prise en charge des PVVIH et aux tests de dépistage et de suivi biologique, ce qui a permis d'introduire les ARV dès 1992, et de généraliser, dès la fin 2000, l'accès gratuit à la trithérapie et au suivi immunovirologique, pour tous les patients éligibles (sur des critères clinico-biologiques en accord avec les recommandations internationales) (15).

La Tunisie a entrepris en 2003 un processus de planification stratégique avec l'appui de l'ONUSIDA, ayant comporté une évaluation externe du système de surveillance épidémiologique, une analyse de la situation et de la riposte (2005) ayant permis le développement d'un plan stratégique national PSN 2006-2010, et l'octroi d'une subvention au 6^{ème} round du GFATM pour renforcer sa mise en œuvre (1,2,16).



Ainsi, durant la biennie 2008-2009, les acquis nationaux ont été renforcés avec l'appui de l'ONUSIDA et dans le cadre du projet du GFATM. En effet, à partir de septembre 2007, le financement d'une partie importante du plan stratégique national (2006-2010) est assuré par le GFATM. Deux plans d'action annuels ont été élaborés et exécutés pour les périodes « septembre 2007- août 2008 » et « septembre 2008- août 2009 » détaillant les domaines de prestation de services (DPS) pour les différents objectifs du programme national (17-18).

Les deux années écoulées ont été marquées par **un engagement politique plus prononcé** avec la promulgation de nouveaux textes législatifs pour la création et le fonctionnement des CCDAG et pour la démedicalisation du préservatif, avec un suivi régulier de la mise en place du plan d'action par les autorités sanitaires et avec une implication effective des politiciens aux activités des IEC.

Par ailleurs, la place de la société civile a été consolidée et **la stratégie multisectorielle a été renforcée** avec augmentation du nombre des partenaires et des secteurs impliqués dans la riposte au VIH/sida est plus important avec aussi une mise en place des actions plus consolidées de la part de l'ensemble des partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux notamment dans le domaine de la prévention et celui du soutien aux PVVIH.

De même, le projet du GFATM a permis le **développement des capacités et le développement de l'infrastructure**.

Sur le terrain, ces efforts ont été traduits par :

- **L'intensification des programmes de prévention (axe 2 du PNLS) avec :**
 - la multiplication des activités de communication pour le changement des comportements avec une meilleure couverture des populations vulnérables et des populations à risque. Il est à noter qu'une stratégie nationale de communication est en cours de mise en œuvre impliquant les différents partenaires de lutte contre le sida avec la mise en place d'une commission IEC pour la validation des différents messages et supports
 - l'application de nouvelles mesures législatives pour rendre le préservatif qui demeure le seul moyen sûr et efficace de prévention de la transmission, plus accessible,



- l'ouverture de 19 centres de conseil et de dépistage anonyme et gratuit (CCDAG),
- le démarrage de la stratégie nationale pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant,
- l'achat de 100 distributeurs automatiques installés dans des endroits fréquentés par les jeunes (maisons jeunes, boîtes de nuit, centres jeunes...),
- **L'intensification des programmes de soins, de traitement et/ou de soutien (axe 3 du PNLS) avec :**
 - l'amélioration de la gestion des ARV et la préparation de deux applications informatisées pour la gestion des stocks ARV et la gestion médicale des PVVIH,
 - la mise en place d'un dispositif national de prise en charge psychologique et social des PVVIH avec le recrutement des assistantes sociales et des psychologues dans les services de prises en charge des PVVIH et auprès des ONG,
 - l'implication des PVVIH dans le programme a permis l'amélioration de leur compétence et connaissances et de leur intégration sociale : « C'est la première fois, depuis que je suis PVVIH, que j'assiste à une formation. Je suis entrain d'apprendre à gérer et confronter ma séropositivité » témoignage d'une PVVIH,
- **Le renforcement du suivi et évaluation et de la recherche opérationnelle (axe 1 du PNLS) avec :**
 - la mise en place d'un plan stratégique national du suivi et d'évaluation de la riposte aux IST/VIH/sida incluant un nombre assez large d'indicateurs répondant aux engagements nationaux et internationaux (UNGASS, OMD ...),
 - la réalisation des premières enquêtes sérocomportementales auprès des populations vulnérables (jeunes) et des populations à haut risque pour le VIH (PS, HSH et UDI) (19,20).



Néanmoins, des défis sont à relever :

- En effet, la situation épidémiologique incite à opter pour des « interventions ciblées qui optimisent l'utilisation des ressources en se concentrant sur les personnes et les lieux où le risque est le plus élevé et où l'accès à la prévention, au traitement et aux soins du VIH est le plus cruellement nécessaire» (21).
- En fait, selon les études comportementales, les connaissances sont loin d'être parfaites ce qui expliquerait en partie la fréquence élevée des comportements à haut risque qui sont parfois chevauchés, aussi bien parmi les populations vulnérables que parmi les populations à haut risque (partenaires multiples, rapports sexuels non protégés, partage du matériel d'injection par les UDI ...). Il semble que les populations enquêtées ne bénéficient pas encore d'une couverture suffisante par les actions de prévention (CCC, dépistage, usage du préservatif ...) (8,9,11). D'où la nécessité d'intensifier les activités de prévention **particulièrement auprès des populations à haut risque.**
- En outre, l'identification des populations à haut risque avec une **estimation des tailles des populations s'avère une priorité** pour une meilleure planification, mise en œuvre et évaluation des programmes.
- Ces interventions ciblées ne devraient pas stigmatiser les populations à risque, elles respecteraient au contraire leurs droits et s'efforceraient de les protéger.
- Les acquis en matière de **prise en charge des PVVIH** sont à renforcer à travers :
 - l'amélioration de la gestion des ARV et de la coordination entre l'ensemble des intervenants au niveau central et les sites de prise en charge des PVVIH,
 - la standardisation des protocoles thérapeutiques de la prise la charge et du suivi médical des PVVIH (processus en cours),
 - l'opérationnalisation du dispositif de prise en charge psychosocial des PVVIH.
- **L'opérationnalisation du système de suivi et évaluation** avec la mise en place des comités régionaux multidisciplinaires de S&E permettrait d'assurer une gestion basée sur les résultats.

1.4. Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS

Le tableau suivant présente les données sur les indicateurs de l'UNGASS (tableau 1).



Tableau 1: Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS

1-a- Indicateurs de l'engagement et des actions au plan national

N°	Indicateurs clés	Valeurs par période			Sources et Commentaires
		2007	2008	2009	
1	Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement	2924400\$	752850 \$	803040 \$	Sources : Unité de gestion du GFATM et MSP (DSSB/PNLS). Indicateur pertinent mais le niveau de détail demandé pour l'établissement n'est pas disponible en raison de l'absence de comptabilité analytique au niveau des partenaires concernés par la lutte contre le VIH/sida. Les dépenses considérées dans ce rapport ne concernent que les dépenses étatiques individualisées pour le VIH/sida et les dépenses dans le cadre du projet GFATM. Depuis septembre 2007, avec le GFATM, la situation a considérablement changée, tant au niveau de l'importance du budget, qu'au niveau de la comptabilité.
2	Indice composite				Voir annexe 2



1-b- Indicateurs des domaines programmatis : sécurité transfusionnelle, couverture de la thérapie antirétrovirale, prévention de la transmission mère-enfant, prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH, dépistage du VIH, programmes de prévention, services en faveur des orphelins et des enfants vulnérables, éducation.

N°	Indicateurs clés	Valeurs par période			Source et Commentaires																																
		2006-2007	2008	2009																																	
3	Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	100%	172508 poches testées 100%	181486 poches testées 100%	Source : UCTSBS Sécurité transfusionnelle assurée depuis 1987 Disponibilité d'un manuel des procédures et de l'assurance qualité externe																																
4	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux	-	<table border="1"> <tr> <th colspan="2"><15 ans</th> <th colspan="2">≥ 15 ans</th> </tr> <tr> <td>11/17 (64,7%)</td> <td>207 /258 80,2%</td> <td>M</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td></td> <td>108 /120 90,0%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>315/378 (83,3%)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<15 ans		≥ 15 ans		11/17 (64,7%)	207 /258 80,2%	M	F		108 /120 90,0%				315/378 (83,3%)			<table border="1"> <tr> <th colspan="2"><15 ans</th> <th colspan="2">≥ 15 ans</th> </tr> <tr> <td>12/22 (54,5%)</td> <td>258 /304 84,9%</td> <td>M</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td></td> <td>142 /144 98,6%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>400/448 (89,3%)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<15 ans		≥ 15 ans		12/22 (54,5%)	258 /304 84,9%	M	F		142 /144 98,6%				400/448 (89,3%)			Numérateur : Services hospitaliers concernés par la prise en charge des PVVIH Dénominateur : estimation par spectrum (faite en 2009 en considérant les résultats
<15 ans		≥ 15 ans																																			
11/17 (64,7%)	207 /258 80,2%	M	F																																		
	108 /120 90,0%																																				
	315/378 (83,3%)																																				
<15 ans		≥ 15 ans																																			
12/22 (54,5%)	258 /304 84,9%	M	F																																		
	142 /144 98,6%																																				
	400/448 (89,3%)																																				



					des enquêtes de séroprévalence)																
5	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	0	326/395 (82,5%)	412/470 (87,6%)	- Num : Services hospitaliers des 4 sites de prise en charge - Déno : estimation du nb des femmes enceintes à partir du taux de natalité et la prévalence du VIH dans la population générale																
6	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH par sexe et par âge	1%	(5/20) 22,7%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>F</th> <th><15</th> <th>≥15</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7/13</td> <td>4/7</td> <td>0/1</td> <td>11/19</td> </tr> <tr> <td>53,8%</td> <td>57,1%</td> <td>0%</td> <td>57,9%</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(11 /20) 55,0%</td> </tr> </tbody> </table>	H	F	<15	≥15	7/13	4/7	0/1	11/19	53,8%	57,1%	0%	57,9%	(11 /20) 55,0%				- DSSB (PNLS et PNLT) et estimation du sous dépistage (les estimations de l'OMS donne
H	F	<15	≥15																		
7/13	4/7	0/1	11/19																		
53,8%	57,1%	0%	57,9%																		
(11 /20) 55,0%																					
7	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les	Non disponible		jeunes 15-24 ans	Enquête nationale comportementale représentative auprès des																
				Homme	Femme																



	12 derniers mois et qui en connaissent le résultat			18/690 2,6%	5/510 1,0%	jeunes non scolarisés. Il n'y a pas eu d'étude ciblant la population générale vu la faible prévalence du VIH		
8	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	34%		PS		- 2009: Enquêtes de séroprévalence et comportementales auprès des 3 populations les plus à risque : PS, HSH, UDI -2007: enquête comportementale parmi 400 HSH au district de Tunis		
				<25ans	≥25ans			
				20/158 12,7%	36/239 15,1%			
				56/397 (14,1%)				
				HSH				
				<25ans	≥25ans			
108/685 15,8 %	106/493 21,5%							
214/1178 (18,2%)								
9	Pourcentage, parmi les	Non		UDI		Les enquêtes de		
				H	F		<25	≥25
				139 /640 21,7%	9/71 12,7%		18/206 8,3%	130/505 25,3%
				148/ 711 (20,8%)				
PS								



	populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre par sexe et par âge (moins de 25 ans / 25 ans et plus).	disponible		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="245 741 451 951"><25ans</td> <td data-bbox="451 741 917 951">≥25ans</td> </tr> <tr> <td data-bbox="245 636 451 741">36/125 28,8%</td> <td data-bbox="451 636 917 741">232/575 40,35%</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="245 548 917 636">38,2%</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="245 548 917 636">HSH</td> </tr> <tr> <td data-bbox="245 548 451 636">< 25 ans</td> <td data-bbox="451 548 917 636">≥25ans</td> </tr> <tr> <td data-bbox="245 548 451 636">365/684 53,4%</td> <td data-bbox="451 548 917 636">257/487 52,7%</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="245 548 917 636">622/1171(53,1%)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="245 548 917 636">UDI*</td> </tr> <tr> <td data-bbox="245 548 451 636">H</td> <td data-bbox="451 548 917 636">F</td> </tr> <tr> <td data-bbox="245 548 451 636">518/640 80,9%</td> <td data-bbox="451 548 917 636">150/206 72,8%</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="245 548 917 636">571/711 (80,3%)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="245 548 917 636">≥25</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="245 548 917 636">422/505 83,6%</td> </tr> </table>	<25ans	≥25ans	36/125 28,8%	232/575 40,35%	38,2%		HSH		< 25 ans	≥25ans	365/684 53,4%	257/487 52,7%	622/1171(53,1%)		UDI*		H	F	518/640 80,9%	150/206 72,8%	571/711 (80,3%)		≥25		422/505 83,6%		séroprévalence et comportementales effectuées ont considéré les indicateurs proposés par FHI * Pour les UDI , le calcul ne concerne que la 1 ^{ère} question : 1. Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ?
<25ans	≥25ans																														
36/125 28,8%	232/575 40,35%																														
38,2%																															
HSH																															
< 25 ans	≥25ans																														
365/684 53,4%	257/487 52,7%																														
622/1171(53,1%)																															
UDI*																															
H	F																														
518/640 80,9%	150/206 72,8%																														
571/711 (80,3%)																															
≥25																															
422/505 83,6%																															
10	Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 -17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	S/O	S/O	Indicateur non retenu en Tunisie vu la faible prévalence de l'infection à VIH et vu que les liens familiaux sont assez solides et la prise en charge des orphelins est assurée en principe par la famille au sens large.																											



11	Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	S/O	S/O	S/O	Les programmes de préparation à la vie active n'ont pas été adoptés dans les établissements scolaires secondaires en Tunisie Cependant, la santé sexuelle et reproductive (SSR) est abordée dans les différents programmes scolaires depuis l'apparition de l'épidémie dans le pays.
----	--	-----	-----	-----	---



1-c- Indicateurs des connaissances et comportements

N°	Indicateurs clés	Valeurs par période			Sources et commentaires																								
		Avant 2008	2008	2009																									
12	Scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans	S/O	S/O	S/O	Indicateur non retenu en Tunisie. La scolarisation est obligatoire par la réglementation jusqu'à la neuvième année de l'enseignement de base.																								
13	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	27,2% (816 / 3000 jeunes : lycées, lieu de travail, centres pour jeunes		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Jeunes</th> <th colspan="2">Filles %</th> </tr> <tr> <th>Garçons %</th> <th></th> <th>15-19 ans</th> <th>20-24 ans</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4,2</td> <td>5,3</td> <td>7,8</td> <td>13,1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">4,9</td> <td colspan="2">11,4</td> </tr> <tr> <td colspan="4">7,7 %</td> </tr> <tr> <td colspan="4">(âge : - 15-19 ans : 5,7% - 20-25 ans : 8,6%)</td> </tr> </tbody> </table>	Jeunes		Filles %		Garçons %		15-19 ans	20-24 ans	4,2	5,3	7,8	13,1	4,9		11,4		7,7 %				(âge : - 15-19 ans : 5,7% - 20-25 ans : 8,6%)				Enquête nationale comportementale auprès de 1200 jeunes non scolarisés de 15-24 ans (échantillon de 1200)
Jeunes		Filles %																											
Garçons %		15-19 ans	20-24 ans																										
4,2	5,3	7,8	13,1																										
4,9		11,4																											
7,7 %																													
(âge : - 15-19 ans : 5,7% - 20-25 ans : 8,6%)																													
14	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">PS</th> </tr> <tr> <th><25 ans</th> <th>≥25 ans</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PS		<25 ans	≥25 ans			- en 2009 : trois enquêtes comportementales auprès des 3																		
PS																													
<25 ans	≥25 ans																												



	<p>personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus</p>	<p>-Connaissance prévention : 58,6% - Absence d'idées fausses : 44%</p>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">18 /158 (11,4%)</td> <td colspan="2">32/239 (13,4)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">50/397 (12,6%)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">HSH</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><25 ans</td> <td colspan="2">≥25 ans</td> </tr> <tr> <td colspan="2">159/685 (23,2%)</td> <td colspan="2">117/493 (23,7%)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">276/1178 (8,5%)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">UDI</td> </tr> <tr> <td>Homme</td> <td>Femme</td> <td>15- 19</td> <td>20- 24</td> </tr> <tr> <td>156 / 640 (24,4%)</td> <td>14 / 71 (19,7%)</td> <td>39 / 206 (18,9%)</td> <td>132 /505 (26,1%)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">170/711 (23,9%)</td> </tr> </table>	18 /158 (11,4%)		32/239 (13,4)		50/397 (12,6%)				HSH				<25 ans		≥25 ans		159/685 (23,2%)		117/493 (23,7%)		276/1178 (8,5%)				UDI				Homme	Femme	15- 19	20- 24	156 / 640 (24,4%)	14 / 71 (19,7%)	39 / 206 (18,9%)	132 /505 (26,1%)	170/711 (23,9%)				<p>populations à haut risque effectuées.</p> <ul style="list-style-type: none"> - en 2006, enquête comportementale auprès des HSH dans le district de Tunis (indicateurs FHI) : % des réponses correctes relatives à la : <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance des méthodes de prévention (44,6% en 2009/ 58,6% en 2006) - Absence d'idées fausses (33,6% en 2009 contre 44% en 2006)
18 /158 (11,4%)		32/239 (13,4)																																										
50/397 (12,6%)																																												
HSH																																												
<25 ans		≥25 ans																																										
159/685 (23,2%)		117/493 (23,7%)																																										
276/1178 (8,5%)																																												
UDI																																												
Homme	Femme	15- 19	20- 24																																									
156 / 640 (24,4%)	14 / 71 (19,7%)	39 / 206 (18,9%)	132 /505 (26,1%)																																									
170/711 (23,9%)																																												
15	<p>Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans</p>	<p>3,6%</p>	<p>3,75% (45 / 1200)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enquête nationale représentative réalisée auprès des jeunes non scolarisés âgés de 15-24 ans (2009) - Enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés(2000) 																																								



16	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">15-24 ans</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>F</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>257/690 37,2%</td> <td>23/510 4,5%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">280/1200 (23,3%)</td> </tr> </tbody> </table>	15-24 ans		H	F	257/690 37,2%	23/510 4,5%	280/1200 (23,3%)		Selon une enquête auprès des jeunes non scolarisés de 15-24 ans(2009). Pas de données disponibles pour l'ensemble de la population
15-24 ans													
H	F												
257/690 37,2%	23/510 4,5%												
280/1200 (23,3%)													
17	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel			28,3%*	Enquête nationale comportementales auprès des * jeunes non scolarisés de 15-24 ans(2009) Pas de données disponibles pour l'ensemble de la population								
18	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client			51,6%	Enquête comportementale auprès des PS								
19	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	- 2006 : - 45.1% (partenaire non prostitué) - 58.6% avec part. prostitué		40%	Enquête comportementale auprès de HSH (questionnaire FHI) - 36.2% (299/826) avec un partenaire non prostitué - 45.8% (260/568) avec un prostitué								



20	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel			35%	Enquête comportementale (questionnaire FHI) - 34,0% lors du dernier rapport sexuel non payant -36,8% dernier rapport sexuel payant
21	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue			78,3%	Enquête comportementale



1-d- Indicateurs de l'impact

- le pourcentage de séropositivité parmi les donneurs du sang pour estimer la prévalence parmi les âgés de 18-50 ans, ce pourcentage est de (10 poches séropositives /172508) en 2008 et de (8 poches séropositives /181486) en 2009.

N°	Indicateurs clés	Valeurs par période			Sources et Commentaires														
		Avant 2008	2008	2009															
22	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Indicateur non pertinent pour la Tunisie vu la faible prévalence de l'infection au VIH.														
23	Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">PS</th> </tr> <tr> <th>< 25 ans</th> <th>≥ 25 ans</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1/576 (0,17%)</td> <td>2/127 (1,57%)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3/703 (0,43%)</td> </tr> <tr> <th colspan="2">HSH</th> </tr> <tr> <td colspan="2">4,9% (57/1178)</td> </tr> <tr> <th colspan="2">UDI</th> </tr> </tbody> </table>	PS		< 25 ans	≥ 25 ans	1/576 (0,17%)	2/127 (1,57%)	3/703 (0,43%)		HSH		4,9% (57/1178)		UDI		Enquêtes de séroprévalence auprès des trois populations exposées à un haut risque
PS																			
< 25 ans	≥ 25 ans																		
1/576 (0,17%)	2/127 (1,57%)																		
3/703 (0,43%)																			
HSH																			
4,9% (57/1178)																			
UDI																			



		< 15 ans		≥ 15 ans				M		F	
		5/5	108/113	5/5	124/129	9/9	21/648 3,2%	1/65 1,5%	< 15 ans	≥ 15 ans	22/713 (3,1%)
24	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	100%	95,6 %	100%	96,1 %	100%	96,1 %	100%	95,8%	Suivi programmatisque	
		113/118 95,8%	129/134 96,3%	145/151 96,0%							
25	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	20%		20%		20%				Les mères des enfants nés séropositives au cours des deux années n'étaient pas suivis (non connues séropositives)	



2. Aperçu de l'épidémie de sida

2.1. Environnement démographique, politique, économique et social

La Tunisie, est située en Afrique du Nord, dans la partie orientale du Maghreb. Elle est limitée au Nord et à l'Est par la Mer Méditerranée, au sud par la Libye et à l'Ouest par l'Algérie avec une superficie de 162 155 Km². La Tunisie constitue un carrefour entre l'Europe d'une part et le Moyen Orient et l'Afrique, d'autre part.

En 2008 et selon les données de l'Institut National des Statistiques (INS), la Tunisie comportait 10328.9 milliers d'habitants (10432.5 en 2009) avec une densité de la population au km² de 66,3 (2008). La croissance démographique est maîtrisée depuis longtemps grâce à des mesures gouvernementales (planning familial, scolarisation des filles et travail féminin) qui ont aidé à ramener l'indice synthétique de fécondité à 2,06 (2008). Le taux d'accroissement naturel est de 1.19 et l'espérance de vie à la naissance est de 74,3 ans (2008). Néanmoins, la population tunisienne demeure relativement jeune avec une proportion de 24,2% de jeunes de moins de 15 ans et une proportion de 29,3 % des âgés de 15-29 ans (22).

Le pays est subdivisé en 24 gouvernorats. Le gouvernorat constitue l'unité administrative la plus grande. Chaque gouvernorat est subdivisé en délégations lesquelles sont divisées en secteurs, dénommé aussi " Imada " qui représente l'entité administrative la plus petite.

Le taux d'urbanisation de 65,8%. Plus du cinquième de la population tunisienne réside dans le Grand Tunis qui regroupe quatre gouvernorats (la capitale Tunis, Ariana, Manouba et Ben Arous). Les régions côtières abritent plus des deux tiers de la population. En fait l'urbanisation est relativement rapide et cette tendance serait à l'origine de plusieurs problèmes sociaux et sanitaires. Actuellement, l'épidémie du VIH/sida est concentrée en milieu urbain (22).

La stabilité politique et le choix d'une économie libérale accompagnés d'un programme de mise à niveau ont permis de réaliser des performances au niveau des principaux indicateurs économiques tels que le déficit budgétaire, la balance du paiement, le taux d'inflation ou encore le taux d'endettement. Selon le rapport publié en 2009 du PNUD (Nations Unies), en Tunisie (données de l'année 2007), l'Indice de Développement Humain (IDH) est de 0,769, le PIB par habitant est de l'ordre de 3,425 US \$ alors que la parité du pouvoir d'achat est estimé (PPA) en US\$ est de 7520. Le taux de croissance du PIB entre 1990- 2007 est de 3,4% (23).



Selon l'INS, en 2008, le pourcentage des dépenses publiques de santé par rapport au budget de l'Etat (Compte non tenu des dettes) est de 6,5% et le pourcentage des dépenses publiques de santé par rapport au PIB est de 1,6% (22).

Par ailleurs, la Tunisie consacre la moitié du budget de l'état et le cinquième de son PIB aux secteurs sociaux dont notamment la santé et l'éducation. La politique sociale comprend, en outre des programmes d'aide sociale aux ruraux et aux urbains, de multiples allocations sociales, y compris en matière de soins médicaux, de scolarité, de logement, et d'emploi des jeunes et des plus démunis, et des subventions à la consommation de produits alimentaires et autres produits de base.

Le pays est doté d'un système de santé performant, hiérarchisé et décentralisé couvrant la quasi-totalité de la population (95 % de la population a accès à un centre de santé à au plus 4 Km, sans tenir compte de l'offre des services du secteur privé).

Le système de soins est composé de trois secteurs :

- ▶ Le secteur public se présente sous une forme pyramidale avec,
 - A la base, 2083 centres de santé de base (2008) qui dispensent des soins de santé primaire et sont supervisés par 206 circonscriptions sanitaires (soit un CSB pour 4958 habitants).
 - Le niveau intermédiaire de la pyramide est composé des hôpitaux régionaux, les laboratoires régionaux d'analyses de santé publique et des services des soins de santé de base.
 - Le sommet du système de soins est représenté par les hôpitaux universitaires et les Instituts Nationaux de Santé concentrés dans les grandes villes.

- ▶ Le secteur privé est de plus en plus développé surtout dans les villes (cabinets médicaux, laboratoire d'analyses de biologie médicales, cliniques).

- ▶ Le secteur para-public est représenté essentiellement par les polycliniques de la Caisse nationale de la sécurité sociale (CNSS) qui assurent des activités ambulatoires.

Sur le plan administratif, on distingue trois niveaux du système de santé publique en Tunisie:



- Niveau central : représenté par le Ministère de la Santé Publique (MSP) avec ses différentes Directions (dont la Direction des Soins de Santé de Base hébergeant la PNLS) et l'Office National de la Famille et la Population (Bénéficiaire Principal du GFATM) dont les termes de références sont : conception, planification stratégique, tactique et opérationnelle, élaboration des directives, supervision des niveaux inférieurs, formation, évaluation et coordination nationale.
- Niveau régional avec une direction régionale de la santé publique par gouvernorat: planification opérationnelle, supervision de l'exécution des directives par le niveau périphérique, formation des équipes périphériques, évaluation, transmission des données au niveau central et coordination au niveau régional.
- Niveau périphérique avec la circonscription sanitaire: exécution des directives nationales et application des programmes sur le terrain.

Le tourisme est très développé (avec 6494,9 milliers d'entrées des non résidents et 34942,9 milliers des nuitées des non résidents en 2008) sans aucune restriction à l'entrée et à la circulation des étrangers ni à la sortie des tunisiens.

2.2. Epidémiologie de l'infection à VIH /Sida

2.2.1. Les sources d'information

La situation épidémiologique actuelle de l'infection au VIH/sida est caractérisée, en Tunisie, par la faible activité de l'épidémie d'une part, et sa stabilité dans le temps d'autre part.

Les données disponibles sont collectées à partir des deux systèmes :

2.2.1.1. Le suivi routinier des activités

Ce système collecte les informations à partir de plusieurs sources et les centralise au niveau de l'unité nationale du suivi et évaluation à la DSSB (Direction des Soins de Santé de Base - Ministère de la Santé Publique). Les deux principales sources sont:

- La notification obligatoire des infections à VIH et des cas de sida de la part des médecins et des biologistes



- Les rapports du laboratoire de référence de microbiologie de l'hôpital Charles Nicole à Tunis qui centralise la confirmation de l'ensemble des tests positifs à l'Elisa par le test de Western Blot dans le pays y compris ceux du secteur privé (arrêté ministériel 1989).

Le recoupement de ces données avec d'autres informations (collectées auprès des centres de transfusion sanguine, des activités de dépistage systématique ...) permet d'avoir une information plus exhaustive et plus fiable de la situation épidémiologique.

Par ailleurs, les enquêtes épidémiologiques effectuées autour des nouveaux cas déclarés d'infection à VIH permettent d'identifier le profil des PVVIH et les modes de transmission. Ce système permet de disposer des informations jugées plutôt exhaustives et fiables, relatives à la situation des cas d'infection au VIH/sida déclarés parmi la population générale (2,5).

2.2.1.2. Le système de surveillance de deuxième génération

En Tunisie, la mise en place de ce système a permis d'effectuer en 2009 des enquêtes sérocomportementales auprès des trois populations à plus haut risque d'exposition à l'infection au VIH [les travailleuses ou professionnelles du sexe (PS), les usagers de drogues par voie injectable (UDI) et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)].

En fait, ce système de surveillance de deuxième génération a été fortement recommandé, constituant un des objectifs du plan stratégique national de lutte contre le sida et les IST pour la période 2006-2010, « ...d'ici 2007, améliorer la surveillance épidémiologique des IST/VIH/sida par l'adoption du système de deuxième génération ... ». Ce dernier comporte une surveillance des comportements à risque, couplée à une surveillance biologique (surveillance de la séroprévalence du VIH) auprès des groupes ayant un comportement à plus haut risque. Ces groupes ont été identifiés par consensus national en 2004 comme étant les consommateurs de drogues injectables (en prison et dans les centres de désintoxication), les HSH, les professionnelles du sexe clandestines, les détenus, les personnes atteintes d'IST.

Ces enquêtes séro comportementales ont été réalisées par la Direction des Soins de Santé de Base à travers son PNLS/MST et les organismes non gouvernementaux [ATLMSTSIDA, section Tunis (Association Tunisienne de Lutte contre les MST/SIDA), ATIOS (Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le sida)] et ATUPRET (Association Tunisienne de Prévention de la Toxicomanie). Ces études ont bénéficié du soutien financier du Fonds



mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, ainsi que de l'appui technique du Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida.

Les études comportementales et sérologiques ont été couplées pour les PS, les UDI et les HSH. Par ailleurs, auprès des PS, une enquête comportementale approfondie, qualitative et quantitative a été réalisée au préalable auprès d'un échantillon de 400 PS afin d'établir la cartographie et préparer la réalisation de l'enquête sérocomportementale dans les mêmes sites.

La méthodologie de recherche de ces études sérocomportementales était la suivante (8-12):

- a- Le choix des zones (villes) a été réalisé en fonction de deux critères:
 - la présence d'un nombre satisfaisant de membres de la population cible dans chacun de ces zones ;
 - l'existence de partenaires et de relais locaux garantissant la réalisation de l'étude dans des conditions satisfaisantes.

- b- Concernant l'échantillonnage et en raison de la non disponibilité d'une base de sondage pour les populations étudiées (PS, UDI, HSH), des cartographies des zones et des sites fréquentés par les populations à risque ont été établis avec l'aide des personnes ressources ayant une bonne connaissance de ces groupes. Les effectifs des échantillons ont été déterminés par des formules statistiques en considérant la prévalence estimée, le risque (5%) et la précision (1%). Pour chaque enquête, l'échantillon a été réparti proportionnellement entre les zones identifiées (villes) en se basant sur les données de la cartographie de ces zones. La procédure d'échantillonnage retenue ne garantit pas la représentativité de l'échantillon. Toutefois, elle assure une bonne répartition de cet échantillon à travers les points identifiés.

- c- la méthode de recrutement des enquêtés était celle dite « boule de neige » et consiste à demander à chaque enquêté de recruter d'autres personnes du groupe à risque.

- d- la collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire mené par un intervieweur et d'un prélèvement sanguin (avoir le consentement de l'enquêté) pour effectuer un test rapide pour le VIH avec un test de confirmation Western Blot en cas de positivité du test rapide. Les questionnaires utilisés dans les études



comportementales sont basés en grande partie sur les questionnaires proposés par le « Family Health International » (24). Ces instruments de collecte des données comportent des variables permettant de calculer les indicateurs recommandés par Family Health International.

Figure 1: Zones des enquêtes séro-comportementales (villes entourées)



Tableau 2 : Méthodologie des enquêtes sérocomportementales menées auprès des populations les plus à risque d'exposition à l'infection au VIH en Tunisie (2009)

Population cible	Type de l'Enquête	Zones (villes) enquêtées	Collecte des données	Taille de l'échantillon	Taille estimée de la population cible dans les zones enquêtées
HSH	Séro-comportementale	7 zones : Grand Tunis, Bizerte, Kélibia, Sousse, Mahdia, Sfax, Tozeur	- questionnaire mené par un intervieweur -prélèvement sanguin / test rapide pour le VIH avec un test de	1178: Grand Tunis (300), Bizerte (180), Kélibia (70), Sousse (300), Mahdia (100), Sfax (180), Tozeur (70)	entre 7200 et 9200
UDI	Séro-comportementale	3 zones - Grand Tunis (district de Tunis), - Sousse/Monastir ; - Bizerte	confirmation Western Blot en cas de positivité au VIH	713 : Tunis (640), Bizerte (62), Sousse (11)	Non précisé
Professionnelles du sexe clandestines	Séro-comportementale	3 grandes villes du pays: - Grand Tunis (Tunis et banlieues):10 sites de fréquentation - Sfax : 10 sites - Sousse : 8 sites		703 : District de Tunis (289) Sfax (244) Sousse (170)	Cartographie des sites de fréquentation des TS a permis d'identifier
Professionnelles du sexe clandestines	Comportementale	3 grandes villes du pays: - Grand Tunis (Tunis et banlieues):10 sites de fréquentation - Sfax : 10 sites - Sousse : 8 sites	-Méthode quantitative (questionnaire) -Méthode qualitative (focus group)	400 PS 4 focus group	autour de 7000 PS

Sources : Les rapports des enquêtes comportementales et de séroprévalence effectuées en 2009 (8,9,10,12).

La « prostitution clandestine » est interdite mais le droit tunisien autorise la « prostitution légale ». C'est un travail de sexe exercé dans des lieux bien déterminés et dans des conditions strictement réglementées (décret du 30 avril 1942). Les travailleuses de sexe



légales dont le nombre est autour de 300, bénéficient d'un suivi médical régulier avec des dépistages périodiques et systématiques des IST/VIH et de la distribution gratuite de préservatifs.

2.2.2. Situation dans la population générale

En Tunisie, la prévalence du VIH reste faible, elle est estimée à 0,1%.

2.2.2.1. La situation épidémiologique en 2008-2009

Vu le contexte épidémiologique de l'infection VIH/sida, l'enquête de population pour estimer la prévalence générale, n'est pas indiquée. Cependant, le système de surveillance disponible permet d'avoir l'incidence et la prévalence déclarées de l'infection (15).

L'incidence de l'infection à VIH/sida en 2008-2009

Le nombre de nouveaux cas déclarés d'infection par le VIH/sida est de 53 en 2008 et de 69 en 2009. Le taux d'incidence déclarée de l'infection à VIH/sida est de l'ordre de 0,51/100000 en 2008 et de 0,66/100000 en 2009.

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

- Le nombre d'enfants âgés de moins de 15 ans est de 3 en 2008 et de 2 en 2009,
- Le sexe ratio est de 1,65 en 2008 et 1,76 en 2009.

Parmi les PVVIH, 10 décès sont enregistrés en 2008 (dont 5 parmi les nouveaux cas déclarés au cours de la même année) et 7 décès en 2009.

Parmi les 53 nouveaux cas, 28 (soit 52,8%) étaient dépistés au stade de la maladie sida.

En outre, au cours de l'année 2008, 146 nouveaux cas ont été enregistrés parmi les non nationaux (74 cas d'un pays limitrophe, 51 cas de l'Afrique Subsaharienne) visitant la Tunisie dans le cadre du tourisme médical (dépistage et soins de l'infection à VIH) ou encore qui sont des résidents venant pour étudier ou travailler (20 cas). Pour 2009, le nombre de nouveaux cas parmi les non nationaux est de 151(dont 41 africains). Le nombre des africains dépistés en Tunisie est en augmentation (11 cas en 2007).



Tableau 3: L'incidence de l'infection VIH/sida en fonction de l'âge et du sexe en 2008 et en 2009

	2008			2009		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Taux d'incidence	0,51/100000			0,66/100000		
Sexe ratio	1,65			1,76		
Total	33	20	53 (100%)	44	25	69 (100%)
0-4	0	2	2 (3,8%)	1	0	1 (1,4%)
5-9	1	0	1 (1,9%)	0	1	1 (1,4%)
10-14	0	0	0	0	0	0
15-19	0	1	1 (1,9%)	0	0	0
20-24	2	3	5 (9,4%)	4	3	7 (10,1%)
25-29	3	3	6 (11,3%)	2	4	6 (8,7%)
30-34	2	4	6 (11,3%)	8	6	14 (20,3)
35-39	3	2	5 (9,4%)	5	5	10 (14,5%)
40-44	5	1	6 (11,3%)	7	2	9 (13,0)
45-49	3	0	3 (5,7%)	4	2	6 (8,7%)
50-54	1	2	3 (5,7%)	3	1	4 (5,8)
55-59	2	0	2 (3,8%)	1	0	1 (1,4%)
60 et plus	4	1	5 (9,4%)	0	0	0
Age non précisé	7	1	8 (15,1)	9	1	10 (14,5%)

Source : MSP/ DSSB /PNLS (base des données)

Modes de transmission : Pour les deux années 2008 et 2009, le mode de transmission hétérosexuelle est prédominant. L'ensemble des femmes âgées de 15 et plus ont été contaminées par voie sexuelle. Les hommes âgés de 15 ans ont été contaminés essentiellement par voie hétérosexuelle (46,7%) et ensuite par usage de drogues injectables (13,3%), la transmission à travers des relations sexuelles entre hommes a été notifiée auprès de 12% d'hommes.



Tableau 4 : Répartition des nouveaux cas d'infection par le VIH/sida selon le mode de transmission et selon le sexe (2008-2009)

Modes de transmission	2008			2009		
	masculin	Féminin	Total	masculin	Féminin	Total
Total	33	20	53	44	25	69
Hétérosexuel	11	17	27	24	24	48
HSH/Bisexuel	4	0	4	5	0	5
IDU	6	0	6	4	0	4
Sang	1	0	1	0	0	0
Périnatal	1	2	3	1	1	2
Inconnu	10	1	12	10	0	10

Source : MSP/ DSSB /PNLS

Le nombre de transmissions mère enfant est faible, trois enfants en 2008 et deux enfants en 2009 ont été dépistés infectés par le VIH, les mères n'étaient pas connues PVVIH. Il s'agit plutôt des cas de contamination ancienne, dépistés au cours de la période 2008-2009 (un des enfants dépisté séropositif est âgé de 7 ans).

Ainsi, en l'absence de traitement préventif de la TME, **le pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH serait de 20%**. Sur le total estimé des femmes enceintes séropositives (18 femmes par an: nombre estimé à partir du nombre des femmes enceintes et la prévalence du VIH chez les femmes en Tunisie), le nombre attendu d'enfants infectés par transmission mère-enfant est de quatre par an. Ce chiffre correspond à celui fourni par les estimations du logiciel spectrum.

La stratégie pour la prévention de la TME en cours de mise en œuvre.

2.2.2.2. L'évolution de la situation épidémiologique

Cumul des cas 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 2009, parmi les citoyens tunisiens, 1568 cas ont été enregistrés dont :

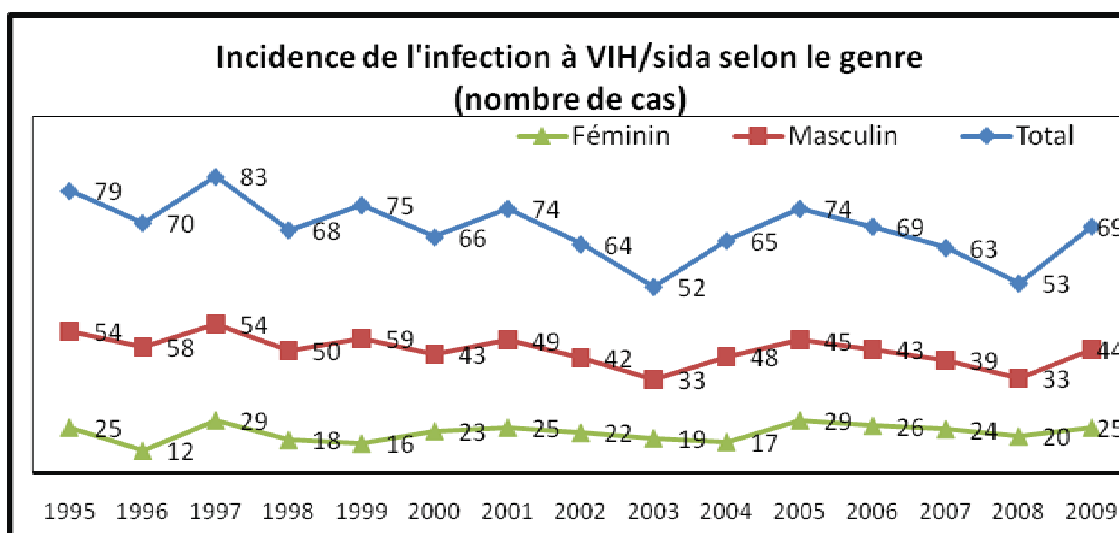


- 1463 adultes de plus de 15 ans (413 femmes et 1050 hommes)
- et 105 enfants de moins de 15 ans dont 73 cas, ont été contaminés à travers leur mère (en moyenne 4 cas par an, les dernières années) et les autres à travers le sang et ses dérivés avant 1987.
- Parmi les 1568 cas enregistrés, 935 cas ont atteint le stade sida dont 497 décès.

Le nombre des personnes vivant avec le VIH, fin de l'année 2009 est alors de 1071 cas, soit une proportion de prévalence déclarée de 1,03 cas/10 000 habitants.

Le nombre de nouveaux cas par an, chez les nationaux résidants est relativement stable depuis plus d'une dizaine d'années et autour de 65.

Figure 2 : Nombre de cas déclarés de l'infection à VIH/Sida chez les Tunisiens (1986-2009)

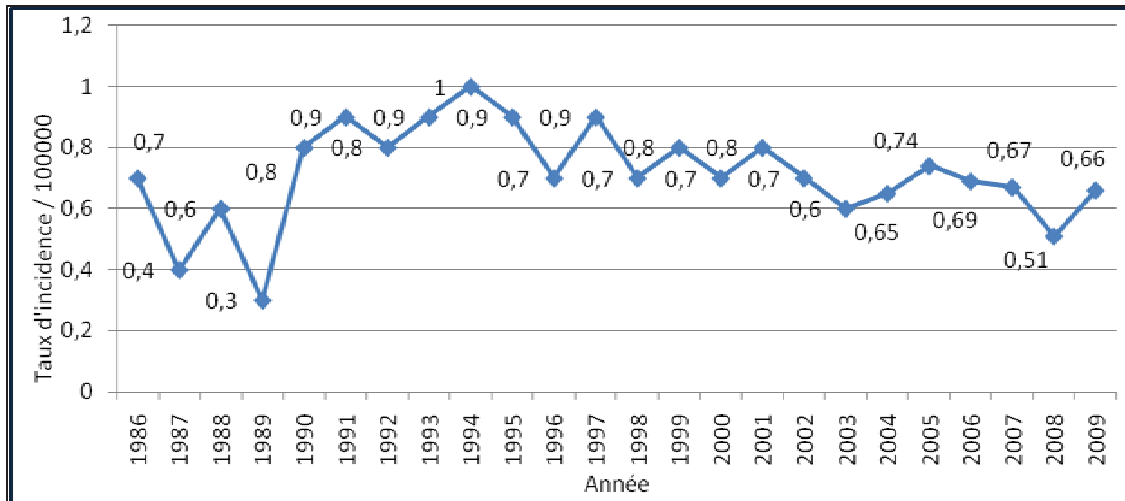


Source : MSP/ DSSB /PNLS

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



Figure 3 : Tendence de l'incidence des cas déclarés de l'infection à VIH/Sida chez les Tunisiens (/100 000 habitants) (1986-2009)



Source : MSP/ DSSB /PNLS

Prévalence parmi les jeunes de 15 à 24 ans :

Vue la faible prévalence de l'infection au VIH, le dépistage du VIH n'est pas systématique en consultation prénatale et la surveillance sentinelle n'a pas été réalisée ces dernières années. Cependant, le recoupement des données provenant de différentes sources disponibles permettent de considérer que le système est relativement fiable et notifie la quasi totalité des cas déclarés. En effet, on peut considérer :

- les données du système routinier de collecte des données (déclaration obligatoire, les rapports du laboratoire de référence qui centralise en Tunisie la confirmation de l'infection par le VIH) qui montrent que : depuis le début de l'épidémie et jusqu'à la fin de l'année 2009, un total de 153 jeunes (94 jeunes hommes et 58 jeunes femmes **âgés de 15 à 24 ans**) ont été dépistés infectés par le VIH, dont 25 sont décédés. Ainsi la prévalence de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH est de 127 soit une proportion de prévalence **de 0,0 61 / 1000**. Selon les données démographiques de l'INS, le taux de prévalence serait de 0,074/1000 pour les hommes et de 0,048/1000 pour les femmes.
- le pourcentage de séropositivité parmi les donneurs du sang pour estimer la prévalence parmi les **âgés de 18-50 ans**, ce pourcentage est de **0,06/1000** (10 poches séropositives /172508) en 2008 et de **0,04/ 1000** (8 poches séropositives/181486) en 2009.



Tableau 5 : Prévalence de l'infection à VIH/sida parmi les jeunes (2008)

Age (ans)	PVVIH		
	Hommes	Femmes	Total
15-19	16	7	23
20-24	61	43	104
Total	77	50	127
Taux de prévalence	0,074 / 1000	0,048/1000	0,0 61 / 1000

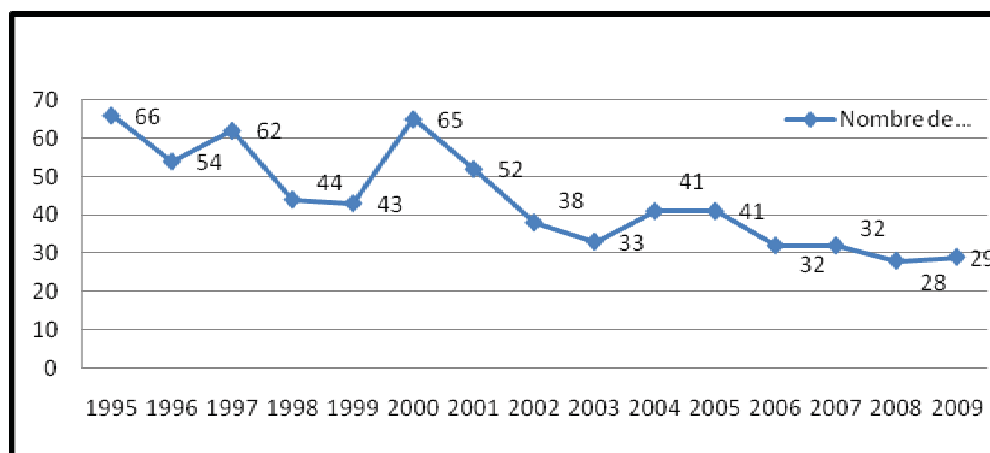
Source : MSP/DSSB/PNLS

Nombre de cas de sida :

Selon la DSSB (MSP), le cumul des cas de sida est de 935 à la fin de l'année 2009 avec une tendance à la baisse depuis 2001 date de l'introduction des ARV.

La proportion des nouveaux cas au stade sida par rapport au nombre total de nouveaux cas par an, paraît a priori relativement élevée, se situant autour de 50%, ce qui dénote d'une insuffisance des activités de dépistage et d'un dépistage tardif.

Figure 4: Tendence des nouveaux cas de sida maladie



Source : MSP/DSSB/PNLS



Répartition selon l'âge et le genre :

La répartition selon l'âge montre que 58,74 % des cas cumulés d'infection VIH/Sida sont âgés de 20 à 40 ans.

Quant à la différence de vulnérabilité entre hommes et femmes, il est à noter une féminisation de la population infectée par le VIH/sida au cours des dernières années. Le sex-ratio décroît progressivement, et est passé de 3 en 1986 à 1,7 en 2009 en raison de l'augmentation du nombre de cas de sexe féminin contaminés par voie sexuelle (femmes contaminées par leur mari ou dans le cadre de relations à partenaires multiples).

Tableau 6: Cumul des cas d'infection par le VIH/sida depuis le début de l'épidémie

Age	Masculin		Féminin		Total	
	Total	100%	Total	100%	Total	100%
0-4	32	2,87%	28	6,19%	60	3,83%
5 - 9	20	1,79%	9	1,99%	29	1,85%
10- 14	14	1,25%	2	0,44%	15	0,96%
15-19	20	1,79%	10	2,21%	31	1,98%
20-24	74	6,63%	48	10,62%	122	7,78%
25-29	159	14,25%	81	17,92%	240	15,31%
30-34	234	20,97%	82	18,14%	316	20,15%
35-39	189	16,94%	54	11,95%	243	15,50%
40-44	117	10,48%	28	6,19%	145	9,25%
45-49	63	5,65%	21	4,65%	84	5,36%
50-54	32	2,87%	12	2,65%	44	2,81%
55-59	13	1,16%	6	1,33%	19	1,21%
60+	19	1,70%	13	2,88%	32	2,04%
Inconnus	130	11,65%	58	12,83%	188	11,99%

Source : MSP/DSSB/PNLS

Répartition géographique :

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



Les modes de transmission :

Les fréquences des voies de transmission sont restées relativement stables :

- hétérosexualité : 40,6%
- sexualité entre hommes : 5%
- Usage de drogues par voie injectable: 25,3% (à partir de 2004, on a commencé à enregistrer des cas contaminés en Tunisie à raison de 1 à 2 cas par an)
- voie sanguine : 7,8 % des cas (cas résiduels tous contaminés avant 1987),
- mère enfant : 4,7%
- 16,6% des modes de transmission n'ont pu être précisés.

La fréquence des modes de transmission sont différentes selon le sexe :

- Pour le sexe masculin, la plupart des cas de contamination sont effectués à travers l'usage des drogues injectables (34,1%). La transmission sexuelle est principalement hétérosexuelle (28,4% de transmission hétérosexuelle et 7,0 % de transmission par rapports sexuels entre hommes).
- Pour le sexe féminin, la transmission est effectuée essentiellement par voie sexuelle (71,0%). L'usage de drogues injectables n'est à l'origine de l'infection que chez 4,9% des femmes vivant avec le VIH/SIDA.

Tableau 7: Répartition selon le mode de contamination et selon le genre du nombre total de cas d'infection à VIH/SIDA depuis le début de l'épidémie

Modes de transmission	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	Fréquence relative	Effectif	Fréquence relative	Effectif	Fréquence relative
Cumul	1116	100,00%	452	100,00%	1568	100,0%
Hétérosexuel	317	28,41%	321	70,95%	637	40,6%
HSH/Bisexuel	78	6,99%	0	0,00%	78	5,0%
IDU	381	34,14%	22	4,88%	396	25,3%
Sang	92	8,24%	24	5,32%	123	7,8%
Périnatale	33	2,96%	40	8,87%	73	4,7%
Inconnu	215	19,35%	45	9,98%	261	16,6%

Source : MSP/PNLS

Pour l'ensemble des PVVIH dépistés, la transmission hétéro sexuelle a été toujours prédominante. Chez les hommes, pour l'année 2000 et l'année 2002 c'était l'usage de

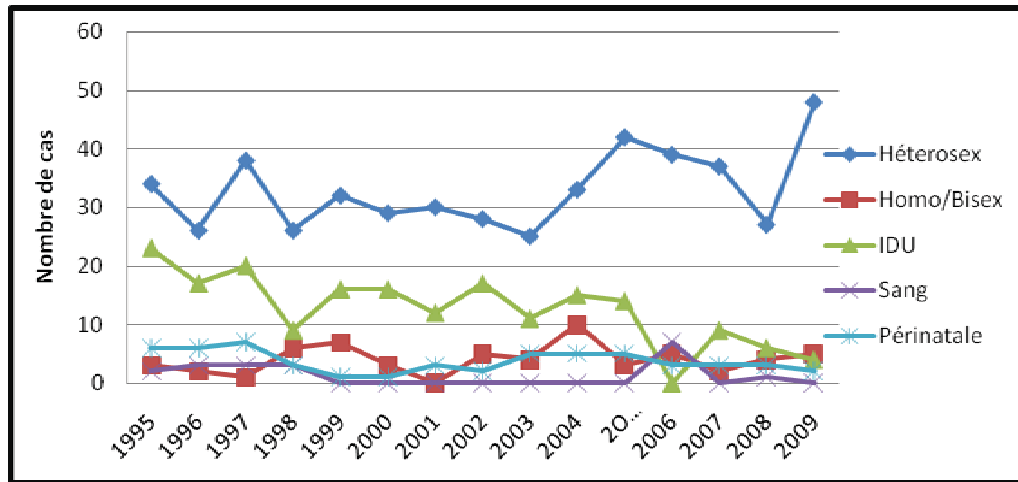


drogues injectables qui étaient le mode le plus fréquent, il existe toutefois une tendance à la baisse de la contamination à travers l'usage des drogues injectables chez les deux sexes et ceci avec la diminution des cas infectés à l'étranger. Néanmoins, on commence à enregistrer des cas contaminés en Tunisie.

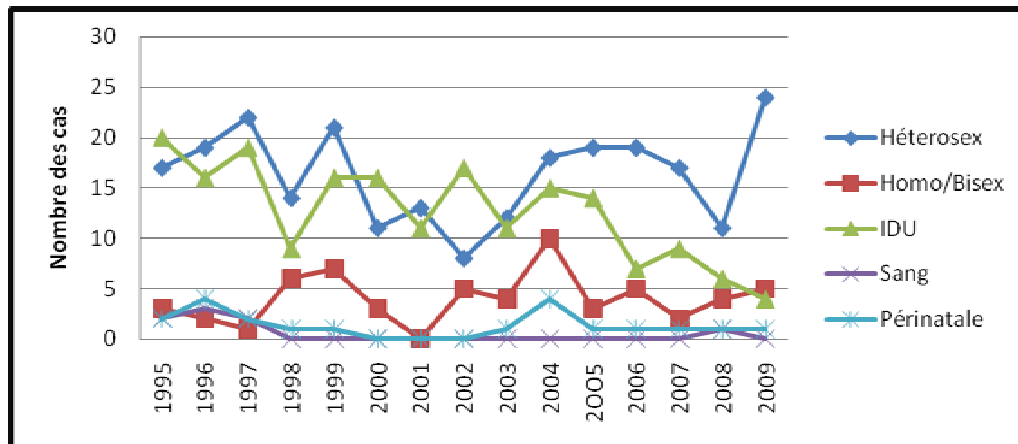


Figure 5 : Tendence des modes de transmission de l'infection à VIH depuis le début de l'épidémie (1985-2009) (Source : MSP/PNLS)

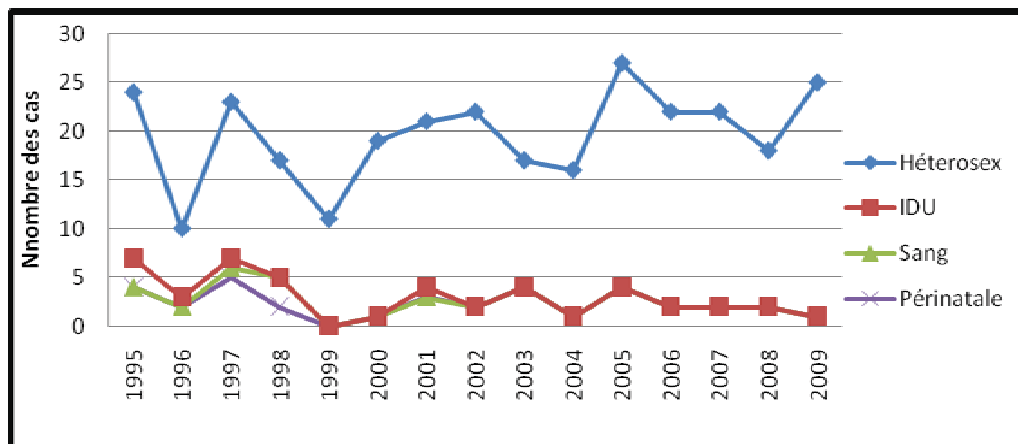
5-a- Parmi l'ensemble des cas enregistrés



5-b- Tendence des modes de transmission auprès des hommes :



5-c- Tendence des modes de transmission auprès des femmes :



Mortalité liée à l'infection au VIH/sida

L'analyse de la mortalité par le VIH se heurte à des problèmes méthodologiques, liés aux difficultés de suivi des malades notifiés, associées au manque d'exhaustivité du système de certification des causes de décès et la proportion relativement élevée des états morbides mal définis parmi les causes signalées.

Selon le PNLS et les déclarations des services de prise en charge, depuis le début de l'épidémie, le nombre total des décès parmi les PVVIH serait de 497 cas (323 hommes, 139 femmes et 35 de sexe non précisé).

Tableau 8 : Cumul des décès liés au VIH/sida en Tunisie depuis le début de l'épidémie (1986-2009)

Age (ans)	Hommes	Femmes	Non précisé	Total
0-4	9	12	0	21
05- 09	5	5	0	10
10-14	8	3	0	11
15-19	4	3	0	7
20-24	13	5	0	18
25-29	32	24	0	56
30-34	70	24	0	94
35-39	65	21	0	86
40-44	44	9	0	53
44-49	24	8	0	32
50+	23	14	0	37
Non précisé	26	11	35	72
Total	323	139	35	497

Source MSP/ PNLS

Cas d'infection à VIH enregistrés auprès des ressortissants étrangers en Tunisie :

Par ailleurs, à partir de l'année 2000, a été notifiée une élévation du nombre de cas de personnes séropositives issues des pays étrangers voisins, venues en Tunisie pour vérifier leur statut sérologique et/ou pour se faire soigner de cette infection; de même, le nombre des ressortissants étrangers séropositifs notamment des étudiants africains en Tunisie a augmenté. Les étudiants bénéficient d'un bilan de santé complet incluant le dépistage du VIH et le cas échéant de la trithérapie antirétrovirale dans le cadre de la Médecine Scolaire



et Universitaire. Le nombre des cas infectés par le VIH testés sur le territoire tunisien est entre 86 et 159 selon l'année.

2.2.3. Prévalence de l'infection au VIH auprès des populations les plus à risque d'exposition

Pour le moment, la taille des populations à risque n'est pas précisément déterminée. Néanmoins, à l'occasion de la réalisation des enquêtes sérocomportementales, les chercheurs ont procédé à une approximation des tailles des populations à risque au niveau des certains sites enquêtés.

Ces enquêtes rentrent dans le cadre de la mise en place de la surveillance épidémiologique des infections au VIH/SIDA, de deuxième génération qui se propose de suivre particulièrement les tendances des comportements à risque vis à vis de l'infection au VIH, ainsi que de la séroprévalence de cette infection, notamment les groupes classiques dits à comportement à haut risque, De ce fait, ce type d'enquête est amené à être répété dans le temps tous les deux ans; les prochaines enquêtes sont prévues dans le PNS en 2011, et incluront la méthodologie d'estimation de taille des populations cachées, suite à la mission internationale organisée en octobre 2009 avec l'appui de l'ONUSIDA ayant permis le renforcement des capacités des experts nationaux dans ce domaine.

Il est primordial de prévoir des études pour l'estimation de la taille des différentes populations à risque en Tunisie.

Tableau 9 : La prévalence du VIH dans les populations les plus à risque

		PS	UDI	HSH
Prévalence générale		3/703 (0,43%) IC 95% : 0,009%-1,3%	22/713 (3,1%) IC 95% : 2,03- 4,62%	57/1178 (4,9%) IC à 95% : 3.7% - 6.2%.
Prévalence selon le sexe	Masculin		21/648 (3,2%)	4,9% 57/1178
	Féminin	3/700 (0,4%)	1/65 (1,5%)	
Prévalence selon l'âge	<25	1 /576 (0,17%)	0,8%	
	≥ 25	2/127 (1,57%)	3,7%	

Source : rapports des enquêtes de séroprévalence de l'année 2009



2.2.3.1. Les professionnelles du sexe (PS)

En Tunisie, il existe deux types de commerce sexuel. Le premier est légalement autorisé : les PS légales bénéficient d'un suivi médico-biologique régulier et de la distribution de préservatifs. Le second est clandestin et illégal. Le nombre des professionnelles du sexe clandestines serait relativement important et même en augmentation (PSN sida/IST 2006-2010).

Selon l'enquête de séroprévalence de l'année 2009 auprès des PS clandestines, la prévalence du VIH est relativement faible (0,43%) pour un groupe réputé d'être à risque.

Pour les travailleuses du sexe autorisées dont le nombre est autour de 300, et selon le système de surveillance du PNLS, un cas séropositif a été dépisté en 2008 (zéro cas en 2009).

2.2.3.2. Les usagers de drogues injectables (UDI)

Selon l'enquête de séroprévalence auprès d'un échantillon de 713 UDI, 22 cas positifs au VIH ont été dépistés, soit un taux de prévalence de 3,1% (IC à 95% : 2,03% - 4,62%). On dénombrait 21 cas parmi les 648 hommes dépistés (3,2%) et un cas parmi les 65 femmes enquêtées (1,5%). Tous les cas provenaient du District de Tunis, soit dans ce district un taux de prévalence de 3,4% au total, 3,6% chez les hommes et 1,8% chez les femmes).

L'enquête de séroprévalence a permis d'identifier différents facteurs de risque (et de protection) en lien avec l'infection au VIH, dont des variables sociodémographiques, des caractéristiques en lien avec l'injection de drogues et des caractéristiques en lien avec la sexualité, de même que de déterminer la prévalence des virus des hépatites pour la première fois dans cette population (30% pour le virus de l'hépatite C).

2.2.3.3. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

Sur un total de 1178 HSH enquêtés, 57 sujets ont été confirmés positifs au VIH, soit une séroprévalence de 4,9% avec un intervalle de confiance à 95% compris entre 3.7% et 6.2%.



La variation de la séroprévalence du VIH chez les HSH selon les régions est de 6.3% pour le nord du pays (Grand-Tunis, Bizerte et Kélibia) et de 5.5% pour la région du 'centre Est' (Sousse et Mahdia). Il s'agit des zones où se concentrent le plus de cas de PVVIH. Pour le sud (Sfax et Tozeur), cette prévalence est de 0.8%.

Tableau10 : Variation de la prévalence du VIH chez les HSH selon les régions

	VIH+	VIH-	Total
Nord Est (Grand Tunis, Bizerte et Kélibia)	32 (6.3)	474 (93.7)	506 (100.0)
Centre Est (Sousse et Mahdia)	21 (5.2)	382 (94.8)	403 (100.0)
Sud (Sfax et Tozeur)	2 (0.8)	251 (99.2)	253 (100.0)

L'analyse des principaux facteurs de risque associés à la séropositivité au VIH a retrouvé que, chez les HSH, l'usage de drogue intraveineuse (UDI) est plus fréquente chez les sujets VIH+ (9.1%) que chez les VIH- (2.2%) ($p=0,01$ et $OR= 4,5$). Ainsi, l'usage de drogues intraveineuses multiplie par 4,5 le risque d'infection par le VIH.

Par contre, l'association avec les antécédents d'IST ainsi que la notion de consommation, d'alcool bien que plus fréquentes chez le sujets VIH+ avec respectivement 32.7% et 38.9% chez les VIH+ contre 25.9% et 80.1% chez les VIH-, n'est pas statistiquement significative.

2.2.4. Interprétation des données épidémiologiques

L'analyse des données épidémiologiques depuis l'apparition de la pandémie à VIH/Sida, ainsi que toutes les estimations de fréquence effectuées, a toujours placé la Tunisie parmi les pays où l'épidémie est peu active, c'est à dire qu'il étaient admis que le virus n'est pas répandu dans la population générale et que l'infection à VIH existe à un niveau faible dans les sous populations dont le comportement présente un risque élevé de contracter ou de transmettre le VIH.

Les études antérieures auprès des populations plus exposées au risque du VIH étaient rares, ponctuelles effectuées auprès des populations non représentatives. Toutefois, elles avaient toujours retrouvé une faible prévalence. Les actions de dépistage du VIH chez les PS clandestines ont retrouvé généralement un taux de prévalence inférieure à 1%, et celles réalisées en 2002 et 2003 n'ont permis de détecter aucun cas positif.

En 2009, pour la première fois **les enquêtes de séroprévalence** ont été effectuées en Tunisie auprès des populations clés, et selon une méthodologie recommandée par les



instances internationales. Le choix des sites a été effectué en raison de l'existence de personnes ressources prédisposées à collaborer dans la réalisation du travail de terrain. Néanmoins, les trois enquêtes ont concerné plusieurs sites, entre autres, les sites des deux zones où la prévalence des cas déclarés d'infection au VIH/sida est la plus élevée (district de Tunis et le centre Est).

La prévalence auprès des trois populations est inférieure à 5% à l'échelle nationale. Les cas de transmission de VIH via le commerce sexuel semblent peu fréquents avec une prévalence inférieure à 1%. La prévalence de l'infection à VIH semble plus élevée parmi les usagers de drogues injectables dans le district de Tunis (3,4%) où l'usage de drogues semble en augmentation. L'enquête de séroprévalence auprès des HSH a montré un taux de prévalence relativement élevé (4,9%).

Cependant, **pour certains sites enquêtés, le seuil de 5% semble être dépassé** ; c'est le cas auprès des HSH dans les deux zones 'nord Est' et 'centre Est' du pays avec un taux plus élevé dans le nord (6, 3%). L'étude de séroprévalence auprès des HSH a concerné sept régions de la Tunisie, où les rapports sexuels entre hommes sont les plus reconnus. Il est opportun de préciser que les autres régions en Tunisie sont concernées par les rapports sexuels entre hommes et mériteraient d'être découvertes et analysées ultérieurement.

Pour affirmer ces prévalences et suivre les tendances, les enquêtes de séroprévalence devraient être répétées en adoptant le même protocole de recherche et en veillant au respect de ce protocole essentiellement lors de la collecte des données.

Toutefois, ces nouvelles données de séroprévalence suggérant des tendances possibles vers une épidémie concentrée, associées à la fréquence des comportements sexuels et d'injection à risque objectivés par les enquêtes comportementales réalisées en 2009 auprès des populations à risque incitent au redoublement de la vigilance et à la mise en œuvre rapide de programmes nationaux de prévention ciblant ces populations clés.

« Il est essentiel de comprendre en détail les populations les plus exposées [au VIH/sida], particulièrement celles qui sont les plus difficiles à atteindre, aux fins de la planification des programmes et pour aider à classer les interventions par priorité » (25)

Par ailleurs, selon les diagnostics de situation déjà établis, *la Tunisie n'est pas à l'abri d'une menace d'extension de l'épidémie*. Les principaux facteurs évoqués sont : la position géographique du pays appartenant à une région de l'Afrique du Nord et du Moyen Orient, non épargnée de l'infection, l'augmentation du nombre de cas d'infection à VIH notifiés à partir de l'année 2000 chez des étrangers issus en grande majorité de pays voisins, le développement du tourisme dans le pays, la prédominance des jeunes parmi la population,



la prédominance urbaine de la population, favorisant ainsi l'exposition aux IST et à l'infection au VIH, le recul de l'âge au mariage, l'importance de la mobilité de la population principalement de l'Ouest vers de l'Est du pays, principalement pour des raisons professionnelles, l'« augmentation » du phénomène de travail du sexe, principalement non déclaré (2).



3. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA

3.1. Engagement politique et actions au plan national

3.1.1. Plan stratégique et soutien politique

Au niveau de l'engagement politique dans la lutte contre le sida, la Tunisie a clairement exprimé sa position politique de lutte contre le VIH/SIDA et a affirmé à maintes reprises son adhésion aux efforts mondiaux dans la lutte contre les maladies transmissibles en général et l'infection à VIH/sida en particulier.

La Tunisie s'est lancée dès 1985, date d'apparition du premier cas de sida dans le pays, dans la lutte contre l'épidémie. Le programme national a ainsi été mis en place en 1987. Depuis 1992, le Programme National de lutte contre le Sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles (PNLS/MST ou PNLS) est appuyé par le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) qui est composé de quatre sous comités techniques couvrant les domaines prioritaires de la lutte contre ce fléau (Surveillance épidémiologique du VIH/Sida ; information éducation et communication (IEC) ; Prise en charge médicale et psychologique des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et le sous comité d'Ethique et de législation). Le secrétariat du CNLS est assuré par la Direction des soins de santé de base (DSSB/ Ministère de la santé Publique) qui héberge le PNLS.

Le CNLS présidé par le Ministre de la santé publique, assure la coordination de la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le VIH/Sida/IST et veille à l'exécution des différents programmes et activités des différents plans stratégiques. En effet, il a procédé à l'élaboration des plans à moyen terme (PMT) successifs d'une durée de quatre ans dont le cinquième qui a été élaboré pour la période 2006-2010. Ces plans stratégiques sont élaborés avec la collaboration des différents secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, impliqués dans la lutte contre l'infection par le VIH / Sida.

L'actuel Plan Stratégique National de Lutte contre l'infection à VIH/sida et les IST 2006-2010» document édité par le MSP/ DSSB en 2005) a été élaboré à la suite d'une analyse de situation globale du VIH avec l'appui de l'ONUSIDA et celui de l'OMS et avec la participation de tous les partenaires concernés par la lutte contre les IST et les infections par le VIH. Ce PSN a considéré aussi les engagements de la Tunisie à l'échelle internationale (objectifs du millénaire, Accès Universel, « Trois Principes » ONUSIDA,



UNGASS, OMS, Fonds Mondial). Cette stratégie multisectorielle a été avalisée par la plupart des partenaires nationaux et externes du développement (1).

Le plan stratégique vise à atteindre les buts et objectifs suivants:

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

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

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

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

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

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

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

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

Les principes directeurs de la riposte sont :

- La mise en œuvre des « Trois Principes » :
 - Une instance nationale de coordination : le Comité National de Lutte contre le SIDA,
 - un cadre d'action : plan stratégique national,
 - un système de suivi et d'évaluation



- Une participation multisectorielle est indispensable à une action de riposte nationale et régionale contre l'infection à VIH.
- Les droits et les responsabilités des personnes touchées par l'infection par le VIH et par le SIDA doivent être protégés.
- La population, doit être responsabilisée en impliquant plus la famille en vue de prévenir l'extension du VIH.
- L'application des précautions universelles et de sécurisation des produits sanguins doit être d'usage si l'on veut minimiser le risque de transmission du VIH par les actes médicaux.
- Tous les tests de dépistage de VIH doivent être volontaires, réalisés au choix de la personne soit de manière anonyme dans les CCDAG, soit dans le cadre d'un dépistage nominatif en milieu de soins entouré d'une garantie de confidentialité et dans les deux options assortis d'un service de conseil avant et après le test.
- La formulation de politiques et de programmes socio-économiques de développement doit prendre en considération les besoins de la riposte nationale contre l'infection par le VIH et du SIDA.
- Les ressources doivent être attribuées en priorité tenant compte des facteurs de vulnérabilité caractérisant les différentes populations exposées à l'infection par le VIH.
- L'accès aux soins et leur gratuité doivent être maintenus pour les catégories qui y ont droit. Des efforts doivent être déployés sans relâche pour améliorer constamment les programmes liés au VIH.

Au cours de la biennie 2008-2009, la mise en œuvre du PSN a été renforcée par l'**appui du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et la Malaria (GFATM)**.

Plusieurs partenaires ont continué à apporter leur contribution au processus d'amélioration de la santé, en plus du Ministère de la Santé : le Ministère de la Justice et des Droits de l'homme qui a pour rôle d'élaborer les textes législatifs, le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité qui a pour rôle d'améliorer le bien être social des malades notamment ceux à besoins spécifiques, le Ministère de l'Intérieur et du Développement Local qui veille à l'application de la législation dans certains domaines (enfance, prostitution...), le Ministère de la Défense Nationale, les ONG (scouts tunisiens, association tunisienne des droits de l'enfant...), les sociétés savantes, les organisations internationales (UNICEF, OMS, ONUSIDA, PNUD...), les universités, la communauté. Cette stratégie multisectorielle a permis de renforcer la couverture par le programme, de différentes populations cibles



notamment les populations vulnérables (jeunes et femmes) et les populations à risque (PS, HSH, UDI, détenus). Les activités de lutte touchent différents milieux tels que les écoles, les lieux de travail et les prisons. Cela a été renforcé grâce à une meilleure implication des OG et ONG dont les capacités ont été renforcées dans le cadre du projet du Fonds Mondial.

D'ailleurs, **la société civile** a été impliquée dans la lutte contre le sida dès la mise en place du Programme National de Lutte contre le sida en 1987 et a participé aussi bien dans la planification que dans l'exécution des cinq plans à court et à moyen terme mis en place entre 1986 et 2005. Différentes ONG thématiques et non thématiques sont membres aux différents comités techniques émanant du comité national de lutte contre le sida particulièrement au comité chargé de l'IEC. L'actuel plan stratégique national couvrant la période 2006-2010 implique d'autres partenaires particulièrement les PVVIH qui sont membres dans les plus importantes ONG du pays et également membres dans le CCM.

En pratique, la société civile participe aux ateliers et réunions organisés pour :

- l'élaboration du plan stratégique national,
- et le suivi de la mise en place des activités de lutte programmée,

Elle participe au suivi et évaluation à travers la collecte des données routinières et la participation à la réalisation des enquêtes sérocomportementales.

Les **représentants des PVVIH** sont impliqués dans les différentes étapes de gestion du PNLS (élaboration de la stratégie, mise en œuvre, évaluation), ils participent régulièrement aux réunions périodiques du CCM et aux autres activités de formation et d'information. Depuis quelques temps, et grâce à la subvention du GFATM, des PVVIH sont impliquées dans le système de prise en charge psychosociale pour agir en tant que médiateurs socio-sanitaires.

En Tunisie, le principe de respect des droits de la personne et celui de la non-discrimination ont été repris par la loi de référence en Tunisie traitant du VIH/SIDA. En effet, la loi n°71/92 du 27 juillet 1992, abrogée en 2007 relative aux maladies transmissibles, de par son champ d'action a évité d'une part de stigmatiser le VIH/SIDA en s'appliquant aux différentes maladies transmissibles et a visé d'autre part dans son article premier la non stigmatisation a cause d'une maladie : « nul ne peut faire l'objet de mesures discriminatoires à l'occasion de la prévention ou du traitement d'une maladie transmissible » (13).



Ainsi, les activités de prévention, de traitement, de soins et de soutien ont été consolidées. Le gouvernement tunisien continue à assurer gratuitement la prise en charge complète des PVVIH notamment celles ne disposant pas d'une couverture sociale.

3.1.2. Fonds alloués à la lutte contre le sida

Depuis sa création, le PNLS/MST dispose d'un budget autonome mais limité (réservé à la prise en charge des malades et aux tests de dépistage et de suivi biologique). Néanmoins, à partir de 2007, le financement d'une partie importante du plan stratégique national est assuré par le GFATM.

Par ailleurs, certaines ONG ont mobilisé des ressources additionnelles à partir d'autres sources de financement (coopération bilatérales, ONG régionales et internationales). En l'absence d'un système de tracking des dépenses adopté au niveau pays, il est difficile de cerner les montants et les sources des financements ainsi que la dépense consacrée à la lutte contre le VIH par les différents partenaires du PNLS.

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

3.1.2.1. Budget de l'état

Le budget global du Ministère de la Santé Publique alloué au PNLS et géré par la DSSB, est destiné principalement à l'achat des antirétroviraux et des réactifs de dépistage et de suivi biologique.

Pour les autres catégories de coût, l'information n'est pas disponible auprès du ministère de la santé. En fait, le budget et les dépenses consacrés aux ressources humaines, à la formation, à la supervision ... ne sont pas individualisés vue que les activités de lutte contre le VIH sont intégrées avec les activités des autres programmes nationaux.

Selon le rapport annuel de la DSSB (MSP), en 2008, l'enveloppe budgétaire du PNLS était de l'ordre de 752850 \$ US soit 1050000 dinars tunisiens (1 DT= 0,717 \$ US). Les dépenses étaient de l'ordre de 1057875 DT (428265 DT achats de réactifs pour le dépistage du VIH, la numération du CD4/CD8 et la détection de la charge virale plasmatique et, 629610 DT pour l'achat des médicaments et ARV de 1^{ère} ligne). L'enveloppe budgétaire du PNLS en 2009 est de 803040 \$ US (1200 mille dinars) (15).



La contribution de l'état ne se limite pas à ce budget. Pour les autres secteurs gouvernementaux (en dehors de celui de la santé), il n'y a pas eu de budget individualisé affecté directement pour la lutte contre le VIH/sida. Néanmoins, le financement de certaines activités telles que les activités de CCC entreprises par les différents départements notamment à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, ou encore les aides sociales et financières pour les PVVIH sont assurées par les différents secteurs mais intégrées dans d'autres rubriques (par exemple : aides aux personnes handicapées ou nécessiteuses). Par ailleurs, certaines activités (formation, CCC) sont soutenues par le PNLS.

En outre depuis 2007, certains secteurs sont inclus dans le programme de coopération avec le Fonds Mondial et bénéficient d'un budget pour la réalisation des activités au profit de leur public cible.

3.1.2.2. Projet du Fonds Mondial de lutte contre le VIH

Selon l'unité de gestion du Fonds Mondial, le budget pour les deux années de la première phase du projet GFATM (« septembre 2007- août 2008 » et « septembre 2008- août 2009 ») est de 9 565 500,00 mille dollars. Les dépenses étaient de 5 886 532,00 dollars. Près des trois quarts (72,1%) ont été consacrés au renforcement des capacités de la société civile et des institutions, 16,6% à la prévention (communication pour le changement des comportements, l'achat des préservatifs, test et conseil, diagnostic et traitement des IST), 11,3% à la prise en charge des PVVIH (soutien et traitement : l'achat des ARV de 2^{ème} ligne).



Figure 6: Projet du GFATM : Répartition du budget et des dépenses par domaine de prestation des soins (septembre 2007- Aout 2009)

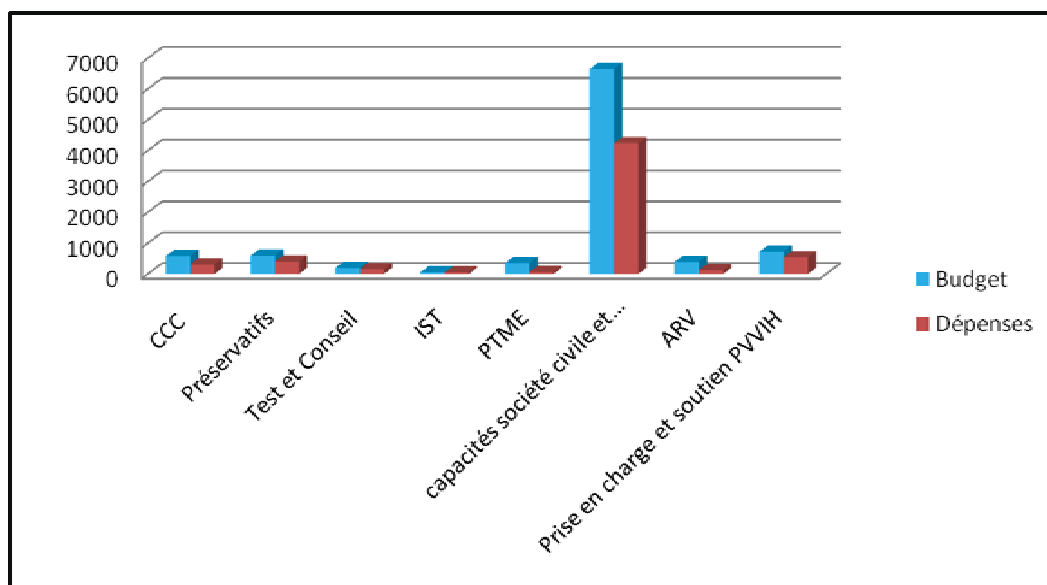
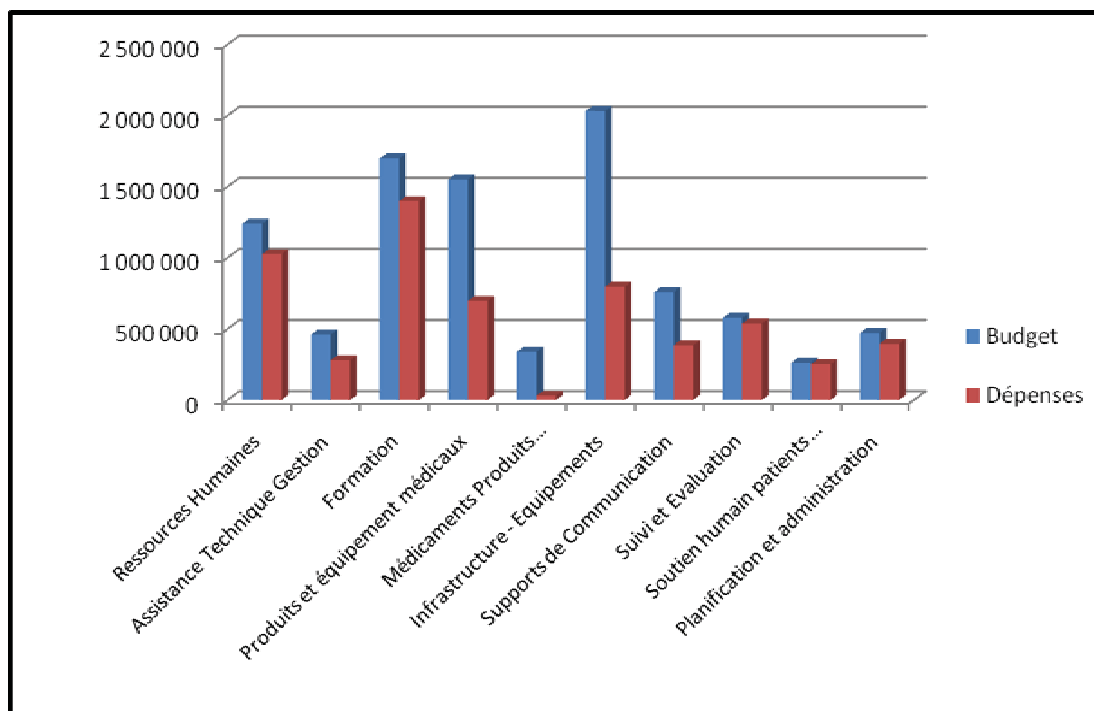


Figure 7 : Projet du GFATM : Répartition du budget et des dépenses par catégorie de coût



3.2. Prévention

3.2.1. Les programmes et projets mis en place

3.2.1.1. Sécurité transfusionnelle

La sécurité transfusionnelle est assurée depuis 1987 et la gratuité des analyses de laboratoire et le traitement des donneurs dépistés séropositifs au VIH sont garantis. Au cours des années 2008 – 2009, il y a eu un renforcement des capacités de diagnostic des laboratoires et des banques du sang par des équipements, consommables et réactifs.

En fait, le contrôle sérologique obligatoire et exhaustif effectué sur tous les dons de sang à travers tout le territoire du pays, a démarré en décembre 1987 juste après l'adoption du PNLS. Le dépistage systématique des dons concerne les marqueurs sérologiques de quatre infections : hépatites virales B et C, syphilis et l'infection par le VIH 1 et 2.

Des procédures d'assurance de la qualité du contrôle du don du sang ont été élaborées et diffusées à l'ensemble des unités concernées. Le contrôle externe de la qualité est assuré par l'UCTSBS (unité centrale de transfusion sanguine et des banques du sang).

Le nombre des poches testées est de 172508 en 2008 et de 181486 en 2009 avec **un taux de positivité au VIH respectivement de 0,06/1000 (10 poches séropositives) 0,04/ 1000 (8 poches séropositives)**. L'information provient à partir des rapports établis périodiquement de la part de l'ensemble des banques de sang et des centres de transfusion sanguine du pays (national, militaire et régionales) et envoyés via l'UCTSBS (unité centrale de transfusion sanguine et des banques du sang) à la DSSB (qui les approvisionnent gratuitement en réactif pour le test Elisa de dépistage de l'infection à VIH).

3.2.1.2. Précautions universelles et prophylaxie post exposition en milieu de soins

Les programmes de formation continue développés par le Ministère de la Santé publique et mis en œuvre au niveau des hôpitaux et autres structures de soins via les services de Médecine du travail incluent la prévention des AES. Dans les services les plus exposés, le chef de service est chargé d'assurer la formation de son personnel sur le respect des règles universelles d'asepsie et d'hygiène dans les lieux de soins. Ces activités ne sont pas documentées.



Ces activités ont été renforcées dans le cadre du projet GFATM, on peut citer à titre d'exemple (1,18):

- la formation des dentistes à la prévention et aux précautions universelles effectuée en collaboration avec le conseil de l'ordre des médecins dentistes, le centre International de Formation et de Recherche de l'ONFP avec une session de formation au profit des médecins dentistes du secteur public et privé et l'élaboration d'un guide pour la formation des dentistes traitant des précautions universelles ;
- quatre sessions de formation ont été organisées pour sensibiliser et renforcer les compétences des prestataires de services aux accidents exposants au sang et les modalités d'intervention suite à un accident exposant au sang ;
- Formation continue à distance des médecins, biologistes et autres paramédicaux du secteur privé.

Par ailleurs, les quatre services hospitaliers chargés de la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH (qui sont repartis sur le territoire tunisien), disposent d'une trousse d'urgence pour la prise en charge des AES.

3.2.1.3. Prévention de la transmission mère-enfant

Quoique la prévalence dans la population générale soit faible, le droit de l'enfant à la santé et l'environnement sanitaire adéquat ont été jugés favorables pour développer une stratégie nationale de réduction de la transmission mère enfant avec l'appui de l'UNICEF et à travers une consultation internationale. Cette stratégie repose sur plusieurs volets dont notamment le dépistage parmi les femmes enceintes en travail et qui viennent accoucher au niveau des maternités, si cela n'a pas été réalisé dans le cadre du bilan prénatal. Dans le cadre du projet du GFATM, le PNLS a procédé à la formation continue des professionnels de santé (des maternités centrales et régionales), en matière de counselling et dépistage. Il a rendu disponible le test rapide au niveau de ces maternités. Par ailleurs, des cycles de formation ont été réalisés pour les pédiatres, les gynécologues et les sages femmes assurant la consultation des nouveaux nés au suivi clinique et biologique des nouveaux nés et nourrissons de mères séropositives (prophylaxie des infections opportunistes incluses).

A la fin de l'année 2009, quatre femmes enceintes séropositives ont été prises en charge par les services médicaux dont une pour une interruption volontaire de la grossesse.



Concernant la stratégie de PTME au niveau du suivi des femmes séropositives désirant ou présentant une grossesse, la mise en œuvre est satisfaisante.

Par contre, le dépistage du VIH chez des femmes non connues qui se présentent pour accouchement reste faible pour différentes raisons :

- la faible prévalence de l'infection au VIH dans le pays,
- le court séjour des parturientes à la maternité en Tunisie, en général les femmes arrivent à la maternité déjà en travail, sur le point d'accoucher et, dans la majorité des cas, elles quittent la maternité dans les 24 heures qui suivent l'accouchement,
- la mise en application de la stratégie PTME est récente.

Il serait plus opportun de procéder à ce dépistage au cours de la grossesse et impliquer le personnel assurant la surveillance de la grossesse (les sages femmes et les gynécologues du secteur public et les gynécologues du secteur privé). Dans ces conditions, l'identification des personnes à risque à travers l'entrevue est plus probable vue la relation qui peut s'établir entre le personnel de santé et la future mère.

3.2.1.4. Les activités de communication pour le changement de comportement

Les activités d'IEC sont assurées par différents partenaires :

- secteur de la santé publique avec implication des trois niveaux :
 - Niveau central : la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB), la Direction de Médecine Scolaire et Universitaire (DMSU) et l'Office National de la Famille et de la Population (ONPF).
 - Niveau régional : SRSSB et délégation régionale de santé de la reproduction
 - Niveau local : circonscription sanitaire et Centre de soins de base
- autres organismes gouvernementaux particulièrement le Ministère de l'Education et de la Formation, le Ministère des Affaires Sociales de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger, le Ministère des Affaires de la Femme, de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Agées, le Ministère de la Défense Nationale, Ministère des Affaires Religieuses.
- ainsi que plusieurs ONG dont notamment l'Association Tunisienne de lutte contre les MST/SIDA (ATL-MST-SIDA), l'Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le SIDA (ATIOS), l'Association Tunisienne de Prévention contre



la Toxicomanie (ATUPRET), l'Association des Jeunes Tunisiens, le Scout Tunisien, le Croissant Rouge Tunisien (CRT), l'Alliance des femmes tunisienne de carrière médicale et sociale.

- et les personnes vivant avec le VIH.

Ces activités ciblaient essentiellement les populations vulnérables. Toutefois, durant les années 2008 et 2009, les activités IEC ont été renforcées dans le cadre du projet du GFATM. Les sous bénéficiaires (Fonds Mondial) et les partenaires se sont mobilisés pour toucher un plus grand nombre de personnes vulnérables, groupes à comportement à haut risque, PVVIH, relais de communication et prestataires de services.

Ainsi, plusieurs émissions télévisées et radiophoniques ont traité de la thématique IST/SIDA. Des journalistes et communicateurs ont bénéficié d'une sensibilisation et d'une formation en matière de prévention du VIH SIDA et lutte contre la stigmatisation et l'exclusion.

Des populations parmi les groupes vulnérables ont bénéficiées de ces activités de CCC notamment les jeunes vulnérables scolarisés et non scolarisés, les jeunes recrues militaires qui ont été sensibilisés aux facteurs de risque, à la prévention, à la promotion (avec distribution) du préservatif et la promotion du dépistage :

- Dans le cadre du programme Fonds Mondial, 14 105 jeunes recrues militaires ont été sensibilisés aux facteurs de risque, prévention, promotion et distribution du préservatif et promotion du dépistage du sida.
- Plusieurs institutions (OG et ONG) ont la charge de sensibiliser les jeunes scolarisés et non scolarisés sur les risques de transmission des IST/VIH/sida et les moyens de prévention en milieu scolaire et universitaire ou à travers de campagnes de sensibilisation dans les lieux publiques, dans des festivals, dans les lieux de rassemblement des jeunes...

Le Ministère des affaires sociales, de solidarité et des Tunisiens à l'étranger participe à ces activités à travers :

- les groupements de médecine de travail qui organisent des séances de sensibilisation de travailleurs dans leurs milieux de travail et les centres de défense et d'intégration sociale implantés dans les zones les plus défavorables et qui reçoivent les jeunes en échec scolaire, vivant des situations sociales difficiles... et



ceci dans différentes régions : Tunis, Manouba, Nabeul, Gafsa, Sousse, Kairouan, Gabes, Sfax, Kasserine, Bizerte, Jendouba ...

- l'Office des Tunisiens à l'Etranger (OTE) qui organise des séances d'éducation à l'attention des jeunes Tunisiens résidents dans des pays étrangers : la France, l'Allemagne, la Belgique et l'Italie pendant les vacances, sur les bateaux ramenant ces jeunes en Tunisie et dans leurs pays d'accueil.

Pour les populations les plus à risque à l'infection au VIH (PS, UDI, HSH, détenus), l'approche préconisée est celle de la communication de proximité pour le changement de comportement et notamment l'éducation par les pairs. Ces populations ont été ciblées essentiellement par les ONG :

- Pour les **PS** : suite au renforcement des capacités des ONG ATLMST/SIDA (section Tunis) et ATUPRET, en ressources humaines et moyens roulants, une nouvelle cartographie a été établie et de nouveaux sites ont pu être identifiés. Ceci a facilité la réalisation des deux enquêtes de séroprévalence et comportementale auprès des travailleuses de sexe. L'ATLMST/SIDA (section Tunis) a opté pour une approche participative dans ses actions de prévention et a recruté et formé des éducateurs pairs parmi les cette population. Cette approche a permis à cette association de toucher de nouvelles travailleuses de sexe clandestines dans de nouveaux sites qui étaient inaccessibles et cachés. L'ATUPRET (Sfax) a déployé des efforts considérables afin de sensibiliser un grand nombre de PS légales et clandestines.
- Concernant les **HSH**, l'ATLMST/SIDA (section Tunis) a recruté et formé des éducateurs pairs parmi les HSH qui ont multiplié les efforts pour toucher un nombre important de cette population. La réalisation de l'enquête séro-comportementale auprès d'un échantillon de 1200 HSH a permis aux enquêteurs et éducateurs pairs de découvrir de nouveaux sites et d'élargir le réseau de connaissance de cette population qui était initialement cachée et inaccessible.
- Concernant les **UDI**, l'ATLMST/SIDA (section Tunis) a adopté une approche pilote de « réduction des risques » en distribuant des seringues pour limiter les échanges de seringues utilisées entre les UDI ce qui a permis de toucher de nouveaux UDI. Cette association a recruté et formé des éducateurs pairs parmi cette population ce qui lui a permis de mieux approcher les UDI afin de les sensibiliser sur les risques encourues et l'importance de prendre des mesures de prévention. Par ailleurs,



l'ATIOS a pu identifier de nouveaux UDI et de les sensibiliser lors l'enquête séro-comportementale auprès de 700 UDI.

Témoignage d'un jeune travailleur de sexe (extrait du document du projet associatif de l'ATL MST/sida-Section de Tunis « Ecole de vie »)

Selim a 25 ans. Il habite Tunis et il est éducateur pair auprès des travailleurs de sexe masculin.

«C'est par des amis membres de l'ATL MST/sida – Section de Tunis que j'ai découvert l'association. J'ai assez vite senti que leur travail me touchait personnellement et me concernait. Il s'agissait de mobiliser des gens contre le sida, de les inciter à avoir des rapports protégés et des comportements responsables. Je sais que de nombreux travailleurs de sexe ne se protègent pas et qu'il y a beaucoup de prises de risques. J'ai donc décidé de participer aux actions de l'ATL MST/sida – Section de Tunis. J'ai suivi une formation et je suis devenu "éducateur pair". Mon rôle consiste à rencontrer des travailleurs du sexe, à prendre contact avec eux et à donner des informations les plus précises possibles. J'ai moi-même exercé cette activité, c'est un milieu que je connais bien. C'est donc plus facile pour moi d'aborder les gens et la question de la prévention. Le plus souvent, ceux que je rencontre veulent donner une certaine image d'eux..... ils n'ont pas l'argent pour acheter les préservatifs et que les clients n'en achètent pas non plus..... »

- Concernant les **détenus** (hommes et femmes), 18 institutions carcérales de toutes la Tunisie ont été touchées par des activités de sensibilisation sur le Sida et 79 personnes travaillant dans ces institutions ont bénéficié d'une journée de sensibilisation aux IST-VIH/SIDA. Les détenus sont touchés par les activités de proximité et de sensibilisation sur les facteurs de risque sur les IST / SIDA et de promotion de dépistage anonyme dans les séances de groupes. En outre, des séances de sensibilisation diffusées à travers la radio interne dans deux prisons (dont l'un pour femmes) ont touché au moins 2000 détenus. Une stratégie nationale de prévention du VIH en milieu carcéral est en cours de développement.
- Concernant les PVVIH, et selon le plan d'action du PNLIS/GFATM en partenariat avec la Confédération Maghrébine de Lutte contre le sida en Tunisie (COMALI), des accompagnateurs socio-sanitaires parmi les PVVIH apporteront un soutien au dispositif national de prise en charge psychosocial des PVVIH.



Toutefois, ces actions de sensibilisation, de communication et d'éducation sont à renforcer davantage auprès des populations les plus exposées au risque d'infection pour limiter le risque de transmission.

Pour améliorer la qualité des activités IEC, l'ONFP (bénéficiaire principal du GFATM) a pris en charge dans son programme de prévention le pilotage de la mise en place d'une stratégie nationale de communication pour la prévention du VIH/sida. Un cahier de charge a été élaboré avec la collaboration des sous bénéficiaires et partenaires du programme. Cette stratégie permettra une harmonisation de toutes les productions audiovisuelles et imprimés programmées par les sous bénéficiaires et partenaires du programme qui devront être conformes et inspirées de ladite stratégie en vue d'optimiser les messages, les approches et les supports tout en tenant compte des spécificités des groupes ciblés par les uns et les autres. Cette stratégie prévoit en outre un volet de marketing social du préservatif.

Depuis le mois de septembre 2007, l'unité de gestion du GFATM collecte l'information relative aux activités d'IEC financées par le GFATM et relate dans ses rapports périodiques présentés lors de la réunion du CCM et / ou envoyés au fonds mondial, le degré de réalisation de ces activités par rapport aux objectifs fixés. L'information est alors d'ordre quantitatif (le nombre de séances, le nombre d'individus touchés et le public cible) sans considérer l'aspect qualitatif.

3.2.1.5. Gestion des préservatifs

Les quantités de préservatifs distribués annuellement par l'Office National de la Famille et de la Population sont en augmentation :

- 4274952 préservatifs en 2008,
- 9433803 préservatifs en 2009.

Au cours de l'année 2009, pour améliorer l'accessibilité au préservatif dont la vente s'est limitée pendant longtemps aux pharmacies et après une modification de la réglementation en vigueur, le préservatif commence à être commercialisé dans les grandes surfaces...(14).



Aussi, 84,9% de ces préservatifs sont fournis pour une distribution gratuite aux ONG et aux structures publiques de soins de 1^{ère} ligne. Par ailleurs, 100 distributeurs automatiques de préservatifs sont acquis et installés dans différents lieux fréquentés par une large population (centres jeunes, associations, maisons jeunes...). Ils fournissent le préservatif à un coût de 0,200DT (à titre indicatif le salaire mensuel minimal en Tunisie est de 250 DT).

Malgré cela, il semble qu'il y ait des difficultés pour faire écouler les stocks achetés. **La promotion du préservatif demeure un enjeu majeur dans la riposte au sida en Tunisie.**

3.2.1.6. La prise en charge des IST

La prise en charge des IST par l'approche syndromique préconisée par l'OMS est adoptée dans le pays depuis une dizaine d'année avec une révision des algorithmes en cours de route pour améliorer la sensibilité du dépistage des cas. Les rapports d'activité relatifs à la prise en charge des IST par approche syndromique répertorient les cas ayant consulté dans les CSB et les CREPF (secteur public) pour l'un des syndromes individualisés par le programme. Cependant, on ne peut se baser sur ces données pour décrire l'ampleur du problème (fréquence des IST en Tunisie) et ses caractéristiques ou pour évaluer l'efficacité des programmes mis en place, d'autant plus qu'en Tunisie le recours à l'automédication et au secteur privé pour la prise en charge des IST surtout parmi les hommes est fréquent.

Ainsi, au cours de la biennie 2008-2009, un système de surveillance sentinelle auprès des médecins privés et des pharmacies privées a été mis en place comme prévu dans le PSN. Neuf sites ont été identifiés et ont commencé effectivement à collecter de l'information après avoir été sensibilisés et formés.

En parallèle, un effort a été déployé pour renforcer :

- la formation du personnel du secteur public à propos de la prise en charge par approche syndromique,
- la sensibilisation et la formation des pharmaciens privés à propos de leur rôle majeur dans l'orientation, l'éducation et le conseil pour la santé, au profit du citoyen en général et de leurs clients en particulier.

3.2.1.7. Le dépistage

Le nombre des structures offrant le dépistage de l'infection à VIH s'est multiplié au cours de la période 2008 – 2009 avec :



- la création de 19 centres de conseil et de dépistage anonyme et gratuit (CCDAG) régie par deux arrêtés du Ministère de la Santé publique [Arrêté du 18 novembre 2008 (Journal Officiel de la République Tunisienne n°94 du 21 novembre 2008) fixant la liste des centres et établissements sanitaire dans lesquels le dépistage anonyme des infections par le VIH/SIDA est effectué de façon volontaire & arrêté du 4 septembre 2009 (Journal Officiel de la République Tunisienne n°73 du 11 septembre 2009) complétant l'arrêté du 18 novembre 2008 fixant la liste des centres et établissements sanitaire dans lesquels le dépistage anonyme des infections par le VIH/SIDA est effectué de façon volontaire].
- et l'équipement en matériel informatique nécessaire avec la fourniture des tests rapides au niveau de certaines maternités et la formation spécifique du personnel.

Par ailleurs, en Tunisie le test sérologique ELISA est disponible dans l'ensemble des centres de transfusion sanguine, les banques du sang et les laboratoires de biologie médicale du secteur public, ainsi que dans la majorité des laboratoires privés.

Des actions de communication sont en cours d'être déployés par le Ministère de la santé publique et ses partenaires pour renforcer la promotion des services de ces centres et d'instaurer une habitude de dépistage chez la population générale et essentiellement chez les populations à comportement à haut risque (spots TV, spots radio...).

3.2.2. Effets des programmes et des activités mis en œuvre

Les données recueillies à travers les enquêtes comportementales qui sont appelées à être répétées périodiquement, permettent d'étudier les effets des activités réalisées sur le changement des comportements. Ces données peuvent servir de système d'alerte rapide pour la propagation du VIH. Elles permettront en outre, d'expliquer les changements dans les taux d'incidence et de prévalence du VIH.

Néanmoins, le recul est insuffisant pour pouvoir évaluer les effets des activités IEC qui ont été renforcées durant la période 2008-2009 grâce au projet du GFATM.

3.2.2.1. Le niveau des connaissances (modes de transmission et méthodes de prévention) sur les IST-VIH/SIDA

Les connaissances **des jeunes** semblent insuffisantes. Selon l'enquête comportementale nationale effectuée auprès d'un échantillon représentatif des jeunes non scolarisés (1200), 7,7% % de jeunes âgés de 15 à 24 ans possèdent tout à la fois des connaissances exactes



sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus. Les connaissances sont meilleures parmi les femmes (11,4% chez les femmes et 4,9% chez les hommes) et chez les plus âgés (5,6% chez les âgés de moins de 20 ans et 8,6% chez les âgés de 20 et plus) mais la différence est faible témoignant que, même les plus âgés n'ont pas eu l'occasion d'améliorer leurs connaissances (7).

Ces chiffres témoignent d'une insuffisance des activités d'information, d'éducation et de communication auprès de ce groupe de jeunes vulnérables.

Tableau 11 : Les connaissances et le rejet des idées fausses à propos du VIH parmi les jeunes non scolarisés âgés de moins 25 ans

	Hommes		Femmes		Total
	15-19	20-24	15-19	20-24	
Total des personnes interrogées	215	475	167	343	1200
Nombre de personnes interrogées ayant répondu correctement aux <u>toutes</u> les cinq questions	9 4,2%	25 5,3%	13 7,8%	45 13,1%	92 7,7%
	4,9%		11,4%		
Réponse correcte la question 1 : Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?	104	254	73	183	614 51,2%
Réponse correcte la question 2 : Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?	114	239	55	193	601 50,1%
Réponse correcte la question 3 : Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?	77	221	62	179	539 44,9%
Réponse correcte la question 4 : Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?	56	151	60	167	434 36,1%
Réponse correcte la question 5 : Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?	63	205	65	167	500 41,7%

Source : Enquête comportementale auprès des jeunes non scolarisés, 2009 (7).

Selon les enquêtes comportementales effectuées auprès des **populations les plus à risque**, les connaissances de ces populations, sont en général, faibles. En effet, les pourcentages,



parmi les PS, HSH et UID, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus sont respectivement 12,6%, 8,5% et 23,9%. Le quart des PS et plus du cinquième des HSH ne connaissent pas que le risque de transmission du VIH peut être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport. Les fausses idées sont aussi fréquentes notamment parmi les PS. Les UDI semblent mieux informés par rapport aux deux autres populations étudiées. Les connaissances sont légèrement meilleures parmi la tranche d'âge 25 ans et plus, ce qui dénotent de la faible couverture de ces populations par les activités de CCC ou encore de l'effet ces activités.

Tableau 12: Connaissances des moyens de protection contre le VIH/sida et rejet des idées fausses par les populations les plus à risque au VIH : PS, HSH et UDI.

	PS N= 397		HSH N= 1178		UDI N=711			
	<25	≥25	<25	≥25	H	F	<25	≥25
Total des personnes interrogées	158	239	685	493	640	71	206	505
Nombre de personnes interrogées ayant répondu correctement aux <u>toutes</u> les cinq questions	18 11,4%	32 13,4%	159 23,2%	117 23,7%	156 24,4%	14 19,7%	39 18,9%	131 25,9%
	50/397 (12,6%)		276/1178 (8,5%)		170/711 (23,9%)			
Réponse correcte question 1 : Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?	103	155	492	336	524	52	165	411
	258/397 65,2%		828/1178 70,3%		576/711 81,0%			
Réponse correcte question 2 : Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?	125	174	540	388	590	55	183	462
	75,3%		78,8%		90,7%			
Réponse correcte question 3 : Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?	78	89	423	401	521	56	171	406
	42,1%		69,9%		81,2%			
Réponse correcte question 4 : Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?	46	67	336	235	250	31	66	215
	28,5%		48,5%		39,5%			
Réponse correcte question 5 : Peut-on contracter le VIH en partageant un	50	72	484	355	477	48	124	401
	30,7%		71,2%		73,8%			



repas avec une personne séropositive ?			
--	--	--	--

Sources : Enquêtes comportementales auprès des trois populations les plus à risque, 2009 (8-12).

3.2.2.2. Les personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre

Globalement, la part des populations les plus à risque que les programmes de prévention parviennent à atteindre est faible notamment en ce qui concerne la distribution des préservatifs. Le lieu d'acquisition des moyens de prévention (préservatifs ou seringues stériles pour les UDI) le plus cités par les enquêtés est la pharmacie privée.

Les lieux de dépistage les plus relatés par les enquêtés (PS, UDI, HSH) est l'hôpital et ensuite les laboratoires d'analyses médicales du secteur privé et les cabinets médicaux privés. Les centres de dépistages anonymes et gratuits ne sont cités que par une faible proportion (en général inférieure à 10%).

Les programmes de prévention parviennent à atteindre 38,2% de l'ensemble des PS enquêtés, ce pourcentage est de 28,8% chez les PS âgées de moins de 25 ans.

Tableau 13: Couverture des populations les plus à risque par les programmes de prévention

	PS**	UDI*	HSH**
1-Avez-vous obtenu des préservatifs au cours des 12 derniers mois?	38,3 %	Non précisé	61 %
2- Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ?	74,0 %	80,3%	87,3 %
% de personnes ayant répondu oui aux deux ou trois questions	38,2 %	Non précisé	53,1%

* Source : enquêtes comportementales (11)

** Source : enquêtes sérocomportementales (8,10)

La Tunisie ne dispose pas encore d'un programme de prévention et prise en charge de la toxicomanie ni d'une stratégie de réduction des risques incluant la distribution des seringues et aiguilles pour les UDI ni le traitement substitutif. Actuellement, deux centres de désintoxication existent dans le pays, il s'agit du service "Espoir de Djebel Ouest"(étatique) et du "Centre TINA à Sfax" (ONG ATUPRET).



L'implication des associations dans la distribution des aiguilles et des seringues au profit des usagers de drogues injectables reste timide, par rapport à l'expérience d'autres pays. Seule une association intervenant dans le domaine de la riposte au sida s'est lancée depuis presque une année dans ce créneau non officiel.

3.2.2.3. Le recours au dépistage

Le recours au dépistage est faible aussi bien de la part de la population vulnérable que les populations exposées à un plus haut risque d'infection au VIH.

Selon l'enquête nationale des comportements à risque des jeunes non scolarisés et célibataires en Tunisie effectuée auprès d'un échantillon représentatif (échantillonnage en grappe par tirage au sort des délégations de l'ensemble du pays) de 1200 jeunes non scolarisés (690 hommes et 510 femmes) en 2009, le pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 24 ans ayant subi un test VIH et en connaissant le résultats est de 1,9% (2,7% parmi les hommes et 0,9% parmi les femmes).

Le pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat varie de 14 à 21%.

Tableau 14: Fréquence du recours au dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque

	PS	HSH	UDI
Pourcentage de Personne ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	14,1%	18,2%	20,8%

3.2.2.4. Les comportements sexuels

En Tunisie, « la sexualité hors cadre du mariage marquerait de plus en plus les pratiques des Tunisiens, en raison du report de l'âge au mariage, de l'ouverture de la Tunisie sur les pays du Nord, qui ont connu une libération sexuelle importante, au cours des dernières décennies, de l'allègement du contrôle social exercé sur l'individu... Ces rapports sexuels hors cadre du mariage qui démarrent, parfois, à un âge précoce chez les adolescents et les jeunes multiplient les risques, dont les infections sexuellement transmissibles, les grossesses non désirées, les interruptions volontaires des grossesses... »(7).



Selon l'enquête nationale des comportements à risque des jeunes non scolarisés, âgés de 15 à 24 ans et célibataires (2009), 35,9% des jeunes (parmi les 1200 incus dans l'étude) déclarent **avoir une activité sexuelle** (52,5% chez les garçons contre 13,5% chez les filles / 42,9% en milieu urbain contre 26,7% en milieu rural). Ce pourcentage est de 23,6% chez les âgés de moins de 20 ans (34,4% chez les garçons et 9,6% chez les filles) et de 41,7% chez les âgés de 20 ans et plus (60,6% chez les garçons et 15,5% chez les filles).

Par ailleurs, il s'avère que parmi les 1200 jeunes enquêtés, 45 (3,75%) ont eu des **rapports sexuels avant l'âge de 15 ans**, 306 (25,5%) entre 15 et 19 ans et 77 (6,4%) entre 20 et 24 ans (pour 3 jeunes (0,03 %) l'âge au 1^{er} rapport sexuel est n'a pas été précisé) (7).

Selon l'enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés effectuées en 2000 auprès de 2000 adolescents (dans les lycées, le lieu de travail, les centres pour jeunes), l'âge moyen du premier rapport sexuel est à 16,4 ans pour les filles et à 17,4 ans pour les garçons (26).

L'enquête PAPFAM (Pan Arab Project for Family Health) réalisée en 2001, montre que plus de la moitié (50 à 60%) des garçons et 12 à 18% des filles ont des rapports sexuels avant le mariage (27).

Tableau 15 : La sexualité auprès des jeunes non scolarisés âgés de 15 à 24 ans et célibataires(7)

	Sexuellement actifs	Ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents	Ayant eu un seul partenaire sexuelle au cours des 12 mois précédents	Total des enquêtés
Garçons	362 (52,5%)	257 (37,2%)	105(15,2%)	690 (100%)
Filles	69 (13,5%)	23 (4,5%)	46 (9,0%)	510 (100%)
Total	431(35,9%)	280 (23,3%)	151 (12,6%)	1200 (100%)

L'enquête nationale des comportements à risque des jeunes non scolarisés, âgés de 15 à 24 ans et célibataires (2009), notifiant d'autres problèmes :

- 58,3% parmi les jeunes sexuellement actifs déclarent avoir un seul partenaire au cours des 12 mois précédents.
- 39,5% déclarent ne pas connaître le préservatif (31,1% en milieu urbain et 49,2% en milieu rural). Parmi ceux qui connaissent le préservatif, 86,1% connaissent d'où avoir le préservatif (89,6% et 79,3% pour les filles). Le lieu le plus cité est la pharmacie (officine privé) 98,4%.



- 29,5% parmi les jeunes ayant une activité sexuelle (soit 10,6% de l'ensemble des enquêtés) déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur 1^{er} rapport. 16,0 % de ces jeunes déclarent avoir utilisé systématiquement le préservatif au cours des 12 mois précédents. Il s'avère aussi que 69,7% parmi les jeunes ayant eu des rapports sexuels (68,3% en milieu urbain et 72,5% en milieu rural) n'ont jamais utilisé de préservatif.
- **28,3% des jeunes sexuellement actifs déclarent avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel.**
- les jeunes pratiquent des rapports sexuelles avec pénétration vaginale (60,1% avec 63,8% chez les garçons et 40,6%) ou pénétration anale (28,5% avec 29,6% chez les garçons et 18,8% chez les filles) ou encore superficielles (42,5% avec 38,7% chez les garçons et 62,3% chez les filles) ; les deux dernières pratiques permettent aux filles de préserver leur virginité, cependant elles peuvent exposer au risque des IST et de l'infection à VIH.

Parmi les populations les plus à risque et selon les enquêtes comportementales effectuées en 2009, il s'avère que :

- uniquement 51,6% des **PS** déclarent avoir utilisé le préservatif avec le dernier client,
- 36.2% des **HSH** déclarent avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport anal avec un partenaire non prostitué et 45.8% déclarent l'avoir utilisé lors du dernier rapport anal payant avec un prostitué. Par ailleurs, 69,4% des HSH rapporte avoir eu au moins une partenaire féminine au cours de leur vie et 48,4% des interrogés déclare n'avoir jamais utilisé de préservatif lors des rapports sexuels avec des partenaires féminines au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. En outre, 38,7% seulement des interrogés déclare avoir utilisé le préservatif avec une partenaire féminine, lors du dernier rapport sexuel, au cours des six derniers mois, précédents l'enquête.
- 34,0 % des **UDI** déclarent avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel non payant et 36,8% lors du dernier rapport sexuel payant. Par ailleurs, 53,9% des UDI interrogés rapporte ne pas avoir utilisé une seringue ou une aiguille déjà utilisée par quelqu'un d'autre, au cours des 30 derniers jours précédents l'enquête.

Les raisons du non utilisation du préservatif ne semblent pas découler de problèmes logistiques (cherté du prix), mais plutôt de l'absence d'une culture de sexualité protégée et responsable (11).





3.3. Soins, traitement et appui

3.3.1. Prise en charge des PVVIH

3.3.1.1. Thérapie antirétrovirale

La prise en charge des infections à VIH/sida est assurée par les quatre services hospitaliers universitaires de Pathologie Infectieuse répartis dans les zones où se concentrent les PVVIH correspondant aux régions à plus forte densité de population. Ces 4 pôles disposent de ressources humaines médicales et paramédicales spécialisées et d'un plateau technique permettant un suivi clinico-biologique de qualité.

Par rapport à la période 2006-2007, la gestion des ARV s'est améliorée avec une disponibilité permanente des ARV au niveau central. Les ruptures de stock signalées en 2008 et 2009 par les services hospitaliers ne dépassent pas 2-3 jours le temps de s'approvisionner auprès du dépôt central.

Actuellement, le processus de mise en place de gestion informatisée des achats et des stocks est en cours, avec la participation des différents intervenants (DSSB, pharmacie et dépôt central des ARV, les pharmacies et les services hospitaliers des quatre CHU assurant la prise en charge des PVVIH) en vue d'une meilleure coordination, partage de l'information et anticipation pour prévenir les ruptures de stocks au niveau des consultations.

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

Le nombre de malades sous traitement est de 326 à la fin de l'année 2008 et de 412 à la fin de l'année 2009.

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

Selon les estimations effectuées à l'aide du logiciel spectrum après la réalisation des enquêtes de séroprévalence (2009), le nombre estimatif d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé serait de 395 (378 adultes et 17 enfants) en



2008 et de 470 (440 adultes et 22 enfants moins de 15 ans) en 2009, soit **un pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux respectivement de 82,5% (2008) et 87,6% (2009).**

Le pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement :

- **12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale est de 96,0% (145/151),**
- 24 mois après le début de la thérapie antirétrovirale est de 92,4% (122/132),
- 36 mois après le début de la thérapie antirétrovirale est de 91,7% (89/97),
- 48 mois après le début de la thérapie antirétrovirale est de 85,7% (54/63).

Le suivi semble correct et la survie s'est nettement améliorée grâce à la trithérapie.

3.3.1.2. Prise en charge psychosociale

Pour améliorer la qualité de vie des PVVIH et de leur famille par une prise en charge psychosociale optimale, différents aspects sont considérés : l'assistance au logement, le soutien scolaire, le soutien alimentaire, le soutien psychologique, la consultation juridique, les activités génératrices de revenus et l'insertion socioprofessionnelle.

En 2009, un dispositif national d'appui psychosocial a été développé et est en cours de mise en œuvre, avec notamment le recrutement d'accompagnateurs socio-sanitaires issus de la communauté des PVVIH et accrédités suite à un cycle de formations.

Ces activités sont assurées en collaborations avec les services hospitaliers de prises en charge des PVVIH, les services régionaux des soins de santé de base et le Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger (MASSTE).

La Direction des soins de santé de base a recruté dans le cadre du projet du GFATM, recrutement des 15 psychologues et assistants sociaux affectés dans les structures de prise en charge, les services régionaux de santé et certains ONG.

Le MASSTE assiste les PVVIH les plus démunis à mettre en place des activités (projets) génératrices de revenus. Le MASSTE octroi aussi des cartes aux PVVIH les plus démunis afin de bénéficier de la gratuité des transports publics ainsi que des soins dans les structures de prise en charge et des aides financières. Des sessions de formation et de recyclage ont été effectuées au profit PVVIH et des intervenants sociaux (travailleurs sociaux, psychologues et éducateurs polyvalents) en matière de prévention et de prise en



charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH et leurs familles. Des PVVIH sont impliquées dans ce système pour agir en tant que accompagnateurs socio-sanitaires au profit d'autres PVVIH en difficulté.

Par ailleurs, l'ATLMST/SIDA (section Tunis), a mis à la disposition des PVVIH des prestations spécialisées dans plusieurs domaines (juridique, nutritionniste, équipe de visite pour visites à domicile ...).

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

Le nombre de cas de coinfection par le VIH et la tuberculose, en considérant les cas déclarés et les taux de sous dépistage des deux maladies, serait de 20 cas par an. (Selon l'OMS (28), ce chiffre serait de 7, un chiffre probablement sous estimé).

En effet, 7 patients en 2008 et 11 patients en 2009 étaient sous ARV et antituberculeux pour une coinfection.

Ainsi, et en considérant les données de la DSSB (PNLT et PNLS), le pourcentage de cas chez on a administré un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH est de 22,7% (5/20) en 2008 et de 55,0% (11/20) en 2009.

Pour le suivi des PVVIH, les quatre sites de prise en charge n'ont pas la même conduite à tenir, certains prescrivent systématiquement un traitement antituberculeux prophylactique chez les PVVIH et d'autres procèdent au dépistage de la tuberculose en cas de signes cliniques d'appel.

Par ailleurs, le dépistage de l'infection au VIH n'est pas systématique en cas de tuberculose. Néanmoins, il est recommandé par le programme de lutte contre la tuberculose d'effectuer ce dépistage auprès des populations à plus haut risque. Cependant l'identification de personnes à risque n'est pas toujours aisée et le personnel soignant n'y pense pas systématiquement vu le contexte épidémiologique et social.

3.4. VIH et droits de l'homme

En Tunisie, les droits de la personne et l'égalité des chances sont garantis par la Constitution. « La République Tunisienne garantit les libertés fondamentales et les droits de l'Homme dans leur conception universelle, globale, complémentaire et interdépendante. La République Tunisienne a pour fondements les principes de l'état de droit et du pluralisme et œuvre pour la dignité de l'Homme et le développement de sa personnalité » (Constitution de la République Tunisienne, Article 5). « Tous les citoyens ont les mêmes droits et les



mêmes devoirs/ Ils sont égaux devant la loi » (Constitution de la République Tunisienne, Article 6).

La protection des droits sociaux des personnes infectées par le VIH/SIDA ne fait pas l'objet de texte spécifique, elle demeure assurée par les textes en vigueur régissant la vie professionnelle et familiale des personnes.

La loi n° 91-63 du 29 juillet 1991, relative à l'organisation sanitaire, proclame le droit de toute personne à protéger sa santé, dans les meilleures conditions possibles. Son article 5 dispose que les structures sanitaires assurent leurs activités, dans les conditions qui garantissent les droits fondamentaux de la personne humaine. Cette loi a été consolidée par la promulgation de nombreux autres textes législatifs et réglementaires, dont celui relatif à la définition des prérogatives de la Commission nationale de l'éthique médicale (Décret n°94-1939 du 19 septembre 1994).

Le principe de respect des droits de la personne et celui de la non-discrimination ont été repris par la loi la loi n° 71/92 du 27 juillet 1992 (abrogée en 2007), relative aux maladies transmissibles, qui stipule dans son article premier la non stigmatisation à cause d'une maladie : « nul ne peut faire l'objet de mesures discriminatoires à l'occasion de la prévention ou du traitement d'une maladie transmissible » (loi n° 71/92 du 27 juillet 1992, relative aux maladies transmissibles, Article premier).

Par ailleurs, dans le cadre de la riposte au VIH, les ONG ont intégré dans leurs activités des programmes de plaidoyer et de lutte contre la stigmatisation et l'exclusion des populations clés.

ATL MST/sida – Section de Tunis

Les principaux objectifs du programme de plaidoyer et de lutte contre la stigmatisation et l'exclusion des populations clés sont:

- Lutter contre la discrimination des populations clés par les prestataires de santé.
- Sensibiliser et renforcer la formation du personnel médical et paramédical sur les questions VIH (modes de transmission, évaluation du risque, etc.) du personnel médical et paramédical ;
- Sensibiliser les populations clés à la nécessité de réagir face à la stigmatisation ;
- Rapprocher l'offre de dépistage des populations les plus exposées (clés) en prenant appui sur des actions de proximité, et par l'expérimentation de nouvelles modalités techniques et d'accompagnement.



3.5. Protection des personnes vulnérables,

En Tunisie, la **pauvreté** a été réduite de manière remarquable, de 11,5% en 1985 à 3,7% en 2007, Cette nette amélioration tient à l'indexation de l'objectif de **réduction de la pauvreté** à la croissance économique. Les transferts sociaux ont ainsi représenté 58.8 % du budget de l'État et 19 pour cent du PIB en 2007, ce qui a permis d'améliorer les conditions matérielles de vie des ménages notamment en milieu rural. La classe moyenne s'élargit chaque année et représentait 81.1 pour cent de la population en 2005 (contre 70.6 pour cent en 2000). Par ailleurs, des programmes de solidarité nationale, notamment le Fonds de Solidarité Nationale ont été réservé aux zones d'ombre et défavorisées (29).

Afin d'améliorer l'**accessibilité de la population aux soins** : Le système de santé s'est bien développé avec 2083 centres de santé de base (2008) qui dispensent des soins de santé primaire (soit un CSB pour 4958 habitants). Près de 90% de la population ont à leur disposition une structure hospitalière à moins de 4 km de leur lieu de résidence. Les prestations effectuées dans le cadre de la médecine préventive sont dispensées à titre gratuit. Par ailleurs, les personnes nécessiteuses bénéficient de la gratuité totale des soins dans l'ensemble des structures publiques. Les dépenses de santé représentaient 2 pour cent du PIB et 8 pour cent des dépenses publiques en 2006. Les indicateurs de santé et de sécurité sociale se sont améliorés entre 2006 et 2007 (15,22,29).

En Tunisie, le principe de l'**égalité entre les hommes et les femmes** est clairement stipulé. La promulgation, le 13 août 1956, du Code du Statut Personnel, considérée comme une véritable révolution dans le monde arabo-musulman (31), a soutenu la réorganisation de la famille et la redéfinition des rôles et des statuts des femmes et des hommes dans la société tunisienne, en prévoyant notamment l'abolition de la polygamie, l'institution du divorce judiciaire, l'interdiction de la répudiation et l'octroi aux deux époux du droit au divorce, la limitation de l'âge légal pour le mariage, l'octroi à la mère en cas de décès du père du droit de tutelle sur ses enfants mineurs, etc. Depuis, plusieurs amendements et réajustements ont été apportés pour renforcer le rôle de la femme dans la famille, pour sa protection au plan physique et moral (pénalisation de la violence) et économique et financière en cas de divorce. Les efforts de consolidation des droits des femmes et de garantie de l'égalité des chances entre les sexes se sont poursuivis, particulièrement, en 1993, grâce à l'amendement du Code du Statut Personnel (institution du principe de la co-responsabilité dans la gestion des affaires du couple et de la famille), du Code de Travail, du Code Pénal



et du Code de la Nationalité (droit de la femme de transmettre sa nationalité à son enfant issu d'un mariage mixte et né à l'étranger, avec le consentement du père).

Le Code du Travail de 1966, et plus particulièrement la Convention collective cadre reprise par le Code, affirme la non stigmatisation dans son article 11 : « *la présente Convention s'applique indistinctement aux travailleurs de l'un ou l'autre sexe ... les jeunes filles et les femmes qui remplissent les conditions* ». D'autre part, le principe de l'égalité du salaire pour un travail d'égale valeur, est énoncé par la Loi n° 68-21 du 2 juillet 1968. L'article 11 de la Convention collective cadre, intégrée au Code du Travail et au Statut de la Fonction publique affirme ainsi le principe de l'égalité de salaire entre l'homme et la femme pour un travail d'égale valeur. L'amendement du Code du Travail en Juillet 1996, consacre aux termes de l'article 5bis, le principe de la non discrimination entre l'homme et la femme dans tous les aspects de l'emploi, « *ce qui suppose l'égalité quant à l'accès au marché du travail, mais également la sécurité au sein de celui-ci, en l'occurrence en ce qui concerne les conditions de travail, la répartition des horaires, les possibilités d'avancement, les salaires* » (2).

Les femmes constituent aujourd'hui plus du quart de la population active occupée. Elles représentent 23 % des députés contre une moyenne de 8.2 % dans le monde arabe, 26 % des conseillers municipaux et le tiers des magistrats, mais aussi 58 % des étudiants et 60% des diplômés de l'université (29) .

La stratégie de développement de la Tunisie dès l'indépendance a été focalisée aussi sur **la promotion de l'éducation** grâce à une scolarisation obligatoire, gratuite et généralisée (garçons et filles, milieux urbain et rural). 8% du PIB en moyenne sont consacrés à l'éducation, à l'enseignement supérieur et à la formation des jeunes. Cet effort a permis de ramener le taux d'analphabétisme de 22.4 % en 2003 à 22.1 % en 2007 (29).

La formation professionnelle a aussi été largement renforcée et améliorée. Un programme de soutien à la formation professionnelle a été mis en place en 1996 pour faciliter la création d'emplois dans le cadre de mise à niveau de l'économie aux nouvelles contraintes internationales en termes de compétitivité et de productivité (29).

L'enfant fait partie intégrante de la politique sociale du pays. Plusieurs mesures ont été prises dans ce domaine. La Tunisie a signé la Déclaration issue du Sommet mondial pour les enfants en 1990 et a été parmi les premiers pays à ratifier la Convention sur les droits de l'enfant en 1992 ainsi que les différents protocoles facultatifs (2002) et autres conventions internationales ayant trait au domaine (30). Elle a procédé à la mise en place les mécanismes nécessaires pour l'harmonisation de la législation nationale avec les



dispositions de la Convention sur les plans éthique, juridique et institutionnel, avec notamment « Le Code de Protection de l'Enfant » en 1995, démontrant ainsi l'intérêt qu'elle accorde aux enfants et à la promotion de leurs droits (30).

Le pays a pour cela mis en place :

Un cadre institutionnel reflété par :

- un Ministère de la femme, famille, enfance et personnes âgées,
- un Conseil National de l'Enfance,
- Un Observatoire des droits de l'enfant,
- Un parlement de l'enfant.

Un cadre éthique et juridique à travers :

- La promulgation du Code de Protection de l'Enfant qui a prévu un dispositif de protection : un corps de délégués à la protection de l'enfance, un par gouvernorat : qui vient d'être renforcé par la création d'un poste d'assistant. Il a également institué le devoir de signalement pour chaque citoyen même pour ceux astreints au secret professionnel,
- un juge de la famille,
- un juge de l'enfant.

Un cadre opérationnel à travers :

- l'élaboration de 2 plans nationaux d'action (quinquennaux) pour l'enfance depuis les années 1990 et un Plan d'action national pour la famille,
- un rapport annuel de suivi de la situation de l'enfant en Tunisie présenté chaque année au Conseil des ministres (le premier conseil ministériel de chaque nouvelle année est consacré à l'enfance),
- Un rapport périodique sur la mise en application de la Convention des droits de l'enfant au Comité des droits de l'enfant,
- l'intégration des droits de l'enfant dans les programmes scolaires/universitaires depuis 1997,
- La création du prix du Président de la République des droits de l'enfant (annuel) décerné à une personne physique ou un établissement public ou une organisation non gouvernementale ayant contribué à la promotion des droits de l'enfant,
- L'institution d'une journée nationale de l'enfant.

Ces conditions sont jugées favorables pour obtenir des résultats (30).



4. MEILLEURES PRATIQUES

Engagement et environnement politiques propices :

Les deux années écoulées ont été marquées par un engagement politique plus prononcé. Cela peut être illustré à travers (19,20):

- La promulgation de nouveaux textes législatifs à savoir deux décrets pour la création et le fonctionnement des CCDAG et, une circulaire pour démedicaliser le préservatif et le rendre disponible dans d'autres endroits que les pharmacies et les centres médicaux.
- Le suivi régulier du degré d'avancement dans la mise en œuvre du plan opérationnel budgétisé de la part du Ministre de la Santé Publique à travers sa présidence des réunions du CCM et son suivi et intervention directs pour faciliter la résolution des problèmes rencontrés.
- La participation des plus de 140 élus locaux à des journées de sensibilisation en matière de VIH Sida et à la lutte contre la stigmatisation des PVVIH. Ces journées ont eu lieu à Sfax, à Sidi Bouzid, à Kasserine, à Tunis, à Ben Arous et à Mahdia, ceci à l'occasion de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le VIH/sida 2009.

Par ailleurs, la stratégie multisectorielle a été renforcée :

Le nombre des partenaires et des secteurs impliqués dans la riposte au VIH/sida est plus important avec aussi une mise en place des actions plus consolidées de la part de l'ensemble des partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux notamment dans le domaine de la prévention et celui du soutien aux PVVIH. On peut citer l'exemple de la participation de 250 leaders religieux et prédicateurs qui ont assisté à des sessions de formation et d'information sur le Sida et la non stigmatisation des PVVIH. Ces leaders religieux ont tous intégré ce thème dans leurs prêches du vendredi afin de sensibiliser la population sur la non stigmatisation et la réinsertion sociale des PVVIH. On peut aussi invoquer les activités de sensibilisation aux facteurs de risque, prévention, de promotion et distribution du préservatif et de promotion du dépistage du SIDA auprès des 14 105 jeunes recrues militaires ou encore les activités de sensibilisation et de formation dans 18 institutions carcérales de toutes la Tunisie.



La place de la société civile a été renforcée. Effectivement, près des trois quarts (72,1%) du budget du projet GFATM ont été consacrés au renforcement des capacités de la société civile et des institutions. Les ONG notamment ATLMST/SIDA, ATUPRET et ATIOS, ont permis de renforcer les activités de prévention auprès des populations vulnérables et surtout aux populations les plus exposées au risque d'infection au VIH qui étaient jusque là non connues et inaccessibles. Les ONG en partenariat avec la DSSB, ont permis aussi la réalisation des enquêtes séro comportementales auprès des populations exposées et une première estimation de la taille de ces populations. Par ailleurs, ces ONG dont les membres comportent des PVVIH, ont permis d'apporter une consolidation du soutien des PVVIH.

D'autres initiatives ont été adoptées par les ONG visant les populations les plus à risque:

- **L'ATLMST/SIDA (section Tunis)** a adopté une nouvelle politique de prévention pour réduire les risques de transmission du VIH/Sida auprès des UDI. Il s'agit d'un programme pionnier en Tunisie avec la mise en place du premier programme d'échange de seringues afin de garantir un usage unique des seringues et une éducation sur la protection du capital veineux. Cette expérience consiste à fournir des seringues stériles à usage unique aux UDI et récupérer les seringues utilisées (pour limiter les échanges de seringues).

Témoignage d'un jeune UDI (extrait du document du projet associatif de l'ATL MST/sida-Section de Tunis « Ecole de vie »)

« J'ai ressenti un certain mépris à l'égard des toxicomanes »

Ramzy agé de 24 ans, vit dans une cité de Tunis. Cela fait six ans qu'il consomme des produits qu'il s'injecte. Il assure depuis quelques mois des activités d'éducateur pair auprès des UDI au sein de l'ATL MST/sida-Tunis.

« ...À l'ATL MST/sida -Tunis, on m'a parlé de la prévention, des seringues à ne pas réutiliser. Depuis longtemps, on trouve des seringues en vente libre dans les pharmacies, mais il y a un problème d'accès aux seringues. Certains pharmaciens vous jugent lorsque vous voulez en acheter. Un membre de l'ATL MST/sida -Tunis, m'a contacté et m'a proposé de participer à une première formation. Le programme m'a plu et j'étais motivé pour le suivre. Cela m'a permis d'avoir un meilleur bagage y compris par rapport à ma vie intime pour laquelle je n'avais pas toujours le réflexe d'utiliser le préservatif. Le fait d'aborder la question du VIH/sida m'a fait comprendre l'utilité de certaines choses. Avant, il pouvait arriver que je me serve d'une seringue déjà utilisée et que je lavais juste à l'eau. Cela faisait partie des risques. Aujourd'hui, si j'utilise une seringue, c'est ma propre seringue et je tords l'aiguille après usage pour être certain que personne d'autre ne pourra s'en servir. Ces informations, j'en parle à d'autres personnes que je connaisse puisque j'ai commencé il y a peu des activités d'éducateur pair...On peut parler du Subutex, de l'utilisation des produits, de la peur qu'on a de prendre le contrôle sur soi, mais on peut aussi parler de tout et rien, rigoler, faire ce que font des amis."... »



ATL MST/sida- Section de Tunis : Stratégies adoptées

La prévention des IST/sida auprès des populations clés reste l'activité majeure, pierre angulaire de nos interventions.

Le travail de prévention adopté par l'ATL MST/sida – Section de Tunis commence par la recherche action via la réalisation d'un diagnostic communautaire participatif (DCP) qui est précédé par une étape cruciale, celle d'identifier les différents profils de chaque population. Par exemple au sein de la population des HSH, on rencontre des jeunes, des lycéens, des étudiants, des hommes mariés, des travailleurs de sexe, des travestis ... Ces HSH sont actifs dans plusieurs domaines (sport, milieux professionnels,..). Ce diagnostic nous permet de cartographier les lieux de rencontre, de drague, et d'injection de drogues pour les UDI, ainsi que d'analyser les besoins en matière de prise en charge sanitaire et psychosociale. L'analyse participative des données récoltées lors du DCP nous renseigne sur les axes prioritaires, à partir desquels est élaboré un plan d'action basé sur les résultats répondant aux besoins des populations en question.



Photo 1- Séance d'une séance du DCP auprès de Travailleurs et de Travailleuses de Sexe à Tunis

Parmi nos axes stratégiques, le renforcement de capacités via la formation qui représente une étape fondamentale dans le travail de prévention communautaire.

Une panoplie de formation est offerte pour les futurs éducateurs : le risque du VIH et sa prévention, les techniques et méthodes de communication, de sensibilisation et de mobilisation communautaire (formation en groupe, l'éducation par les pairs et la communication pour le changement de comportement, le travail de rue ...), les compétences de vie et la prévention positive (pour les PVVIH) ...

Chaque travailleur de proximité devra suivre ces formations avant d'être habilité à intervenir auprès de ses pairs, sachant que la sélection des éducateurs pairs se fait en se basant sur leur profil et ce pour atteindre le maximum de bénéficiaires.



Les messages sont diffusés à travers différents canaux ludiques.



Photo 2- Atelier participatif de formation des éducatrices paires parmi les Travailleuses de Sexe clandestines – Sousse

Ces actions basées sur une approche participative ont montré leur efficacité sur le terrain et la satisfaction des populations clés, ce qui nous a amené à élargir le champ des activités et à mobiliser d'autres HSH, TS et UDI sur d'autres sites. Pour les HSH par exemple, l'intervention se concentre actuellement sur de multiples sites au niveau de 9 zones réparties comme suit : 4 régions au Nord du pays, 2 au niveau du centre et 3 dans le Sud de la Tunisie.

Le travail de terrain auprès des populations concernées et au niveau de sites stratégiques (sites de rencontre, de drague, de prostitution, d'utilisation de drogues injectables...), a permis en un premier temps de mobiliser 98 travailleurs de sexe, 47 travailleuses de sexe et 51 UDI hommes et 8UDI femmes et 150 HSH. Parmi les personnes mobilisées, des leaders au sein des communautés ciblées ont été identifiés afin d'agir en tant que relais auprès de leurs pairs et faciliter l'accès des travailleurs de proximité à leurs réseaux de connaissances.

- **L'ATUPRET** a créé le centre 'Espace Jeunesse et Vie' assurant des activités d'éducation et de counselling pour les jeunes en plus du dépistage anonyme et gratuit et le 'Centre d'aide et d'écoute' au profit des toxicomanes à Sfax.

L'ATUPRET dispose de 2 centres d'accueil pour l'accompagnement spécifique des groupes à comportement à haut risque à Sfax

Le Centre Aide et Ecoute pour la prise en charge des toxicomanes et l'Espace Jeunesse et Vie pour l'accueil des jeunes et le CCDAG . Ces centres sont devenus fonctionnels à partir de septembre 2007 grâce à l'appui du programme Fonds mondial qui a pris en charge les frais de fonctionnement et l'indemnisation du personnel exerçant dans les centres.

Le Centre Aide et Ecoute :

L'ATUPRET a inauguré le 27 octobre 2007 le Centre d'aide et d'écoute au profit des toxicomanes à Sfax. Le centre propose un espace d'accueil, d'écoute et de soins, ouvert à toutes les personnes dépendantes de produits toxiques. Il ambitionne d'assurer un soutien moral et dynamique dans la prise en charge d'un toxicomane. Le centre a pour objectif d'assurer :

- La prise en charge médicale et psychologique des toxicomanes,
- L'intégration sociale et familiale des toxicomanes
- La réinsertion sociale des toxicomanes en collaboration avec les institutions gouvernementales et non gouvernementales.
- Le Centre est animé par une équipe multidisciplinaire. Son domaine d'action est varié et répond à différents besoins :
 - Accueil - soins- soutien-psychologique.
 - Accompagnement des patients dans leurs diverses démarches sociales.
 - Formation des différents professionnels ayant à faire avec des toxicomanes.
 - Information et prévention.

Le centre est équipé de 20 lits, d'un atelier de formation professionnelle, d'une salle Internet et informatique, d'un espace sport et loisir et d'une bibliothèque. Le centre accueille actuellement surtout des jeunes ayant des problèmes d'addiction pour une prise en charge complète et gratuite psychologique et de désintoxication. 90% des clients prennent de la drogue par voie injectable et sont originaires de la ville de Tunis.



L'Espace Jeunesse et Vie :

Le centre assure des activités d'éducation et de counselling pour les jeunes en plus du dépistage anonyme et gratuit. Cet espace, offre des services de publinet pour les jeunes, actuellement gratuits, en plus des différentes autres activités et clubs présents : sport (Aérobic, arts martial..) danse, musique (Groupe de Rock, apprentissage musicale...) des cours de langues (Anglais, Allemand).

Extrait du Rapport Annuel GFATM/ Tunisie, septembre 2007-Août 2008 (19)



- **ATIOS** a entamé la démarche de la création d'un centre 'Shems' (soleil) de guidance et de prévention à Tunis pour accompagner et soutenir les populations clés tels que les toxicomanes, les PVVIH, les anciens détenus. Cette association dispose aussi d'un centre de conseil et de dépistage anonyme et gratuit du VIH ce qui a permis de recruter particulièrement les UDI.

ATIOS et l'ONFP : sensibilisation des détenus pour une réduction des risques dans les principales prisons

L'association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le Sida (A.T.I.O.S.) en partenariat avec L'Office National de la Famille et de la Population (O.N.F.P.) et la Direction Générale des Prisons et de la Rééducation (D.G.P.R.) a organisé des sessions de formation du personnel pénitentiaire et des séances de sensibilisation des détenus. Ces séances avaient pour objectifs de :

- Sensibiliser et informer le maximum de détenus dans les prisons sur le VIH/SIDA.
- Prévenir les comportements à risque chez les détenus.

Au total, 18 institutions carcérales de toutes la Tunisie ont été touchées par des activités de sensibilisation sur le Sida et 79 personnes travaillant dans ces institutions ont bénéficié d'une journée de sensibilisation aux IST-VIH/SIDA en 2008.

Les séances de sensibilisation se déroulaient comme suit :

- Distribution de pré-test aux détenus afin d'évaluer leurs connaissances de base en matière de VIH/SIDA.
- Diffusion d'une séance de sensibilisation par la radio interne (dans une institution carcérale) ou de proximité (pour les autres institutions) pour sensibiliser et répondre aux questions des détenus.
- Redistribution au même groupe de détenus les post-tests d'évaluation afin d'évaluer leurs connaissances post sensibilisation.
- Distribution de dépliants éducatifs fournis par la DSSB du Ministère de la Santé Publique et ATIOS..



Environ 2000 détenus ont été touchés par les activités de proximité et de sensibilisation sur les facteurs de risque sur les IST / SIDA et de promotion de dépistage anonyme à travers des séances de groupes avec les Médecins, les Sociologues, les formateurs des ateliers des services pénitenciers et le personnel du Service l'Espoir.

Extrait du Rapport Annuel GFATM/ Tunisie, septembre 2007-août 2008 (19)



Ces acquis en rapport avec une implication renforcée des ONG auprès des populations les plus à risque et une meilleure riposte au VIH étaient possible en grande partie grâce au projet du GFATM. Toutes ces actions novatrices en Tunisie sont appelées 1) à être encouragées et soutenues pour une meilleure couverture des populations vulnérables et des populations exposées à un haut risque d'infection, 2) à être évaluées en terme d'effet et d'impact sur l'épidémie.

Initiatives ciblant les PVVIH :

- Le PNLS en partenariat avec la Confédération Maghrébine de Lutte contre le sida en Tunisie (COMALI) ont opté pour la mise en place d'un réseau d'accompagnateurs socio-sanitaires parmi les PVVIH pour apporter un soutien supplémentaire au dispositif national de prise en charge psychosocial des PVVIH.
- L'ATLMST/SIDA a aussi pris l'initiative d'introduire des activités d'éducation thérapeutique pour le PVVIH, expérience jugée positive par les bénéficiaires (PVVIH).

Le soutien aux personnes vivant avec le VIH par les ONG

L'ATL MST/sida – Section de Tunis, dans une optique de prise en charge globale de personnes vivant avec le VIH, mène des activités d'appui psychologique, juridique, nutritionnel, socioprofessionnel... Ces activités se donnent pour objectifs de :

- Participer à l'amélioration de l'accès à des soins adaptés et gratuits ;
- Assurer un accompagnement dans la prise en charge médicale ;
- Mener un plaidoyer et des actions pour une meilleure coordination des soins hospitaliers afin de faciliter l'accès à tous les types de soins nécessaires et surtout d'éviter la discrimination notamment dans les différents services de prise en charge des personnes vivant avec le VIH;
- Assurer l'accompagnement thérapeutique et l'amélioration de l'observance et de l'adhérence des personnes vivant avec le VIH aux ARV à travers des activités de soutien communautaires, et également à travers une collaboration accrue avec les équipes soignantes, et la mobilisation et la formation de médiateurs de santé;
- Accompagner, soutenir, orienter et faciliter l'accès aux droits sociaux et au soutien offerts par de nombreux programmes comme celui de l'handicap (carte d'handicapé) notamment par un appui juridique assuré par un avocat avec l'ATL MST/sida-Section de Tunis ;
- Assurer un soutien psychologique, nutritionnel, professionnel, scolaire, etc., par le biais d'actions individuelles et collectives...



Ces acquis étaient possible en grande partie grâce au projet du GFATM. Toutes ces actions novatrices en Tunisie sont appelées 1) à être encouragées et soutenues pour une meilleure couverture des populations vulnérables et des populations exposées à un haut risque d'infection, 2) à être évaluées en terme d'effet et d'impact sur l'épidémie.

En outre, la gouvernance de la riposte a permis de faire avancer la mise en place des plans opérationnels :

Le multi partenariat était renforcé par le fait d'associer davantage les partenaires dans toutes étapes de gestion du PNLS à savoir la planification avec l'élaboration des plans d'action opérationnelle budgétisés, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation.

En effet, le CCM (présidé par le Ministre de la santé publique) qui se réunit en moyenne une fois tous les trois mois, compte 50 membres dont 24 membres (48%) représentant la société civile et 17 femmes (34%). Quoique le nombre des membres du CCM a été jugé élevé par le FM, les membres du comité de pilotage jugé qu'il était justifié par l'historique de la riposte en Tunisie et ont recommandé de garder ce nombre et même d'y ajouter quelques membres pour le thème de la Tuberculose, étant donné que plusieurs membres du CCM auront un double rôle à jouer dans la requête SIDA et la requête Tuberculose).

Néanmoins, les réunions du CCM sont précédées généralement par les réunions du comité de pilotage du CCM qui se penche de plus près sur les rapports trimestriels préparés par l'unité de gestion du programme (UGP).

Développement des capacités et le développement de l'infrastructure :

Ils ont permis d'améliorer la PEC globale des PVVIH, la sensibilisation d'un public large... Il a été assuré à travers :

- le recrutement de nouveau personnel de différents profils : gestionnaires, informaticiens, personnels de soins, psychologues, assistantes sociales ...
- le renforcement des activités de formation du personnel impliqué dans la riposte (personnel de santé et d'autres secteurs y compris celui de la société civile).
- l'achat des véhicules et du matériel informatique bureautique et audiovisuel pour les ONG et les institutions,
- l'achat du séquenceur capillaire pour le génotypage de résistance en vue d'une meilleure adaptation du traitement et une réduction de l'échec thérapeutique chez les PVVIH sous ARV,
- l'acquisition du matériel informatique pour la mise en place du système du suivi et évaluation ...



5. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

La situation du VIH/sida en Tunisie serait une épidémie de faible intensité, avec tendances récentes vers une épidémie concentrée. Ceci devrait se vérifier à travers d'autres études de sérologie auprès des populations les plus à risque notamment les HSH dans la région du nord de la Tunisie à savoir le grand Tunis et Bizerte, où le taux de séropositivité au VIH (6,3%) selon une première enquête de séroprévalence (en 2009) dépasse le seuil de 5%. Cette situation nous incite à opter pour des « interventions ciblées qui optimisent l'utilisation des ressources en se centrant sur les personnes et les lieux où le risque est le plus élevé et où l'accès à la prévention, au traitement et aux soins du VIH est le plus cruellement nécessaire »(21). Ces interventions ciblées ne devraient pas stigmatiser les populations à risque, elles respecteraient au contraire leurs droits et s'efforceraient de les protéger.

En fait, selon les études comportementales, les connaissances sont loin d'être parfaites ce qui expliquerait en partie la fréquence élevée des comportements à haut risque qui sont parfois chevauchés, aussi bien parmi les populations vulnérables que parmi les populations à haut risque (partenaires multiples, rapports sexuels non protégés, partage du matériel d'injection et de sang par les UDI ...). Il semble que les populations enquêtées ne bénéficient pas encore d'une couverture suffisante par les actions de prévention.

D'où la nécessité d'intensifier les activités de prévention auprès des populations vulnérables et particulièrement auprès des populations à haut risque.

Il s'agit de mieux identifier les besoins :

- L'identification des populations les plus à risque avec une estimation des tailles des populations s'avère une priorité pour une meilleure planification, mise en œuvre et évaluation des programmes ;
- Les résultats des enquêtes comportementales sont à diffuser et à exploiter pour orienter la stratégie d'intervention auprès de ces populations (notamment pour le choix des méthodes de CCC, des messages éducatives ...). En faite, la recherche en sciences humaines et sociales est à soutenir parce qu'elle nous fournit les enseignements indispensables pour l'adaptation des politiques de prévention aux populations cibles.



Par ailleurs, pour améliorer les connaissances et amener les populations vulnérables et les populations à haut risque d'adopter des comportements à moindre risque, il est important de :

- Prévenir au sein des structures scolaires les comportements à risque (sexualité non protégée, pratiques addictives aux drogues) en révisant les programmes de l'enseignement de base;
- Renforcer les efforts pour atteindre et couvrir les publics peu scolarisés (dont près de 40% n'ont jamais entendu parler du préservatif) ;
- Développer des campagnes d'information, d'éducation et de communication visant les populations vulnérables, les professionnelles du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les usagers de drogues injectables en matière de santé sexuelle et de la reproduction tout en tenant compte de la diversité des groupes concernés ;
- Développer des supports éducatifs avec et pour les populations concernées ;
- Lutter contre les idées fausses reçues relatives à l'usage du préservatifs ou encore chez les UDI les idées liées au partage du matériel d'injection ;
- Considérer systématiquement dans les messages éducatifs les IST qui semblent fréquentes et mal connues en Tunisie ;
- Renforcer les approches d'éducation par les pairs, visant les comportements à moindre risque et notamment l'utilisation de préservatif à chaque rapport sexuel.

En outre, **des actions spécifiques sont à entreprendre pour les populations les plus à risque** :

- Pour les prisonniers : discuter la possibilité de rendre plus accessible les moyens de prévention en milieu carcéral ;
- Pour les UDI : il n'existe aucune estimation officielle du nombre de consommateurs des drogues illicites en Tunisie. Les témoignages des professionnels et des usagers actuels permettent de penser que le nombre de consommateurs serait en augmentation. Selon les ONG, les usagers problématiques du Subutex sont visibles dans l'espace public. Il est temps de développer une stratégie de prévention et de réduction des risques en incluant des programmes d'échange de seringues/aiguilles et les traitements opiacés substitutifs. L'efficacité de ces interventions a été démontrée ailleurs depuis longtemps, par exemple au Royaume Uni ou plus récemment en France où la transmission de l'épidémie à VIH parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse a pratiquement été éradiquée grâce à l'adoption d'une stratégie globale de réduction des risques.



- Pour les HSH : Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne sont pas encadrés et sont exposés à des comportements à risques, susceptibles de compromettre aussi bien leur santé que celle de leurs partenaires, masculins et féminins, voir de leurs enfants. Les pratiques sexuelles des HSH (multiplicité de partenaires, masculins et féminins, rapports sexuels non protégés...) se développent dans la clandestinité. Il conviendrait de s'engager dans l'adoption de programmes et actions qui intègrent l'approche de la réduction des risques sans connotations stigmatisantes afin de ne pas marginaliser davantage cette population qui connaît diverses formes d'exclusion.
- Pour les PS, afin de promouvoir l'usage des préservatifs, l'IEC visera aussi à augmenter les compétences individuelles, par exemple la capacité de négocier et de stimuler les partenaires sexuels à utiliser des préservatifs. Il est opportun aussi d'essayer de toucher les clients des PS, par les programmes de prévention. Les approches politiques à l'égard du travail du sexe exercent un impact sur les programmes de contrôle. Les actions visant à ne pas criminaliser le travail du sexe et à encourager des environnements à moindre risque sont des mesures importantes pour prévenir le VIH/SIDA dans ce groupe de population. La stigmatisation et la marginalisation sont des facteurs importants de vulnérabilités des PS vis-à-vis des infections au VIH.
- Entreprendre des actions d'information, d'éducation et de communication auprès des étrangers résidents en Tunisie en veillant à respecter les droits de l'homme et à éviter la discrimination et la stigmatisation.

Les modalités de distribution du préservatif devraient être revues pour le rendre disponibles dans des lieux et à des moments adaptés aux besoins des différentes populations. Par ailleurs, le marketing relatif au préservatif doit être amélioré.

Il est important d'améliorer l'accès des populations les plus à risque, aux services de **prévention et de prise en charge des infections sexuellement transmissibles**. En fait, les structures de 1^{ère} ligne qui ont adopté l'approche syndromique pour la prise en charge des IST sont fréquentées surtout par des femmes mariées.

Par ailleurs et relativement aux **activités de dépistage**, le recours au test de dépistage même en présence de comportements à haut risque est faible parmi les populations enquêtées. D'ailleurs, parmi les nouveaux cas déclarés chaque année la proportion des



patients dépistés stade sida est au tour de 50% et le taux de mortalité est élevé parmi ces cas.

Les activités de dépistage sont à promouvoir notamment que le pays a la possibilité d'assurer la prise en charge de ces personnes et qu'un traitement bien conduit permet d'améliorer considérablement la survie des PVVIH. En fait, il ne s'agit pas de problème d'accessibilité puisque le test est assuré par différentes structures de soins à côté des nouveaux CCDAG créés en 2008 et 2009. Ce test n'est pas encore entré dans les mœurs de la population. Il faut entreprendre des actions pour promouvoir le recours au dépistage et promouvoir les CCDAG qui sont appelés à se multiplier pour avoir au moins un CCDAG par gouvernorat.

Les acquis en matière de **prise en charge des PVVIH** sont à renforcer à travers :

- l'amélioration de la gestion des ARV et de la coordination entre le niveau central et les sites de prise en charge des PVVIH,
- la standardisation des protocoles thérapeutiques de la prise la charge et du suivi médical des PVVIH (processus en cours),
- l'amplification de la prise en charge psychologique et le soutien sociale aux PVVIH,
- la lutte contre la stigmatisation et la discrimination,
- le renforcement de la stratégie de PTME.

En fait, ces axes sus cités ne peuvent se renforcer sans les actions suivantes :

- le renforcement des **capacités des intervenants** (OG et société civile) en ressources humaines, ressources logistiques et compétences en matière de planification et gestion des projets axées sur les résultats,
- le renforcement du **partenariat** avec l'implication d'autres partenaires et l'amélioration de la coordination entre les différents intervenants,
- la **décentralisation** de la gestion des interventions,
- l'opérationnalisation du système de **suivi et évaluation** avec la mise en place des comités régionaux multidisciplinaires de S&E,
- l'amélioration de la gestion des ressources à travers la mise en place du système permettant de mieux connaître et analyser le financement et les dépenses dans le domaine de lutte contre le sida.

Par ailleurs, la planification opérationnelle et le suivi effectif ne devront pas se limiter aux activités dans le cadre du projet du GFATM.



6. SOUTIEN DES PARTENAIRES DU DEVELOPPEMENT

6.1. Le système des Nations Unies (SNU), le Programme Commun des Nations Unies sur le sida (ONUSIDA)

Le SNU appuie la riposte nationale, en se focalisant en particulier sur le renforcement de la mise en œuvre des 4 initiatives des Nations Unies et de l'ONUSIDA auxquelles la Tunisie a adhéré : (1) Déclaration d'Engagement sur le sida, 2001 (2) les « Trois principes » de l'ONUSIDA, (3) l'Accès Universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH, (4) les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

La collaboration de l'ONUSIDA avec la Tunisie a démarré par la mise en place d'une coordination des partenaires du Programme National, d'un processus d'analyse de situation (2004) suivi d'un processus de planification stratégique (2005) et de la préparation de la requête de la Tunisie au GFATM (6^{ème} round), appuyée par des experts internationaux et renforcée par un plaidoyer.

L'appui du SNU est coordonné par l'ONUSIDA et se fait à travers plusieurs cadres :

- ◆ Plan commun d'appui des Nations Unies à la riposte nationale au VIH 2009-2011, élaboré lors d'une retraite de l'équipe conjointe et validé par l'UNCT
- ◆ Plan d'appui technique à l'accélération de la mise en œuvre de la riposte nationale 2009-2010
- ◆ Convention de coopération entre le Groupe Thématique et le Bénéficiaire principal du GFATM pour la gestion et la provision de l'appui technique,
- ◆ La « Division des Tâches » adaptée au niveau pays par répartition consensuelle des tâches entre les agences des Nations Unies se basant sur leurs avantages comparatifs
- ◆ Le plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) 2007-2011 à travers son axe stratégique « Réduction des disparités »
- ◆ Plans d'action annuels du Groupe Thématique des Nations Unies sur le sida

L'appui du SNU à la riposte nationale se fait de manière coordonnée basée sur le mécanisme de la « division des tâches » adapté au niveau pays et à travers les activités du Groupe Thématique des Nations Unies sur le sida, de l'Equipe conjointe des Nations



Unies sur le sida constituée des points focaux des agences UNICEF, OMS, PNUD, UNFPA, UNHCR, FAO et OIM coordonnée par le Secrétariat de l'ONUSIDA.

Au niveau programmatique, le Secrétariat de l'ONUSIDA est plus particulièrement impliqué dans le partenariat avec la société civile et les PVVIH, le Suivi et l'Evaluation, et l'appui aux programmes destinés aux populations clés.

6.2. Le Fonds mondial (GFATM)

A partir du mois de septembre 2007, la mise en œuvre du PSN a été renforcée par **l'appui du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Malaria (GFATM)**.

En effet, l'accord de subvention du programme « Appui au partenariat et au renforcement de la riposte à la menace d'extension du VIH/SIDA en Tunisie », a été approuvée lors du 6^{ème} round du Fonds mondial. L'accord a été signé le 30/06/2007 entre l'Office National de la Famille et de la Population en tant que bénéficiaire principal, le Président du Mécanisme de coordination National (CCM), le représentant de la société civile au CCM et le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Malaria. La Direction des Soins de Santé de Base qui héberge le PNLS, est un sous bénéficiaire du projet. Elle est aussi un bénéficiaire principal du projet relatif à la composante tuberculose.

6.3. Autres partenaires

La coopération bilatérale est peu présente dans l'appui à la réponse nationale au VIH, de même que l'investissement du secteur privé, en dehors de quelques initiatives ponctuelles de certaines ONG thématiques. La mobilisation de ressources à travers la plus forte implication de ces bailleurs est fortement souhaitée par l'Etat, d'où le projet de développer et mettre en œuvre une stratégie nationale de mobilisation de ressources, avec l'appui du Système des Nations Unies.

7. SUIVI ET EVALUATION

Le système du S&E de la riposte a été élaboré au cours de l'année 2009 et sa mise en œuvre est en cours. En fait, le Programme National de Lutte contre le sida (PNLS), depuis janvier 2008 et avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA, a entamé le processus de développement et de mise en place d'un système de suivi et évaluation (S&E) de la riposte nationale au sida, tel que programmé dans le cadre du plan stratégique national 2006-



2010. La mise en place d'une unité technique de suivi évaluation au sein du PNLS, notamment grâce au financement du GFATM, a permis de finaliser l'application des « Trois Principes » recommandés par l'ONUSIDA et auxquels la Tunisie a adhéré, et en particulier au principe relatif à la mise en place d'un système de suivi et d'évaluation à l'échelon pays. Récemment, un comité national de suivi et évaluation coordonné par la DSSB qui abrite le PNLS a été créé.

L'objectif général du système national de S&E est de permettre au comité national de lutte contre le sida et ses partenaires de connaître la situation épidémiologique et la tendance de l'infection au VIH/sida dans le pays, de déterminer l'efficacité et l'efficience de la riposte nationale au VIH/sida et d'utiliser des données pertinentes et fiables pour la planification et la mise en œuvre d'une stratégie de lutte, éclairée par des preuves.

Les 32 indicateurs de S&E retenus considèrent les objectifs et les priorités retenues du plan national stratégique de la lutte contre le VIH ; ils couvrent l'ensemble des domaines du programme qui sont : la prévention – soins, soutien des PVVIH et atténuation de l'impact – Organisation et cadre de la réponse. Par ailleurs, le choix des indicateurs nationaux a considéré les indicateurs définis sur le plan international, standardisés et reproduits dans les guides de suivi et évaluation de l'ONUSIDA et partenaires tels la boîte à outils du Fonds Mondial, le guide de construction des indicateurs UNGASS etc.

Le processus de l'élaboration du système du S&E a comporté plusieurs étapes pour lesquelles l'ONUSIDA a fourni un appui technique international, régional et national. L'adoption d'une démarche participative et inclusive dès le démarrage du processus, impliquant tous les partenaires de la riposte nationale au sida, a permis d'améliorer la qualité du système national de suivi et évaluation et de garantir son adoption et son appropriation par tous les intervenants.

Le processus de développement et de validation du système de suivi et évaluation a comporté les étapes suivantes :

- | | |
|--------------|---|
| Janvier 2008 | -Mission internationale exploratoire effectuée par Michel Carael |
| Avril 2008 | -Unité de Suivi Evaluation du PNLS mise en place grâce au financement du GFATM |
| Mai 2008 | - Identification d'un consultant national pour appuyer l'Unité de S&E du PNLS / DSSB dans le développement et la mise en place d'un système national de S&E |



	- Renforcement de ses compétences lors d'une formation internationale approfondie en S&E (Banque Mondiale, Washington)
Décembre 2008- Janvier 2009	-Elaboration d'un état des lieux relatif à la situation de l'infection à VIH, à la riposte nationale à l'épidémie et au suivi & évaluation
Février 2009	- Identification des besoins en information et proposition d'une première liste d'indicateurs de suivi et évaluation (février 2009).
Mars 2009	- Constitution d'un Groupe Technique pour le suivi & évaluation (GTS&E) composé des partenaires clés en S&E. - Discussion et validation des indicateurs du Suivi & Evaluation de la Riposte Nationale lors d'un atelier national
Avril- Mai 2009	1 ^{ère} version du Guide National de S&E élaborée par concertation avec le GTS&E et discutée avec les partenaires, en se basant notamment sur le Guide UNGASS 2010
Juin 2009	- Validation du Guide National de S&E lors d'un atelier national - Discussion du plan d'action de S&E incluant le processus du rapport UNGASS 2010
Juin- Juillet 2009	Séminaires interrégionaux de formation préparant la mise en place effective du système de S&E (Tunis, Sousse, Sfax)
Septembre 2009	- Finalisation du plan d'action du S&E octobre 2009-mars 2010 - Impression du Guide National de S&E - Lancement de la collecte des données pour le rapport UNGASS
Octobre 2009- février 2010	- Préparation de l'opérationnalisation du plan national : activités préparatoires pour l'harmonisation avec le plan de suivi évaluation du GFATM - Préparation du rapport UNGASS
Octobre 2009 - février 2010	- Préparation de l'opérationnalisation du plan national : activités préparatoires pour l'harmonisation avec le plan de suivi évaluation du GFATM

Les structures du système de S&E prévues sont :

- Des structures de coordination avec un sous comité national de S&E (c'est un sous comité du CNLS) et un comité régional multidisciplinaire.
- Des structures d'exécution avec une unité nationale de S&E (au niveau de la DSSB qui héberge le programme national) et une unité régionale (au niveau du service régional des soins de santé de base qui pilote le programme à l'échelle de la région). L'unité centrale de S&E sera chargée de la collecte, la vérification, la



saisie, l'analyse, l'interprétation et la diffusion des données provenant de chaque partenaire chargé de l'exécution. Ces données seront utilisées pour l'élaboration des indicateurs nationaux.

Les activités de S&E vont permettre de collecter les données nécessaires au calcul des indicateurs à partir de plusieurs sources (population générale, sous populations exposées à un risque élevé de transmission du VIH, structures sanitaires, partenaires) et selon diverses méthodes, essentiellement, les enquêtes, la surveillance, le suivi routinier des activités aux différents niveaux et la recherche opérationnelle. Les circuits d'information ont été précisés pour les trois secteurs, secteur de la santé, autres OG et ONG. Le traitement a été prévu à l'aide du logiciel CRIS. Le système d'assurance qualité comprend la supervision, le renforcement des capacités et l'usage des outils de collecte des données standardisées. La diffusion de l'information est prévue par le biais des réunions et des rapports périodiques aux différents niveaux. Les leçons tirées, les lacunes et les priorités seront identifiées au sein du CNLS en collaboration avec les partenaires. Les outils de collecte des données sont élaborés.

En pratique, l'unité centrale de S&E est déjà en place avec le recrutement d'une équipe de personnel et elle commence à recevoir quelques rapports à partir des CCDAG et les rapports de la prise en charge des IST à partir des structures de la 1^{ère} ligne.

Néanmoins, pour rendre le système opérationnel, il est prévu de :

- Compléter la formation du personnel,
- Diffuser le guide de S&E de la riposte nationale et les supports de collecte des données auprès de l'ensemble des partenaires et des structures de soins concernées par le programme,
- Pour les services hospitaliers, renforcer l'implication des pharmaciens dans la collecte des données,
- Rendre fonctionnel le réseau informatique et créer une base de données informatisée,
- Entamer les visites de terrain et l'accompagnement des équipes régionales.
- Renforcer la diffusion et l'utilisation des résultats.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Ministère de la Santé Publique –Tunisie. Plan stratégique national 2006-2010. Programme National de lutte contre le SIDA et les MST. 2005.
- 2- Programme National de lutte contre le sida et les MST et ONUSIDA. Analyse de la situation et de la réponse au VIH/sida en Tunisie, mars 2005.
- 3- Ministère de la Santé Publique –Tunisie. Rapport de la Tunisie (janvier 2005- décembre 2007) Suivi de la déclaration d’engagement sur le VIH/Sida – MSP / DSSB – PNLs/MST- 2008.
- 4- MSP, ONFP, GFATM. Evaluation de la mise en place du plan de suivi évaluation dans le cadre du programme d’appui du Fonds Mondial pour le renforcement de la riposte à la menace d’extension du VIH/SIDA en Tunisie, septembre 2008.
- 5- MSP/ DSSB/PNLs, ONUSIDA, GFATM, La mise en place d’un système de Suivi et d’évaluation de la riposte nationale au VIH/Sida et aux IST. Document de Travail Préparatoire. Tunisie, Mars 2009.
- 6- Ministère de la santé Publique – PNLs- Guide du suivi et d’évaluation du plan stratégique national 2006-2010. Juin 2009.
- 7- MSP, ONUSIDA, GFATM. S Ben Abdallah. Enquête nationale sur les comportements à risque des jeunes non scolarisés en Tunisie, 2009 (Rapport préliminaire).
- 8- MSP /DSSB, ATLMSTSIDA. A Ben Hmida, S Ben Abdallah. Enquête sérocomportementale auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Tunisie, 2009 (rapport préliminaire).
- 9- MSP/DSSB, ATUPRET. S Ben Abdallah. Enquête comportementale auprès des travailleuses du sexe clandestines en Tunisie, 2009 (rapport préliminaire).
- 10- MSP/DSSB, ATUPRET. M Hsairi. Enquête de Séroprévalence du VIH et des Hépatites Virales auprès des travailleuses du sexe clandestines en Tunisie, 2009 (rapport préliminaire).
- 11-MSP/DSSB, ATIOS. S Ben Abdallah. Enquête comportementale auprès des usagers de drogues injectables en Tunisie, 2009 (rapport préliminaire).
- 12- MSP/DSSB, ATIOS. S Benzineb, M Hsairi. Enquête de séroprévalence du VIH et des Hépatites virales auprès des usagers de drogues injectables en Tunisie (rapport préliminaire).
- 13- Loi n° 71/92 du 27 juillet1992, abrogée en 2007, relative aux maladies transmissibles.



- 14- Circulaire n°2/2009 (9 janvier 2009) du Ministre du Commerce et de l'Artisanat et du Ministre de la Santé Publique sur la commercialisation des produits parapharmaceutiques.
- 15 - Ministère de la Santé Publique / Direction des Soins de Santé de Base/PNLS – Situation épidémiologique du VIH/SIDA en Tunisie ; Rapports annuels de la DSSB 1995-2009.
- 16- Ministère de la Santé Publique, GFATM. Sixième appel à propositions. Appui au partenariat et au renforcement de la riposte à la menace d'extension du VIH/SIDA en Tunisie. Juillet 2006.
- 17- Ministère de la Santé Publique, GFATM. Programme d'appui au partenariat et au renforcement de la riposte à la menace d'extension du VIH/SIDA en Tunisie. Plan d'action pour la première année (1^{er} septembre 2007- 31 août 2008).
- 18- Ministère de la Santé Publique, GFATM. Programme d'appui au partenariat et au renforcement de la riposte à la menace d'extension du VIH/SIDA en Tunisie. Plan d'action pour la deuxième année (1^{er} septembre 2008- 31 août 2009).
- 19- Ministère de la Santé Publique / Office National de la Famille et de la Population, GFATP. Programme « Appui au partenariat et au renforcement de la riposte à la menace d'extension du VIH/SIDA en Tunisie ». Convention N° TUN-607-GO1-H. Rapport Annuel septembre 2007-Août 2008.
- 20- Ministère de la Santé Publique/ Office National de la Famille et de la Population, GFATP. Programme « Appui au partenariat et au renforcement de la riposte à la menace d'extension du VIH/SIDA en Tunisie ». Convention N° TUN-607-GO1-H. Rapport Annuel septembre 2008-Août 2009.
- 21- OMS, Interventions prioritaires, Prévention, traitement et soins VIH/sida dans le secteur de la santé, Genève, OMS, 2009, p. 105.
- 22- Institut National des Statistiques (TUNISIE). Site '<http://www.ins.nat.tn/indexfr.php>' visité en mars 2010.
- 23- Programme des Nations Unies pour le développement. Rapport mondial sur le développement humain. Lever les barrières : Mobilité et développement humains, 2009.
- 24- Family Health International, Enquêtes de surveillance comportementale, Guide pour enquêtes répétées de surveillance comportementale au sein de populations exposées au VIH, United Kingdom, Family Health International, 2002, 346.
- 25- OMS, Interventions prioritaires, Prévention, traitement et soins VIH/sida dans le secteur de la santé, Genève, OMS, 2009, p. 110.
- 26- MSP, DMSU, Enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés, Tunis, 2004, p. 118.



- 27- HAMZA Nabila, CHAABOUNI Adnène, « Les pratiques sexuelles des jeunes, Représentations et sources d'information dans un contexte de Sida ». Les mutations socio-démographiques de la famille tunisienne, Tunis, ONFP, 2006, p. 417.
- 28- WHO – Global Tuberculosis control 2009 -TB COUNTRY PROFILE – Tunisia.
- 29- Perspectives © BAfD/OCDE 2008 économiques en Afrique. Tunisie. PP : 637-649.
- 30-UNICEF TUNISIE. Lettre d'information 20 novembre 2009.
- 31- VALLIN Jacques, LOCOH Thérèse, « Introduction », VALLIN J., LOCOH T. (sous la dir.), Population et développement en Tunisie, La métamorphose, Tunis, Cérès Editions, 2001, p. 9.



LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 :** Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS
- Tableau 2 :** Méthodologie des enquêtes sérocomportementales menées auprès des populations les plus à risque d'exposition à l'infection au VIH en Tunisie (2009)
- Tableau 3 :** L'incidence de l'infection VIH/sida en fonction de l'âge et du sexe en 2008 et en 2009
- Tableau 4 :** Répartition des nouveaux cas d'infection par le VIH/sida selon le mode de transmission et selon le sexe (2008-2009)
- Tableau 5 :** Prévalence de l'infection à VIH/sida parmi les jeunes (2008)
- Tableau 6 :** Cumul des cas d'infection par le VIH/sida depuis le début de l'épidémie
- Tableau 7 :** Répartition selon le mode de contamination et selon le genre du nombre total de cas d'infection à VIH/SIDA depuis le début de l'épidémie
- Tableau 8 :** Cumul des décès liés au VIH/sida en Tunisie depuis le début de l'épidémie (1986-2009)
- Tableau 9 :** La prévalence du VIH dans les populations les plus à risque
- Tableau 10 :** Variation de la prévalence du VIH chez les HSH selon les régions
- Tableau 11 :** Les connaissances et le rejet des idées fausses à propos du VIH parmi les jeunes non scolarisés âgés de moins 25 ans
- Tableau 12 :** Connaissances des moyens de protection contre le VIH/sida et rejet des idées fausses par les populations les plus à risque au VIH : PS, HSH et UDI
- Tableau 13 :** Couverture des populations les plus à risque par les programmes de prévention
- Tableau 14 :** Fréquence du recours au dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque
- Tableau 15 :** La sexualité auprès des jeunes non scolarisés âgés de 15 à 24 ans et célibataires



LISTE DES FIGURES

Figure 1: Zones des enquêtes sérocomportementales

Figure 2: Nombre de cas déclarés de l'infection à VIH/Sida chez les Tunisiens (1986-2009)

Figure 3: Tendance de l'incidence des cas déclarés de l'infection à VIH/Sida chez les Tunisiens (/100 000 habitants) (1986-2009)

Figure 4: Tendance des nouveaux cas de sida maladie

Figure 5: Tendance des modes de transmission de l'infection à VIH depuis le début de l'épidémie (1985-2009) (Source : MSP/PNLS)

Figure 6: Projet du GFATM : répartition du budget et des dépenses par domaine de prestation des soins (septembre 2007- août 2009)

Figure 7 : Projet du GFATM : Répartition du budget et des dépenses par catégorie de coût



ANNEXES

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

Ce rapport a été élaboré par un consultant national avec l'appui de l'ONUSIDA 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, des agences et des organismes impliqués dans la riposte nationale au VIH/sida.

En juin 2009, lors d'un atelier de travail pour la préparation du plan d'action national du suivi et de l'évaluation de la riposte, le représentant de l'ONUSIDA a rappelé aux différents partenaires l'engagement de la Tunisie à l'application des « Trois Principes » recommandés par l'ONUSID et les a informé de la préparation du rapport UNGASS de l'année 2010. D'ailleurs, les étapes de l'élaboration du rapport ont été incluses dans le plan d'action du S&E.

Dans une première étape et après avoir identifié l'information et les sources des données, des entrevues ont eu lieu avec les points focaux des différents secteurs et partenaires impliqués dans la riposte pour collecter les données nécessaires au calcul et à l'interprétation des indicateurs. Vu la non disponibilité des données au niveau de l'unité de S&E, des multiples contacts et déplacements ont été nécessaires pour les avoir.

En outre, pour l'information relative à l'indice composite, un questionnaire a été rempli par les partenaires. En parallèle, une revue documentaire des documents de base et des rapports des études d'envergure nationale disponibles telles les enquêtes comportementales et les enquêtes sérologiques auprès des groupes spécifiques et quelques lois et textes de base en relation avec la santé, a été réalisée. La première version du rapport (u compris l'indice composite) a été discutée et complétée lors d'un atelier de travail organisé dans le cadre du GFATM le 9 février 2010 ; l'actuelle version a été finalisée après une validation auprès de l'ensemble des partenaires au cours d'un atelier de travail organisé par l'ONUSIDA le vendredi 19 février. La saisie informatisée des données a été progressive au fur et à mesure de la validation des données.



ANNEXE 2 : Questionnaire de l'Indice composite des politiques nationales

Indice composite des politiques nationales 2010**PAYS : TUNISIE**

Nom du responsable du Comité national de lutte contre le sida chargé de soumettre l'Indice et qui peut être contacté pour des éclaircissements, le cas échéant :

Dr Maâmouri Ahmed

Coordinateur du PNLs/MST

Adresse postale : Direction des Soins de Santé de Base du Ministère de la Santé Publique

31, rue Khartoum, le Belvédère, 1002 Tunis

Tél. : 216 71 786581

Courriel : ahmed.maamouri@rns.tn

Date de soumission du rapport : mars 2010



Processus de collecte et de validation des données de l'Indice

Décrire le processus utilisé pour la collecte et la validation des données de l'Indice :

Le rapport de situation national tunisien à l'intention de l'UNGASS a été élaboré par un consultant national avec l'appui de l'ONUSIDA 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, des agences et des organismes impliqués dans la riposte nationale au VIH/sida.

La collecte des données a été réalisée à l'aide du 'questionnaire indice composite' proposé par l'ONUSIDA. Les différentes parties du questionnaire ont été distribuées aux partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux. Selon les secteurs, le formulaire a été rempli par le responsable ou bien, dans la majorité des cas, en concertation entre les membres de l'équipe. La récupération du questionnaire était effectuée soit lors des entrevues entreprises avec les partenaires soit par mail. La compilation des données a été faite par le consultant qui a présenté les résultats lors de l'atelier de travail organisé par l'ONUSIDA le vendredi 19 février.

Décrire le processus utilisé pour la résolution des désaccords éventuels concernant la réponse à telle ou telle question :

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

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

Mettre en lumière les problèmes éventuels que posent les données du dernier Indice (à savoir, qualité des données, possibilité d'une interprétation erronée de certaines questions et problèmes similaires) :

Pour la période 2006-2007, une grande partie des informations nécessaires pour le calcul des indicateurs UNGASS n'étaient pas disponibles.



Indice composite des politiques nationales : Répondants

Partie A [remplie par les responsables publics]

Organisation	Nom/Fonction	Répondants pour la Partie A [Indiquer les parties sur lesquelles chaque répondant a été interrogé]				
		A.I	A. II	A. II	A.IV	A.V
Direction des soins de santé de base (DSSB)	Dr Ahmed Maamouri Chef de service à la DSSB, Coordinateur du PNLs	√	√	√	√	√
	Mme Leila Mihoub, Chef de service de l'unité de pharmacie à la DSSB				√	
Office National de la Famille et de la Population (ONFP)	Dr Zied Latiri Directeur, responsable de la communication	√	√	√	√	√
Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Étranger	Dr Lotfi Chemli, Médecin Inspecteur du Travail Coordinateur Technique. Direction Générale de la Promotion Sociale	√	√	√	√	√
Direction de la médecine scolaire et universitaire	Dr Chedlia Abdeljaouad, Médecin coordinateur	√	√	√	√	√
Service de prise en charge des PVVIH Hôpital la Rabta	- Pr .Taoufik Ben Chaabane chef de service des maladies infectieuses				√	
Service de prise en charge des PVVIH, Hôpital de Monastir	Pr Mohamed Chakroun, chef de service des maladies infectieuses				√	
Service de prise en charge des PVVIH, Hôpital de Sousse	Pr Amel Letaief, chef de service des maladies infectieuses				√	
Service de prise en charge des PVVIH, hôpital de Sfax	- Pr Mounir Ben Jemâa, chef de service des maladies infectieuses - Pr Ag Chekib Marrakchi				√	
Service régional des soins de santé de base de Tunis	Dr Mériam Haddad point focal régional sida	√	√	√	√	√
Service régional des soins de santé de base de Sousse	Dr Fatma Lazreg point focal régional sida	√	√	√	√	√
Direction régionale de la Santé Publique de Monastir / Service régional des soins de santé de base	Dr Hassen Jbara chef de service des soins de santé de base	√	√	√	√	√
	Dr Amel Bouslah point focal régional sida	√	√	√	√	√
Direction régionale de la Santé Publique de Sfax / Service régional des soins de santé de base	Dr Mounir Akrouf chef de service des soins de santé de base	√	√	√	√	√
	Dr Chahrazed Kallel point focal régional sida	√	√	√	√	√
Comité national du Suivi et évaluation de la riposte nationale au VIH/sida	Pr Ag Amel Nouira, épidémiologiste membre du comité	√	√	√	√	√

Ajouter des précisions pour tous les répondants.



Partie B [remplie par les représentants des organisations de la société civile, des organismes bilatéraux et des organisations du système des Nations Unies]

Organisation	Nom/Fonction	Répondants pour la Partie B [Indiquer les parties sur lesquelles chaque répondant a été interrogé]			
		B.I	B. II	B. III	B. IV
ONUSIDA	Dr. Myriam Ben Mamou, Groupe Thématique ONUSIDA - Tunisie	√	√	√	√
Association Tunisienne pour la Prévention de la Toxicomanie (ATUPRET) Sfax	Dr. Mohamed Tounsi, Médecin, Membre	√	√	√	√
Association Tunisienne de Lutte contre les MST/Sida (ATLMST/SIDA section Tunis)	M Mohamed Bilel Mahjoubi Chargé de programmes, coordinateur programme ATLMST/SIDA /GFATM	√	√	√	√
Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le SIDA (ATIOS)	Dr Samir Bouarrouj Médecin, Membre	√	√	√	√
PVVIH	Mme Ferdaous Serarfi, membre du CCM et représentant des PVVIH	√	√	√	√
Jeunes médecins sans frontières	Dr Sana Dridi Présidente	√	√	√	√
Association tunisienne pour la promotion du don de sang	M. Féthi Bouallègue Président	√	√	√	√
Scout Tunisien	Mme Thoumadher Bettaieb Membre	√	√	√	√
Organisation Nationale de la Jeunesse Scolaire	Mr Mohamed Ridha Baklouti Coordinateur des programmes	√	√	√	√

Ajouter des précisions pour tous les répondants.



Questionnaire de l'Indice composite des politiques nationales

Partie A

[remplie par les responsables publics]

I. PLAN STRATÉGIQUE

1. Votre pays a-t-il élaboré une stratégie multisectorielle pour lutter contre le VIH ?

(Les stratégies multisectorielles doivent inclure celles élaborées par les ministères énumérés sous 1.2 mais ne s'y limitent pas.)

Oui ✓	Non	Sans objet (S/O)
-------	-----	------------------

Période couverte : **2006-2010**

SI NON ou SANS OBJET, donner une brève explication

SI OUI, répondre aux questions 1.1 à 1.10 ; dans le cas contraire, passer à la question 2.

1.1 Depuis combien de temps le pays dispose-t-il d'une stratégie multisectorielle ?

Nombre d'années : **24 ans (1986)**

1.2 Quels sont les secteurs inclus dans la stratégie multisectorielle dont les activités comportent un budget affecté à la lutte contre le VIH ?

Secteurs	Inclus dans la stratégie	Budget affecté
Santé	Oui ✓	Oui ✓
Education	Oui ✓	
Emploi	Non ✓	Non ✓
Transports	Non ✓	Non ✓
Armée/Police	Oui ✓	Non ✓
Femmes	Oui ✓	Non ✓
Jeunes	Oui ✓	Non ✓
Autres ¹ :		

¹ L'un quelconque des ministères suivants : Agriculture, Finances, Ressources humaines, Justice, Energie et Mines, Planification, Travaux Publics,

Tourisme, Commerce et Industrie.



<i>Affaires Sociales,</i> <i>Affaires religieuses,</i> <i>Justice,</i> <i>Tourisme,</i> <i>Enseignement supérieur.</i>	Oui ✓	Non ✓
--	-------	-------

SI AUCUN budget n'a été affecté pour certains ou tous les secteurs ci-dessus, expliquer quel financement on utilise pour assurer la mise en œuvre de leurs activités axées sur le VIH :

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

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

1.3 La stratégie multisectorielle tient-elle compte des populations cibles, des milieux et des questions transversales ci-dessous ?

Populations cibles	Oui	Non
a. Femmes et filles	✓	
b. Jeunes femmes/jeunes hommes	✓	
c. Consommateurs de drogues injectables	✓	
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	✓	
e. Professionnel(les)s du sexe	✓	
f. Orphelins et autres enfants vulnérables		✓



g. Autres sous-populations vulnérables ² : détenus	✓	
Milieux		
h. Lieu de travail	✓	
i. Ecoles	✓	
j. Prisons	✓	
Questions transversales		
k. VIH et pauvreté		✓
l. Protections des droits de la personne	✓	
m. Participation des personnes vivant avec le VIH	✓	
n. Lutte contre la stigmatisation et la discrimination	✓	
o. Autonomisation des femmes et/ou égalité des sexes	✓	

1.4 Les populations cibles ont-elles été recensées au moyen d'une évaluation des besoins ?

Oui ✓	Non
-------	-----

SI OUI, quand cette évaluation des besoins a-t-elle été menée ?

Année : 2005

SI NON, expliquer comment les populations cibles ont été recensées :

1.5 Quelles sont les populations cibles recensées dans le pays aux fins des programmes de lutte contre le VIH ?

Jeunes, femmes et les populations à haut risque pour le VIH: Professionnelles de sexe, consommateurs de drogues injectables (en prison et dans les centres de désintoxication), homme ayant des relations sexuelles avec les hommes, détenus, clients des professionnelles de sexe, les patients atteints d'IST

² Les sous-populations autres que les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et

les professionnel(le)s du sexe qui ont été recensées au niveau local comme étant confrontées à un risque élevé de transmission du VIH

(p. ex., les clients des professionnel(le)s du sexe, les migrants transfrontaliers, les travailleurs migrants, les personnes déplacées à l'intérieur du pays,

les réfugiés, les détenus).



1.6 La stratégie multisectorielle inclut-elle un plan opérationnel ?

Oui ✓	Non
-------	-----

1.7 La stratégie multisectorielle ou le plan opérationnel incluent-ils :

a. Des objectifs programmatiques officiels ?	Oui ✓	Non
b. Des objectifs ou des jalons précis ?	Oui ✓	Non
c. Le détail des coûts pour chaque domaine programmatique ?	Oui	Non ✓
d. Des indications sur les sources de financement à l'appui de la mise en œuvre des programmes ?	Oui	Non ✓
e. Un cadre de suivi et d'évaluation ?	Oui ✓	Non

1.8 Votre pays s'est-il assuré de « l'implication et participation pleines et entières » de la société civile à l'élaboration de la stratégie multisectorielle ?

Participation active ✓	Participation modérée	Pas de participation
------------------------	-----------------------	----------------------

Si la participation a été active, expliquer brièvement comment cela a été organisé :

La société civile a été impliquée dans la lutte contre le sida dès la mise en place du Programme National de Lutte contre le sida en 1987 et a participé aussi bien dans la planification que dans l'exécution des cinq plans à court et à moyen terme mis en place entre 1986 et 2005. Différentes ONG thématiques et non thématiques sont membres aux différents comités techniques émanant du comité national de lutte contre le sida particulièrement au comité chargé de l'IEC. L'actuel plan stratégique national couvrant la période 2006-2010 implique d'autres partenaires particulièrement les PVVIH qui sont membres dans les plus importantes ONG du pays.

En pratique, la société civile participe aux ateliers et réunions organisés pour :

- l'élaboration du plan stratégique national,
- et le suivi de la mise en place des activités de lutte programmée,

Elle participe au suivi et évaluation à travers la collecte des données routinières et la participation à la réalisation des enquêtes sérocomportementales.

SI la participation a été INEXISTANTE ou MODÉRÉE, expliquer brièvement pourquoi :



1.9 La stratégie multisectorielle a-t-elle été avalisée par la plupart des partenaires externes du développement (bilatéraux, multilatéraux) ?

Oui ✓	Non
-------	-----

1.10 Les partenaires du développement externe ont-ils aligné et harmonisé leurs programmes relatifs au VIH avec la stratégie multisectorielle nationale ?

Oui, tous les partenaires ✓	Oui, certains partenaires	Non
-----------------------------	---------------------------	-----

SI CERTAINS ou NON, expliquer brièvement pour quels aspects il n'y a pas eu alignement/

harmonisation et pourquoi :

2. Votre pays a-t-il intégré la lutte contre le VIH dans ses plans généraux de développement notamment : (a) Plans nationaux de développement, (b) Bilans communs de pays, Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, (c) Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté, (d) Approche sectorielle ?

Oui ✓	Non	Sans objet (S/O)
-------	-----	------------------

2.1 *SI OUI*, dans quel(s) plan(s) de développement l'appui aux politiques de lutte contre le VIH est-il intégré ?

	Oui	Non	S/O
a. Plan national de développement	✓		
b. Bilan commun de pays, Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement	✓		
c. Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté			✓
d. Approche sectorielle			✓
e. Autres : <i>[insérer]</i>			

2.2 *SI OUI*, quels domaines liés au VIH sont-ils inclus dans un ou plusieurs de ces plans de développement ?

Domaines liés au VIH inclus dans le(s) plan(s) de développement		
Prévention du VIH	Oui ✓	
Traitement des infections opportunistes	Oui ✓	



Traitement antirétroviral	Oui ✓	
Soins et soutien (y compris la sécurité sociale ou d'autres régimes d'assurance)	Oui ✓	
Atténuation de l'impact du VIH	Oui ✓	
Réduction des inégalités <i>entre les sexes</i> en ce qui concerne la prévention et le traitement, les soins et le soutien dispensés dans le cadre de la riposte au VIH		Non✓
Réduction des inégalités de <i>revenu</i> en ce qui concerne la prévention et le traitement, les soins et le soutien dispensés dans le cadre de la riposte au VIH		Non✓
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination		Non✓
Autonomisation économique des femmes (notamment, accès au crédit, à la terre et à la formation professionnelle)		Non✓
Autres :		Non✓

3. Votre pays a-t-il évalué l'impact du VIH sur son développement socioéconomique à des fins de planification ?

Oui	Non	Sans objet (S/O) ✓
-----	-----	--------------------

3.1 **SI OUI**, dans quelle mesure cette évaluation a-t-elle influencé les décisions concernant les allocations de ressources ?

Faible Grande

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

4. Votre pays dispose-t-il d'une stratégie lui permettant d'aborder les questions relatives au VIH au sein de ses services nationaux de personnels en uniforme (à savoir, forces armées, police, forces de maintien de la paix, personnel carcéral, etc.) ?

Oui ✓	Non
-------	-----



4.1 **SI OUI**, lesquels parmi les programmes ci-dessous ont-ils été mis en œuvre au-delà de la phase pilote et atteint une partie importante des personnels en uniforme ?

Communication sur les changements de comportement	Oui ✓	
Fourniture de préservatifs	Oui ✓	
Conseil et test VIH	Oui ✓	
Services pour les infections sexuellement transmissibles	Oui ✓	
Traitement antirétroviral		Non ✓
Soins et soutien	Oui ✓	
Autres : [insérer]		

Si des services de conseil et test du VIH sont proposés aux personnels en uniforme,

décrire brièvement l'approche adoptée en matière de conseil et test (p. ex., indiquer si le test de dépistage du VIH est volontaire ou obligatoire, etc.) :

L'information, l'éducation et la communication à propos du VIH/sida est systématique.

Le test de dépistage du VIH fait partie du bilan de santé systématique effectué pour ceux qui sont aptes pour le service militaire (les jeunes recrues).

5. Votre pays a-t-il des lois ou règlements non discriminatoires qui stipulent une protection pour les populations les plus à risque et les autres sous-populations vulnérables ?

Oui	Non ✓
-----	-------

5.1 **SI OUI**, pour quelles sous-populations ?

a. Femmes	Oui	Non
b. Jeunes	Oui	Non
c. Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non



e. Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
f. Détenus	Oui	Non
g. Migrants/populations mobiles	Oui	Non
h. Autres : <i>[insérer]</i>	Oui	Non

SI OUI, décrire les mécanismes en place pour assurer l'application de ces lois :

Dire brièvement dans quelle mesure ces lois sont actuellement appliquées :

6. Y a-t-il dans votre pays des lois, règlements ou politiques qui font obstacle à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH pour les populations les plus à risque ou d'autres sous-populations vulnérables ?

Oui	Non ✓
-----	-------

6.1 **SI OUI**, pour quelles sous-populations ?

	Oui	Non
a. Femmes		
b. Jeunes		
c. Consommateurs de drogues injectables		
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		
e. Professionnel(le)s du sexe		
f. Détenus		
g. Migrants/populations mobiles		
h. Autres : <i>[insérer]</i>		

SI OUI, donner un bref aperçu du contenu de ces lois, règlements ou politiques :

Dire brièvement de quelles manières ils font obstacle :

7. Votre pays a-t-il donné suite à ses engagements eu égard à l'accès universel souscrits lors de la Rencontre de haut niveau sur le VIH/sida qui s'est tenue en juin 2006 ?

Oui ✓	Non
-------	-----



7.1 La stratégie nationale et le budget national de la lutte contre le VIH/sida ont-ils été révisés en conséquence?

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non
---	-----

7.2 Les estimations relatives à la taille des principaux groupes cibles de population ont-elles été actualisées?

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non
---	-----

7.3 Existe-t-il des estimations fiables des besoins actuels et futurs des adultes et des enfants justiciables de la thérapie antirétrovirale ?

Estimations des besoins actuels et futurs <input checked="" type="checkbox"/>	Estimations des besoins actuels uniquement	Non
---	--	-----

7.4 La couverture programmatique de la lutte contre le VIH et le sida fait-elle l'objet d'un suivi ?

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non
---	-----

(a) **SI OUI**, la couverture fait-elle l'objet d'un suivi par sexe (hommes, femmes) ?

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non
---	-----

(b) **SI OUI**, la couverture fait-elle l'objet d'un suivi par sous-groupes de population ?

(c)

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non
---	-----

SI OUI, pour quels groupes de population ?

Jeunes, PS, HSH, UDI, prisonniers

Expliquer brièvement la manière dont cette information est utilisée :

Le suivi et évaluation des activités :

- Est assuré à travers les réunions du CCM.

(c) La couverture fait-elle l'objet d'un suivi par zone géographique ?

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non
---	-----



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

Niveau gouvernorat : 24 points focaux sida/IST sont implantés au niveau des 24 régions du pays.

Expliquer brièvement la manière dont cette information est utilisée :

Les informations sont collectées et analysées par les régions à partir de la périphérie (des délégations) puis elles sont transmises au niveau central pour compilation et analyse puis diffusion (rapport annuel, bulletin périodique, ...).

7.5 Votre pays a-t-il élaboré un plan de renforcement des systèmes de santé, y compris l'infrastructure, les ressources et capacités humaines, et les systèmes logistiques d'approvisionnement en médicaments ?

Oui ✓	Non
-------	-----

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux *efforts de planification stratégique* des programmes de lutte contre le VIH en 2009 ?

2009	Très médiocre											Excellent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8 ✓	9	10	

Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?

- Mise en place d'un plan stratégique national de suivi et d'évaluation de la riposte aux IST/VIH/sida incluant un nombre assez large d'indicateurs répondant aux engagements nationaux et internationaux (UNGASS, OMD ...),
- Mise en place d'un dispositif national de prise en charge psychologique et social des PVVIH,
- Mise en place de deux applications pour la gestion des stocks ARV et la gestion médicale des PVVIH,
- Réalisation des enquêtes sérocomportementales VIH auprès des populations vulnérables (jeunes) et les populations à haut risque pour le VIH (PS, HSH et UDI),
- Ouvertures de 19 centres de conseil et de dépistage anonyme et gratuit (CCDAG),
- Mise en place de la stratégie nationale pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant,
- Mise en place d'un réseau informatique pour la collecte des données relatives à la riposte nationale,
- Meilleure implication des partenaires et amélioration de la coordination entre OG et ONG.

Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?

- La nécessité de renforcer le partenariat afin d'impliquer un maximum possible d'acteurs de la lutte contre le sida dans la collecte des données concernant la riposte nationale aux IST/VIH/sida.
- La nécessité de mise en place du système NASA pour mieux connaître les dépenses dans le domaine de lutte contre le sida.



II. APPUI POLITIQUE

On considère que l'appui politique est solide lorsque les représentants gouvernementaux et politiques parlent haut, fort et souvent de la question du sida, président régulièrement des réunions importantes sur ce sujet, allouent des budgets nationaux de soutien aux programmes de lutte contre le VIH et se servent judicieusement des organisations et interventions gouvernementales et de la société civile dans le but de soutenir les programmes de riposte au VIH.

1. Les hauts fonctionnaires du gouvernement parlent-ils publiquement et positivement des efforts de lutte contre le VIH devant les plus grandes instances nationales au moins deux fois par année ?

Président/Chef du gouvernement	Oui	Non
Autre hauts fonctionnaires	Oui ✓	Non
Autres responsables des régions et/ou districts	Oui ✓	Non

2. Votre pays dispose-t-il d'un organe national de coordination multisectorielle de la lutte contre le sida (Comité national de lutte contre le sida ou organe équivalent) reconnu par la loi ?

Oui ✓	Non
-------	-----

SI NON, expliquer brièvement pourquoi et dire comment les programmes de lutte contre le sida sont gérés :

2.1 **SI OUI**, quand cet organisme a-t-il été créé ?

Année : *Le comité national de lutte contre le sida CNLS a été créé depuis 1986 et officialisé par un arrêté en 1992.*

Le CNLS est composé de quatre sous comités : prise en charge médicale et psychosociale, surveillance épidémiologique, éthique et IEC. Le secrétariat est assuré par la DSSB, direction sous la tutelle du ministère de la santé publique.

Depuis la préparation du processus pour l'introduction du Fonds Mondial en Tunisie en 2004, le CNLS se réunit à travers le Country Coordinating Mechanism (CCM)

2.2 **SI OUI**, qui le préside ?

Depuis 2005, au niveau national le suivi des activités de lutte contre le sida se fait dans le cadre du CCM qui est présidé par Monsieur le Ministre de la Santé Publique.

Nom : Monsieur Mondher Zenaïdi

Fonction/Titre : Ministre de la santé publique



2.3 **SI OUI**, l'organe national de coordination multisectorielle de la lutte contre le sida :

dispose-t-il d'un mandat ?	Oui ✓	Non
peut-il compter sur la participation et la direction actives du gouvernement ?	Oui ✓	Non
a-t-il une composition prédéfinie ? <i>SI OUI</i> , de combien de membres ? [50]	Oui ✓	Non
inclut-il des représentants de la société civile ? <i>SI OUI</i> , combien sont-ils ?[40%]	Oui ✓	Non
inclut-il des personnes vivant avec le VIH ? <i>SI OUI</i> , combien ?[2]	Oui ✓	Non
inclut-il le secteur privé ?	Oui ✓	Non
a-t-il un plan d'action ?	Oui ✓	Non
dispose-t-il d'un secrétariat opérationnel ?	Oui ✓	Non
se réunit-il au moins une fois tous les trois mois ?	Oui ✓	Non
examine-t-il périodiquement les décisions stratégiques qui ont été prises ?	Oui ✓	Non
promeut-il activement la mise en œuvre des décisions stratégiques ?	Oui ✓	Non
donne-t-il à la société civile l'occasion d'influer sur la prise de décisions ?	Oui ✓	Non
renforce-t-il la coordination des actions des donateurs pour éviter les financements parallèles et le chevauchement des efforts de programmation et d'établissement des rapports ?	Oui ✓	Non

3. Votre pays dispose-t-il d'un mécanisme qui encourage une interaction entre le gouvernement, la société civile et le secteur privé pour mettre en œuvre les stratégies et les programmes de lutte contre le VIH ?

Oui ✓	Non	Sans objet (S/O)
-------	-----	------------------



SI OUI, décrire brièvement les principales réalisations :

Implication de la société civile dans les étapes de planification, dans les réunions du suivi et évaluation.

Décrire brièvement les principales difficultés :

- Insuffisance de coordination

4. Quel pourcentage du budget national pour la lutte contre le VIH a été consacré à des activités réalisées par la société civile au cours de l'année écoulée ?

Pourcentage : 40%. [insérer]

5. Quel type d'appui le Comité national de lutte contre le sida (ou l'organe équivalent) procure-t-il aux organisations de la société civile pour la mise en œuvre des activités relatives au VIH ?

Information sur les besoins prioritaires	Oui ✓	Non
Orientations techniques	Oui ✓	Non
Achat/distribution des médicaments et autres fournitures	Oui ✓	Non
Coordination avec les autres partenaires de la mise en œuvre	Oui ✓	Non
Renforcement des capacités	Oui ✓	Non
Autres : plaidoyer[insérer]	Oui ✓	Non

6. Votre pays a-t-il passé en revue les politiques et les lois nationales pour déterminer s'il en existe d'incompatibles avec les politiques nationales de lutte contre le sida ?

Oui ✓	Non
-------	-----

6.1 **SI OUI**, les politiques et les lois ont-elles été modifiées afin de correspondre aux politiques nationales de lutte contre le sida ?

Oui ✓	Non
-------	-----

SI OUI, nommer les politiques et les lois qui ont été modifiées et dire comment cela a été fait :

- La révision de la loi n° 71/92 du 27 juillet 1992, abrogée en 2007 relative aux maladies transmissibles,
 - de par son champ d'action a évité d'une part de stigmatiser le VIH/SIDA en s'appliquant aux différentes maladies transmissibles et a visé d'autre part dans son article premier la



non stigmatisation a cause d'une maladie : « nul ne peut faire l'objet de mesures discriminatoires à l'occasion de la prévention ou du traitement d'une maladie transmissible».

- qui a permis l'ouverture des Centres de Conseil et de Dépistage Anonyme et Gratuit (CCDAG).
- Arrêté du Ministre de la Santé Publique du 18 Novembre 2008 fixant la liste des CCDAG à ouvrir en Tunisie.
- Circulaire n°2/2009 (9 janvier 2009) du Ministre du Commerce et de l'Artisanat et du Ministre de la Santé Publique sur la commercialisation des produits parapharmaceutiques. : une modification de la réglementation en vigueur, pour démedicaliser le préservatif et le rendre disponible dans les grandes surfaces...

Nommer et décrire toute contradiction qui subsiste entre les politiques/lois et les politiques nationales de lutte contre le sida :

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de *planification* stratégique des programmes de lutte contre le VIH en 2009 ?

2009	Très médiocre									Excellent	
	0	1	2	3	4	5	6	7 ✓	8	9	10

Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?

- Renforcement :
 - Budget: projet du Fonds Mondial,
 - Partenariat et implication de la société civile,
- Elaboration des deux plans opérationnels budgétisés,
- Participation effective du Ministre de la santé aux réunions périodiques du suivi et évaluation,
- Amendement des textes de lois concernant les CCDAG et le préservatif

Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?

- Implication d'autres secteurs et renforcer le multi partenariat
- Gestion des ressources



III. PRÉVENTION

1. Votre pays a-t-il mis au point une politique ou une stratégie de promotion de l'information, éducation et communication (IEC) sur le VIH auprès de l'ensemble de la population ?

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non	Sans objet (S/O)
---	-----	------------------

1.1 *SI OUI*, quels sont les messages les plus diffusés ?

Cocher les messages faisant l'objet d'une promotion explicite

a. Pratiquer l'abstinence sexuelle	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Reporter à plus tard la première expérience sexuelle	
c. Être fidèle	<input checked="" type="checkbox"/>
d. Limiter le nombre de partenaires sexuels	<input checked="" type="checkbox"/>
e. Utiliser régulièrement des préservatifs	<input checked="" type="checkbox"/>
f. Adopter des pratiques sexuelles à moindre risque	<input checked="" type="checkbox"/>
g. Éviter le commerce du sexe	
h. S'abstenir de consommer des drogues injectables	
i. Utiliser des aiguilles et des seringues propres	<input checked="" type="checkbox"/>
j. Combattre la violence faite aux femmes	
k. Mieux accepter les personnes vivant avec le VIH et inviter leur participation	<input checked="" type="checkbox"/>
l. Encourager une plus grande participation des hommes aux programmes de santé reproductive	
m. Encourager les hommes à se faire circoncire sous supervision médicale	
n. Connaître son état sérologique VIH	<input checked="" type="checkbox"/>
o. Prévenir la transmission mère-enfant du VIH	<input checked="" type="checkbox"/>
Autres :	
<ul style="list-style-type: none"> - Encourager l'utilisation correcte du préservatif - Encourager le dépister lors d'un comportement à risque - Encourager l'utilisation des services de conseil et de dépistage anonyme et gratuit pour connaître sa sérologie 	



1.2 Au cours de l'année écoulée, votre pays a-t-il mis en œuvre une activité ou un programme de promotion d'informations précises sur le VIH par l'intermédiaire des médias ?

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non
---	-----

2. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou stratégie de promotion d'une éducation sur la santé sexuelle et reproductive abordant la question du VIH destinée aux jeunes ?

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non	S/O
---	-----	-----

2.1 L'enseignement relatif au VIH fait-il partie du programme d'études dans :

les écoles primaires?		Non <input checked="" type="checkbox"/>
les écoles secondaires ?	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	
la formation des enseignants ?	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	

2.2 Le programme d'études prévoit-il le même enseignement sur la santé sexuelle et reproductive pour les jeunes hommes et les jeunes femmes ?

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non
---	-----

2.3 Votre pays dispose-t-il d'une stratégie pour communiquer aux jeunes non scolarisés des enseignements relatifs au VIH ?

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non
---	-----

3. Votre pays a-t-il mis au point une politique ou une stratégie de promotion de l'information, éducation et communication et d'autres interventions de santé préventives à l'intention des *sous-populations vulnérables* et les plus à risque ?

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non
---	-----

SI NON, expliquer brièvement :

3.1 **SI OUI**, quelles populations sont-elles ciblées et quels éléments de prévention du VIH leur sont-ils dispensés par la politique/stratégie ?

X Cocher les populations et les éléments inclus dans les politiques/stratégies



	CDI*	HSH**	Professionnel (le)s du sexe	Clients des Professionnel (le)s du sexe	Détenus	Autres Jeunes	Autres PVVIH
Information ciblée sur la réduction des risques et éducation relative au VIH	✓	✓	✓		✓	✓ jeunes	
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination							
Promotion des préservatifs	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Conseil et test VIH	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Santé reproductive, y compris la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Réduction de la vulnérabilité (création de revenus, par exemple)	S/O	S/O		S/O	S/O		✓
Thérapie de substitution médicamenteuse		S/O	S/O	S/O	S/O		
Echange d'aiguilles et de seringues		S/O	S/O	S/O	S/O		

*CDI = consommateurs de drogues injectables

**HSH = hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes



Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts des politiques de prévention du VIH en 2009 ?										
2009 Très médiocre										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7 ✓	8	9	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>										
<ul style="list-style-type: none"> - Une stratégie nationale de communication est en cours de mise en œuvre impliquant les différents partenaires de lutte contre le sida - Mise en place d'une commission IEC pour la validation des différents messages et supports - Renforcement des capacités des ONG à travers la subvention du GFATM - Prise en charge des IST selon l'approche syndromique 										
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>										
<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du Marketing relatif au préservatif - Une meilleure coordination des activités de prévention particulièrement au niveau des ONG - La promotion des centres de conseil et de dépistage anonyme et gratuit - Amélioration de l'accessibilité aux groupes exposés au risque - Meilleure collaboration entre les partenaires sur le terrain 										

4. Votre pays a-t-il recensé les besoins particuliers des programmes de prévention du VIH ?

Oui ✓	Non
-------	-----

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

Lors de l'élaboration du Plan stratégique national

SI NON, de quelle façon l'intensification des programmes de prévention est-elle mise en œuvre ?



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

Composante de la prévention du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin y ont accès		
	D'accord	Pas d'accord	S/O
Sécurité transfusionnelle	✓		
Précautions universelles en milieu sanitaire	✓		
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	✓		
IEC* sur la réduction des risques	✓		
IEC* sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination	✓		
Promotion des préservatifs	✓		
Conseil et test VIH	✓		
Réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables		✓	
Réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		✓	
Réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe		✓	
Services de santé reproductive y compris la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles	✓		
Enseignement relatif au VIH en milieu scolaire pour les jeunes	✓		
Prévention du VIH pour les jeunes non scolarisés		✓	
Prévention du VIH sur le lieu de travail	✓		
Autres : <i>[insérer]</i>			

* IEC = Information, éducation et communication



Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de mise en œuvre des programmes de prévention du VIH en 2009 ?										
2009 Très médiocre Excellent										
0	1	2	3	4	5	6	7✓	8	9	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>										
- Mise en place de la stratégie de communication nationale										
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>										
- Distribution des préservatifs – accessibilité aux jeunes										



IV. TRAITEMENT, SOINS ET SOUTIEN

1. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou stratégie de promotion de services complets de traitement, soins et soutien du VIH ? (Les services complets incluent, entre autres, le traitement, le conseil et test VIH, la prise en charge psychosociale, les soins dispensés à domicile et dans la communauté).

Oui ✓	Non
-------	-----

1.1 *SI OUI*, les difficultés que rencontrent les femmes sont-elles prises en compte ?

Oui ✓	Non
-------	-----

1.2 *SI OUI*, les difficultés que rencontrent les populations les plus à risque sont-elles prises en compte ?

Oui ✓	Non
-------	-----

2. Le pays a-t-il recensé les besoins particuliers en services de traitement, de soins et de soutien pour le VIH ?

Oui ✓	Non
-------	-----

SI OUI, comment ont-ils été déterminés ?

Les représentants des services hospitaliers, à partir des données de leur service, sollicitent le niveau national et participent à des réunions et des ateliers de travail pour déterminer les besoins pour la prise en charge médicale. Le comité national de prise en charge chapote ces activités.

Les besoins particuliers en service de soutien aux PVVIH sont définis par la MASSTE en coordination avec les services concernés du MSP (services hospitaliers de prise en charge et services régionaux des soins de santé de base). Par ailleurs, des études sociales sont menées par la MASSTE auprès des PVVIH pour définir les besoins particuliers en matière de prise en charge et de soutien psychosocial et économique. Les besoins sont estimés au cas par cas.

SI NON, de quelle façon l'intensification des services de traitement, de soins et de soutien du VIH est-elle mise en œuvre ?



2.1 Dans quelle mesure les services ci-après de traitement, de soins et de soutien du VIH ont-ils été mis en œuvre ?

Services de traitement, de soins et de soutien relatifs au VIH et au sida	La majorité des personnes qui en ont besoin y ont accès		
	D'accord	Pas d'accord	S/O
Thérapie antirétrovirale	√		
Soins nutritionnels	√		
Traitement pédiatrique du sida	√		
Traitement des infections sexuellement transmissibles	√		
Soutien psychosocial des personnes vivant avec le VIH et de leurs proches	√		
Soins à domicile	√		
Soins palliatifs et traitement des infections courantes liées au VIH	√		
Conseil et test VIH pour les patients atteints de tuberculose	√		
Dépistage de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH	√		
Prophylaxie antituberculeuse chez les personnes infectées par le VIH	√		
Lutte contre la tuberculose dans les services de traitement et de soins du VIH	√		
Prophylaxie par cotrimoxazole parmi les personnes infectées par le VIH	√		
Prophylaxie post-exposition (ex : exposition au VIH dans le cadre du travail, viol)	√		
Services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours pour ce traitement par l'intermédiaire du lieu de travail		√	
Soins et soutien pour le VIH sur le lieu de travail (y compris aménagement des horaires de travail)		√	
Autres programmes : <i>[insérer]</i>			
Réinsertion économique	√		



3. Votre pays dispose-t-il d'une politique de mise au point/d'utilisation de médicaments génériques ou d'importation parallèle de médicaments pour le VIH ?

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non
---	-----

4. Votre pays a-t-il accès à des mécanismes *régionaux* d'achat et d'approvisionnement en produits de base essentiels tels que les antirétroviraux, les préservatifs et les médicaments de substitution ?

Oui	Non <input checked="" type="checkbox"/>
-----	---

SI OUI, de quels produits s'agit-il ? :..... [insérer]

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de <i>mise en œuvre</i> des programmes de traitement, de soins et de soutien du VIH en 2009 ?										
2009 Très médiocre							Excellent			
0	1	2	3	4	5	6	7 <input checked="" type="checkbox"/>	8	9	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>										
Augmentation constante et importante du nombre de personnes touchées par des activités de soutien psychosocial et de réinsertion socioéconomique avec :										
<ul style="list-style-type: none"> - Des services de qualité sont en place pour le traitement des PVVIH - Renforcement de la prise en charge psychologique à travers le recrutement d'un personnel qualifié pour soutenir les PVVIH dans le cadre du GFATM - Des accompagnateurs socio sanitaires parmi les PVVIH sont formés dans le cadre du dispositif de prise en charge psychosociale des PVVIH - Des modules de formation sont élaborés pour faciliter la formation de ces accompagnateurs - Implication des ONG dans l'appui social des PVVIH - Des microprojets générateurs de revenu sont en place et gérés par le ministère des affaires sociales dans le cadre du GFATM 										
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>										
Pour le soutien social :										
-Poursuivre les efforts pour soutenir un nombre plus important de PVVIH et leurs familles notamment par la création de sources de revenus et par le développement des cellules d'écoute et du soutien psychologique										
Pour les services hospitaliers :										
- Disponibilité des médicaments (les formulations combinées)										
- Disponibilités des examens complémentaires (génotypage)										
- Une meilleure fluidité administrative pour honorer les commandes des ARV de la part du niveau central										



5. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires liés au VIH des orphelins et autres enfants vulnérables ?

Oui	Non	Sans objet (S/O) ✓
-----	-----	--------------------

5.1 **SI OUI**, le pays utilise-t-il une définition opérationnelle pour les orphelins et les enfants vulnérables ?

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

5.2 **SI OUI**, le pays a-t-il mis au point un plan d'action national destiné expressément aux orphelins et les enfants vulnérables ?

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

5.3 **SI OUI**, le pays a-t-il estimé le nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables qui bénéficient des interventions en place ?

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

SI OUI, quel est le pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables ayant actuellement accès à ces interventions ? % [insérer]

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts engagés pour répondre aux besoins liés au VIH des orphelins et des autres enfants vulnérables en 2009 ?											
2009	Très médiocre										Excellent
0	1	2	3	4	5	6 ✓	7	8	9	10	
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>											
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>											
Identifier les besoins de cette population											



V. SUIVI ET EVALUATION

1. Votre pays dispose-t-il d'un plan national unique de suivi et d'évaluation (S/E) ?

Oui ✓	En cours d'élaboration	
-------	------------------------	--

SI NON, décrire brièvement les difficultés :

1.1 *SI OUI*, années couvertes : 2009-2012

1.2 *SI OUI*, a-t-il été avalisé par les partenaires clés du suivi et de l'évaluation ?

Oui ✓	Non
-------	-----

1.3 *SI OUI*, le plan de suivi et d'évaluation a-t-il été élaboré en consultation avec les représentants de la société civile, y compris les personnes vivant avec le VIH ?

Oui ✓	Non
-------	-----

1.4 *SI OUI*, les partenaires les plus importants ont-ils aligné et harmonisé leurs critères en matière de suivi et d'évaluation (y compris leurs indicateurs) avec le plan national ?

Oui, tous les partenaires ✓	Oui, la plupart des partenaires	Oui, mais seulement quelques partenaires	Non
-----------------------------	---------------------------------	--	-----

SI OUI, mais seulement quelques partenaires ou SI NON, décrire brièvement les enjeux :

2. Le plan national de suivi et d'évaluation inclut-il ?

une stratégie de collecte et d'analyse des données	Oui ✓	
<i>SI OUI</i> , couvre-t-il :		
• le suivi régulier des programmes	Oui ✓	
• les études de comportement	Oui ✓	
• la surveillance du VIH	Oui ✓	
• l'évaluation/la recherche	Oui ✓	
un ensemble normalisé défini d'indicateurs	Oui ✓	
des directives sur les instruments de collecte des données	Oui ✓	



une stratégie pour évaluer la qualité des données (ex : validité, fiabilité)	Oui ✓	
une stratégie d'analyse des données	Oui ✓	
une stratégie de diffusion et d'utilisation des données	Oui ✓	

3. Le plan de suivi et d'évaluation est-il assorti d'un budget ?

Oui ✓	En cours d'élaboration	Non
-------	------------------------	-----

3.1 **SI OUI**, quel pourcentage du financement total du programme VIH est-il alloué aux activités de suivi et évaluation ? **8 %** [insérer]

3.2 **SI OUI**, le financement est-il assuré *pleinement* ?

Oui ✓	Non
-------	-----

SI NON, décrire brièvement les difficultés :

3.3 **SI OUI**, surveille-t-on les dépenses relatives au suivi et évaluation ?

Oui ✓	Non
-------	-----

4. Les priorités en matière de suivi et évaluation sont-elles déterminées par un système national d'évaluation S/E ?

Oui ✓	Non
-------	-----

SI OUI, décrire brièvement la fréquence à laquelle l'évaluation S/E est menée et ce qu'elle comporte :

Le guide du S&E de la riposte prévoit:

- le suivi routinier des activités aux différents niveaux à travers l'usage des outils de collecte des données standardisées, leur acheminement du niveau de base vers le niveau central selon des circuits bien décrits pour les trois secteurs : secteur de la santé, les autres OG, et les ONG.
- Les enquêtes sérocomportementales tous les trois ans auprès des trois populations à haut risque : PS, HSH, UDI.
- la recherche opérationnelle et la revue du programme.
- Le traitement a été prévu à l'aide du logiciel CRIS.
- Le système d'assurance qualité comprend la supervision, le renforcement des capacités et l'usage des outils de collecte des données standardisées.
- La diffusion de l'information est prévue par le biais des réunions et des rapports



- périodiques aux différents niveaux.
- Les leçons tirées, les lacunes et les priorités seront identifiés au sein du CNLS en collaboration avec les partenaires.

SI NON, décrire brièvement comment on détermine les priorités S/E :

5. Existe-t-il une unité opérationnelle de suivi et d'évaluation ?

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	En cours d'élaboration	Non
---	------------------------	-----

SI NON, quels sont les principaux obstacles à la création d'une unité fonctionnelle de suivi et d'évaluation ?

5.1 *SI OUI*, l'Unité nationale S/E est-elle rattachée

	Oui	Non
au Conseil national de lutte contre le sida (ou son équivalent) ?		
au Ministère de la santé ?	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	
ailleurs ?[insérer]		



5.2 **SI OUI**, combien et quel type de cadres sont-ils employés par l'Unité/Département de S/E ?

Nombre d'employés permanents :		
Fonction : <i>un épidémiologiste</i>	Temps partiel	Depuis: 2008
Fonction : <i>un ingénieur en statistique</i>	Plein temps	Depuis: 2008
Fonction : <i>un ingénieur en informatique</i>	Plein temps	2010
Fonction : <i>un gestionnaire en finance</i>	Plein temps	Depuis: 2008
Fonction : <i>coordinateur du PNLS</i>	Temps partiel	Depuis: 2008
Fonction : <i>une pharmacienne</i>	Temps partiel	Depuis: 2010
Nombre d'employés temporaires :		
Fonction : <i>[insérer]</i>	Plein temps / Temps partiel ?	Depuis quand ? :
Fonction : <i>[insérer]</i>	Plein temps / Temps partiel ?	Depuis quand ? :
<i>[Ajouter autant que de besoin]</i>		

5.3 **SI OUI**, existe-t-il des mécanismes permettant de s'assurer que tous les principaux partenaires chargés de la mise en œuvre remettent leurs données/rapports relatifs au S/E à l'Unité de S/E pour inclusion dans le système national S/E ?

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non
---	-----

SI OUI, décrire brièvement le mécanisme de partage des données :

- un dispositif de S&E est en place depuis 2009
- un plan d'action a été élaboré précisant les circuits d'informations et les missions de chaque intervenant
- des ateliers de formation à l'échelle nationale et interrégionale ont été organisés sur le S&E
- un réseau est en cours de mise en place facilitant la collecte des données à partir des acteurs de la lutte contre le sida
- l'unité de S&E se trouve au sein du PNLS et travaille en étroite collaboration avec les partenaires de la lutte
- des points focaux sida/IST agissent au niveau des régions pour la collecte des données



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

Quelles sont les principales difficultés ?

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

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

Non	Oui, de manière irrégulière	Oui, périodiquement ✓
-----	-----------------------------	-----------------------

6.1 Comprend-il des représentants de la société civile ?

Oui ✓	Non
-------	-----

SI OUI, dire brièvement qui sont les représentants de la société civile et le rôle qu'ils jouent :

- Les représentants des ONG thématique et non thématique et deux PVVIH
- Participation aux réunions du suivi & évaluation du CCM avec discussion de l'état d'avancement dans la mise en œuvre.

7. Existe-t-il une base de données nationale centralisée des données relatives au VIH ?

Oui	Non ✓
-----	-------

7.1 **SI OUI**, décrire brièvement la base de données nationale et dire qui la gère : elle n'est pas encore informatisée [insérer]

7.2 **SI OUI**, la base de données inclut-elle des informations sur le contenu, les populations cibles et la couverture géographique des services VIH ainsi que sur les organisations d'exécution ?

a. Oui, pour tout ce qui précède

b. Oui, mais seulement une partie de ce qui précède [insérer]

c. Non, rien de ce qui précède



7.3 Existe-t-il un système opérationnel* d'information sur la santé ?

à l'échelon national	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non
au niveau infranational	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non
SI OUI , à quel(s) niveau(x) ?[régional]		

(*qui communique régulièrement des données en provenance des services de santé, qui sont agrégées au niveau du district et envoyées au niveau national ; les données sont en outre analysées et utilisées à différents niveaux)

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

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non
---	-----

9. Dans quelle mesure les données de suivi et d'évaluation sont-elles utilisées

9.1 pour l'élaboration/révision de la stratégie nationale de lutte contre le sida ?

Faible			Grande		
0	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	5

Donner un exemple concret :

Le plan d'action de la 2^{ème} phase du FM a été préparé en considérant l'état d'avancement dans la mise en place des deux plans opérationnels de la 1^{ère} phase.

S'il y en a, quels sont principaux obstacles ?

Le système n'est pas encore tout à fait opérationnel, d'où

- difficultés de collecte exhaustive et à temps des données
- insuffisance de vérification de la fiabilité des données
- manque de coordination au niveau des gouvernorats et au niveau central
- la diffusion des résultats est limitée.

9.2 pour l'allocation des ressources ?

Faible			Grande		
0	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5

Donner un exemple concret :

Les ressources sont disponibles sur le projet du GFATM,

S'il y en a, quels sont principaux obstacles ?



9.3 pour l'amélioration du programme ?

Faible

Grande

0	1	2	3✓	4	5
---	---	---	----	---	---

Donner un exemple concret :

S'il y en a, quels sont principaux obstacles ?

10. Le développement des capacités humaines en S/E est-il prévu aux niveaux national,

infranational et de la prestation des services ?

- a. Oui, à tous les niveaux
- b. Oui, mais seulement pour certains niveaux [insérer]
- c. Non

10.1 Une formation au suivi et à l'évaluation a-t-elle été dispensée au cours de l'année écoulée

Au niveau national ?	Oui ✓	Non
<i>SI OUI</i> , Nombre de personnes formées : [40]		
Au niveau infranational ?	Oui ✓	Non
<i>SI OUI</i> , Nombre de personnes formées : [90]		
Au niveau de la prestation des services y compris la société civile ?	Oui ✓	Non
<i>SI OUI</i> , Nombre de personnes formées : [20]		

10.2 Mise à part la formation, a-t-on mené d'autres activités de renforcement des capacités S/E ?

Oui ✓	Non
-------	-----

SI OUI, décrire ces activités : recrutement du personnel pour l'unité central du S&E... [insérer]



Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous <i>aux efforts de suivi et d'évaluation</i> des programmes de riposte au VIH réalisés en 2009 ?										
2009 Très médiocre										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7 ✓	9	10	
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>										
<ul style="list-style-type: none"> - un dispositif de S&E est en place depuis 2009 - un plan d'action a été élaboré précisant les circuits d'informations et les missions de chaque intervenant - des ateliers de formation à l'échelle nationale et interrégionale ont été organisés sur le S&E - un réseau est en cours de mise en place facilitant la collecte des données à partir des acteurs de la lutte contre le sida 										
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>										
rendre le système opérationnel :										
<ul style="list-style-type: none"> - renforcer l'implication de l'ensemble des partenaires - assurer un accompagnement pour les équipes au niveau des régions de la part du niveau national. - Rendre le réseau informatique fonctionnel - Créer une base de données informatisée - Renforcer la diffusion et utilisation des résultats 										



Questionnaire de l'Indice composite des politiques nationales

Partie B

**[à remplir par les représentants des organisations de la société civile,
des organismes bilatéraux et des organisations du système des Nations Unies]**

I. DROITS DE LA PERSONNE

1. Le pays dispose-t-il de lois et de règlements visant à protéger les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination ? (y compris à la fois des dispositions générales non discriminatoires et des dispositions mentionnant spécifiquement le VIH, s'articulant autour de la scolarisation, du logement, de l'emploi, des soins de santé, etc.)

Oui	Non ✓
-----	-------

1.1 **SI OUI**, préciser si le VIH est mentionné expressément et de quelle manière ou s'il s'agit d'une disposition non discriminatoire générale : *[insérer]*

2. Le pays dispose-t-il de lois ou de règlements non discriminatoires qui stipulent des protections pour les sous-populations vulnérables ?

Oui	Non ✓
-----	-------

2.1 **SI OUI**, pour quelles populations ?

a. Femmes	Oui	Non
b. Jeunes	Oui	Non
c. Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
e. Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
f. Détenus	Oui	Non
g. Migrants/populations mobiles	Oui	Non
h. Autre : <i>[insérer]</i>	Oui	Non



SI OUI, décrire brièvement les mécanismes en place pour assurer l'application de ces lois :

Décrire brièvement le contenu de ces lois :

Faire un bref commentaire sur la mesure dans laquelle ces lois sont actuellement appliquées :

3. Y a-t-il dans le pays des lois, des règlements ou des politiques qui font obstacle à des services efficaces de prévention, traitement, soins et soutien du VIH pour les populations les plus à risque et d'autres sous-populations vulnérables ?

Oui ✓	Non
-------	-----

3.1 **SI OUI**, pour quelles sous-populations ?

	Oui	Non ✓
a. Femmes	Oui	Non ✓
b. Jeunes	Oui	Non ✓
c. Consommateurs de drogues injectables	oui ✓	Non
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	oui ✓	Non
e. Professionnel(le)s du sexe	oui ✓	Non
f. Détenus	oui ✓	Non
g. Migrants/populations mobiles	Oui	Non ✓
h. Autre : [insérer] :	Oui	Non

SI OUI, décrire brièvement le contenu de ces lois, règlements ou politiques :

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



Dire brièvement en quoi elles constituent des obstacles :

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

-Pour les détenus: en milieu carcéral, les hommes ont des rapports sexuels avec les hommes, comme ce comportement est interdit, la fourniture des préservatifs pour les détenus n'est pas acceptée de la part des responsables du milieu pénitencier. Pourtant, les activités de prévention (Communication pour le changement des comportements, dépistage volontaire) sont encouragées.

-Pour les MSM: même si le texte de loi n'est pas systématiquement appliqué, il constitue une menace pour plusieurs hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui risquent d'être maltraités par la police en cas d'arrestation ou vérification d'identité

-Les UDI risquent d'être arrêté en cas de rechute.

4. La promotion et la protection des droits de la personne sont-elles explicitement mentionnées dans toute politique ou stratégie de lutte contre le VIH ?

Oui ✓	Non
-------	-----

SI OUI, décrire brièvement la manière dont il est fait état des droits de l'homme dans cette politique ou stratégie VIH :

un des principes directeurs du PSN : « Les droits et les responsabilités des personnes touchées par l'infection par le VIH et par le SIDA doivent être protégés »

5. Existe-t-il un mécanisme permettant d'enregistrer, de documenter et de traiter les cas de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, des populations les plus à risque et/ou d'autres sous-populations vulnérables ?

Oui	Non ✓
-----	-------

SI OUI, décrire brièvement ce mécanisme :



6. Le gouvernement a-t-il, par le biais d'un appui politique et financier, favorisé la participation des populations les plus à risque et/ou d'autres sous-populations vulnérables à la conception des politiques publiques et à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH ?

Oui ✓	Non
-------	-----

SI OUI, donner quelques exemples :

Des PVVIH et des membres (qui peuvent appartenir à des populations les plus à risque) des ONG font partis du CCM.

7. Le gouvernement mène-t-il une politique de services gratuits pour :

a. les services de prévention du VIH	Oui ✓	
b. le traitement antirétroviral	Oui ✓	
c. les interventions de soins et de soutien liés au VIH	Oui ✓	

SI OUI, compte tenu des contraintes financières, décrire les mesures prises pour mettre en œuvre ces politiques et inclure des informations sur toute restriction ou obstacle à l'accès pour différentes populations :

Le traitement ARV ainsi que les interventions de soins et de soutien liés au VIH sont accessibles et disponible à l'ensemble de la population y compris les populations LES PLUS à risque. De même, les services de prévention notamment la CCC, le préservatif ... sont disponibles. Le problème qui se pose c'est que certaines populations (PS, HSH, UDI) se cachent.

8. Le pays dispose-t-il d'une politique garantissant aux hommes et aux femmes un accès égal à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH ?

Oui ✓	Non
-------	-----

8.1 En particulier, le pays dispose-t-il d'une politique garantissant l'accès des femmes à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH en dehors du contexte de la grossesse et de l'accouchement ?

Oui ✓	Non
-------	-----



9. Le pays dispose-t-il d'une politique garantissant un accès égal des populations les plus à risque et/ou d'autres sous-populations vulnérables à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH ?

Oui ✓	Non
-------	-----

SI OUI, décrire brièvement le contenu de cette politique :

- Accès aux soins et soutien:
 - Couverture sociale par la CNAM (caisse nationale d'assurance maladie)
 - ou prise en charge gratuite des PVVIH dans les structures publiques
- implication des ONG pour améliorer l'accessibilité aux populations les plus à risque
- participation des PVVIH à la gestion du programme de lutte contre le VIH/sida

9.1 **SI OUI**, existe-t-il différents types d'approches pour assurer un accès égal aux différentes populations les plus à risque et/ou aux autres sous-populations vulnérables ?

Oui	Non ✓
-----	-------

SI OUI, expliquer brièvement les différents types d'approches pour assurer un accès égal à des populations différentes :

10. Le pays dispose-t-il d'une politique interdisant le dépistage du VIH dans le cadre global de l'emploi (recrutement, affectation/mutation, nomination, promotion, licenciement) ?

Oui	Non ✓
-----	-------

11. Le pays dispose-t-il d'une politique garantissant que les protocoles de recherche sur le VIH impliquant des sujets humains sont examinés et approuvés par un comité d'éthique national/local ?

Oui ✓	Non
-------	-----

11.1 **SI OUI**, le comité d'éthique inclut-il des représentants de la société civile y compris les personnes vivant avec le VIH ?

Oui	Non ✓
-----	-------

SI OUI, décrire l'approche et l'utilité de ce comité :



12. Le pays dispose-t-il des mécanismes ci-après de suivi et d'application des droits de la personne ?

– Existence d'institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de la personne, y compris des commissions pour les droits de la personne, des commissions pour la réforme des lois, des observateurs et des médiateurs s'occupant des questions relatives au VIH dans le cadre de leur fonction

Oui	Non ✓
-----	-------

– Points focaux au sein du ministère de la santé et d'autres ministères ayant pour fonction de surveiller les infractions aux droits de la personne et la discrimination liées au VIH dans des domaines comme le logement ou l'emploi.

Oui	Non ✓
-----	-------

– Indicateurs de performance ou de référence concernant le respect des droits de la personne dans le contexte des efforts de lutte contre le VIH

Oui	Non ✓
-----	-------

SI OUI, pour l'une quelconque des questions ci-dessus, donner quelques exemples :

13. Au cours des deux dernières années, les membres du système judiciaire (notamment les conseils de prud'hommes/ tribunaux du travail) ont-ils été formés/sensibilisés aux questions touchant le VIH et les droits de la personne qui peuvent se poser à eux dans le cadre de leurs fonctions ?

Oui	Non ✓
-----	-------

14. Les services d'appui juridique suivants existent-ils dans le pays ?

– Systèmes d'assistance juridique pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH

Oui	Non ✓
-----	-------

– Cabinets de conseil juridique du secteur privé ou centres universitaires fournissant des services juridiques gratuits ou à prix réduit aux personnes vivant avec le VIH

Oui	Non ✓
-----	-------

– Programmes d'éducation et de sensibilisation destinés aux personnes vivant avec le VIH au sujet de leurs droits

Oui ✓	Non
-------	-----



15. Existe-t-il des programmes visant à réduire la discrimination et la stigmatisation des personnes touchées par le VIH ?

Oui	Non ✓
-----	-------

SI OUI, comment ces programmes sont-ils véhiculés ?

	Oui	Non
par les médias	Oui	Non
par l'enseignement scolaire	Oui	Non
par des personnalités s'exprimant souvent à ce sujet	Oui	Non
Autre : <i>[insérer]</i> : ..		Non

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux politiques, lois et règlements pour la protection et la promotion des droits de l'homme eu égard au VIH/sida en vigueur en 2009 ?										
2009	Très médiocre									Excellent
	0	1	2	3	4 ✓	5	6	7	9	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>										
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>										

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts destinés à faire appliquer les politiques, lois et règlements en vigueur en 2009 ?										
2009	Très médiocre									Excellent
	0	1	2	3	4 ✓	5	6	7	9	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>										
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>										



II - PARTICIPATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ³

1. Dans quelle mesure la société civile a-t-elle contribué au renforcement de l'engagement politique des principaux dirigeants et à la formulation des stratégies/ politiques nationales ?

Faible

Grande

0	1	2	3	4✓	5
---	---	---	---	----	---

Commentaires et exemples :

Par les diverses opinions qu'elles expriment et les différents points de vue qu'elles représentent, les organisations non gouvernementales (ONG) jouent un rôle essentiel dans la riposte à l'épidémie de sida en Tunisie. En tant que partenaires clés de l'élaboration des ripostes nationales au sida, les ONG sont idéalement placées pour fournir des informations quantitatives et qualitatives, qui viennent s'ajouter aux données recueillies par les gouvernements. La participation de la société civile a été renforcée dans le pays et a contribué aux progrès réalisés dans les différents domaines prioritaires de la riposte au sida comme la prévention du VIH, le dépistage anonyme et gratuit, la réduction des risques et la prise en charge psycho-sociale des personnes infectées ou affectées par le VIH.

En outre, les ONG participent à :

- La mobilisation des médias par la multiplication des activités de terrain et l'engagement des plaidoyers parmi les personnalités de la société civile.
- L'incitation des pouvoirs publics de s'engager de manière formelle pour la mise en œuvre de textes juridiques afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination auxquelles sont confrontées les populations clés.

2. Dans quelle mesure les représentants de la société civile ont-ils participé au processus de planification et de budgétisation du Plan stratégique national de lutte contre le VIH ou au plan d'action le plus récent (ex : en assistant aux réunions de planification et en révisant les projets) ?

Faible

Grande

0	1	2	3✓	4	5
---	---	---	----	---	---

³ La société civile inclut notamment : les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les organisations féminines, les organisations de jeunes, les organisations confessionnelles, les organisations de prise en charge du sida, les organisations communautaires, les organisations des groupes les plus affectés (notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les populations migrantes/déplacées, les détenus), les organisations de travailleurs, les organisations de droits de la personne, etc. Aux fins de l'Indice, le secteur privé fait l'objet d'une section distincte.



Commentaires et exemples :

La Tunisie soutient la participation des ONG à l'élargissement de la riposte nationale au VIH.

Les ONG sont des membres actifs du CCM et des groupes techniques de travail (du PNLS) avec participation active dans le processus de planification et de budgétisation du plan stratégique.

Mais les ONG doivent être des partenaires à part entière aux institutions gouvernementales et non simples acteurs pour l'exécution d'activités ponctuelles ou événementielles,

Une attention devra être accordée pour exiger auprès des ON et ONG engagées dans le processus national d'être plus entreprenants et plus assidus.

3. Dans quelle mesure les services dispensés par la société civile dans les domaines de la prévention, du traitement, des soins et du soutien relatifs au VIH sont-ils inclus dans

a. la stratégie nationale de lutte contre le sida ?

Faible						Grande
0	1	2	3	4✓	5	

b. le budget national consacré à la lutte contre le sida ?

Faible						Grande
0	1	2	3	4✓	5	

c. les rapports nationaux de lutte contre le sida ?

Faible						Grande
0	1	2	3✓	4	5	

Commentaires et exemples :

Les ONG sont des sous bénéficiaires (du FM) et des partenaires qui ont appuyé et participé à la réalisation du plan national de la lutte contre le SIDA par des différentes actions de prévention et de sensibilisation auprès de la population générale et la population à haut risque.

En se basant sur le plan stratégique national qui regroupe toutes les activités prioritaires, à part le FM, les ONG mobilisent des fonds des bailleurs à l'étranger.



4. Dans quelle mesure la société civile a-t-elle été conviée dans le cadre du suivi et de l'évaluation (S/E) de la riposte au VIH

a. à l'élaboration du plan national S/E ?

Faible			Grande		
0	1	2	3	4√	5

b. à participer au comité/groupe de travail national S/E responsable de la coordination des activités S/E ?

Faible			Grande		
0	1	2	3	4√	5

c. aux efforts S/E au niveau local ?

Faible			Grande		
0	1	2	3	4√	5

Commentaires et exemples

La société civile a participé à l'élaboration du plan national de suivi évaluation et à la mise en place des activités pour avoir les indicateurs de S/E

5. Dans quelle mesure la représentation du secteur de la société civile dans les efforts de lutte contre le VIH/sida reflète-t-elle sa diversité (p. ex., réseaux de personnes vivant avec le VIH, organisations de professionnel(le)s du sexe, organisations confessionnelles) ?

Faible			Grande		
0	1	2	3√	4	5

Commentaires et exemples :

La diversité des différents intervenants de la société civile entre associations thématiques et autres non thématiques a offert un enrichissement sans précédent dans le domaine de la prévention et la lutte contre le sida.



- Plusieurs organisations s'occupent de la prévention auprès des populations à haut risque comme les professionnelles de sexe, les MSM et les UDI.
- c'est les ONG thématiques qui prend en charge ce volet, exemple ATL MST/SIDA section Tunis, prend en charge toutes les catégories des populations clés y compris les PVVIH
- Plusieurs enquêtes spécifiques restées durant plusieurs années inabordables par les institutions gouvernementales en raison de la difficulté d'adhérer à certaines populations clés (TS,HSH, UDI,UD...) ont été réalisées.
- Des efforts continus et accrus par les PVVIH pour renforcer les activités de prise en charge psychosociale et de renforcer la mise en œuvre des programmes de soutiens et de la prise en charge des PVVIH.

Ces efforts ne devront pas connaître de répit à la fin du programme du fonds mondial, tous les efforts devront être déployés pour permettre aux ONG de poursuivre le travail de terrain si nous souhaitons atteindre nos objectifs.

6. Dans quelle mesure la société civile a-t-elle la possibilité d'avoir accès à :

a. une aide financière suffisante pour mettre en œuvre ses activités dans le domaine du VIH ?

Faible				Grande		
0	1	2	3✓	4	5	

b. un soutien technique adéquat pour mettre en œuvre ses activités dans le domaine du VIH ?

Faible				Grande		
0	1	2	3✓	4	5	

Commentaires et exemples :

Le renforcement en ressources humaines réalisé grâce aux budgets alloués à quelques associations thématiques dans le cadre du programme du fonds mondial pour le renforcement de leurs structures administratives et techniques ne doit pas connaître d'interruption. Le seul problème auquel ces associations doivent faire face à la fin du programme GFATM c'est d'assurer la continuité des plans d'action préétablis pour réaliser leur objectif. Dans ces conditions l'état ne peut pas se substituer au Fonds Mondial pour assurer une alimentation conséquente et continue à ces associations. Un intérêt devra être porté pour apprendre à ces ONG de chercher des projets de coopération avec des institutions onusiennes ou autres pour assurer les postes de travail aux personnes recrutées et à la réalisation des plans d'action réalisés.

L'appui technique est assuré par l'ONUSIDA, qui répond à nos besoins et ne cesse de contribuer au renforcement de la riposte nationale



7. Quel pourcentage des programmes/services VIH ci-après estime-t-on être assuré par la société civile ?

Prévention pour les jeunes	<25%	<u>25-50%</u>	51-75%	>75%
Prévention pour les populations les plus à risque				
- Consommateurs de drogues injectables	<25%	25-50%	<u>51-75%</u>	>75%
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<25%	25-50%	<u>51-75%</u>	>75%
- Professionnel(le)s du sexe	<25%	25-50%	51-75%	<u>>75%</u>
Dépistage et conseil	<25%	<u>25-50%</u>	51-75%	>75%
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	<25%	25-50%	<u>51-75%</u>	>75%
Services cliniques (ART/IO)*	<u><25%</u>	25-50%	51-75%	>75%
Soins à domicile	<25%	25-50%	51-75%	<u>>75%</u>
Programmes pour les OEV**	<25%	25-50%	<u>51-75%</u>	>75%

*ART= Traitement antirétroviral ; IO= Infections opportunistes

**OEV= Orphelins et autres enfants vulnérables

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts visant à accroître la participation de la société civile en 2009 ?										
2009 Très médiocre										Excellent
0	1	2	3	4	5	6 ✓	7	9	10	
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>										
Réalisation des activités inscrites dans le PSN :										
<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement du travail de prévention qui a touché toutes les populations clés <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation et la prévention auprès de la population générale surtout pour les jeunes. - Activités de proximité auprès des travailleuses de sexe légales et clandestines. - Prise en charge psychosociale des PVVIH - Participer à l'élaboration du système de S&E et à la collecte des données : <ul style="list-style-type: none"> - réalisation d'enquêtes spécifiques y compris les enquêtes comportementales et de séroprévalence auprès des différentes populations les plus à risque. - Le travail en réseau (ONG/ONG, ONG/ON, Associations thématiques et non thématiques) - Le renforcement des actions de plaidoyer - L'accès au préservatif est meilleur - L'engagement actif des médias 										
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>										
<ul style="list-style-type: none"> - La mise à niveau de tous les acteurs de lutte contre le sida avec renforcement des capacités des ONG thématiques, - Assurer la continuité des fonds (mobilisations des fonds), - Adoption du S&E par tous les acteurs, - Essayer d'auditer ce qui se réalise sur le terrain et assurer la qualité des interventions - Entamer d'avantage d'activités de plaidoyers auprès des instances gouvernementales pour instaurer 										



une juridiction favorable aux ONG et aux populations clefs pour faciliter et mener à bien la réalisation des activités,

- Le manque des ressources humaines dans les ONG et assurer la continuité de leur travail,
- Soutien aux PVVIH.



III- PREVENTION

1. Le pays a-t-il recensé les besoins particuliers en programmes de prévention du VIH ?

Oui ✓	Non
-------	-----

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

Dans la revue du PSN

SI NON, comment les programmes de prévention du VIH sont-ils intensifiés ? les besoins et l'implication des ONG

1.1 Dans quelle mesure les programmes de prévention du VIH ont-ils été mis en œuvre ?

Élément de prévention du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin y ont accès		
	D'accord	Pas d'accord	S/O
Sécurité transfusionnelle	✓		
Précautions universelles en milieu sanitaire	✓		
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	✓		
IEC* sur la réduction des risques		✓	
IEC* sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination		✓	
Promotion des préservatifs		✓	
Conseil et test VIH	✓		
Réduction des risques chez les consommateurs de drogues injectables		✓	
Réduction des risques chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		✓	
Réduction des risques chez les professionnel(le)s du sexe		✓	
Services de santé reproductive, y compris services de prévention et de traitement des IST	✓		



Enseignement relatif au VIH en milieu scolaire pour les jeunes	✓		
Programmes de prévention du VIH destinés aux jeunes non scolarisés		✓	
Prévention du VIH sur le lieu de travail		✓	
Autres : [insérer] : ...			

* IEC = Information, éducation et communication

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de *mise en œuvre* des programmes de prévention du VIH en 2009 ?

2009 Très médiocre Excellent

0 1 2 3 4 5 6✓ 7 9 10

Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?

Les actions et les activités qui ont été prévues, ont été réalisées en totalité.

Les objectifs prévus sont atteints :

- l'engagement de plusieurs associations thématiques et non thématiques dans la réalisation de sessions d'IEC,
- la création de centres de CCDAG,
- la réalisation de plusieurs enquêtes pour mieux cerner et comprendre les attentes des populations clefs.

Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?

- Insuffisance des ressources humaines formées,
- Insuffisance des ressources financières,
- Implication d'autres partenaires
- Manque d'évaluation des activités réalisées
- Multiplier les actions de plaidoyers pour engager d'avantage l'autorité de tutelle



IV TRAITEMENT, SOINS ET SOUTIEN

1. Le pays a-t-il recensé les besoins concrets en services de traitement, de soins et de soutien du VIH ?

Oui ✓	Non
-------	-----

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

Entre autres, par les enquêtes réalisées auprès des PVVIH, un des principaux besoins sera l'éducation thérapeutique et l'observance aux traitements (ARV traitement des infections opportunistes). Il faut prendre en considération l'enquête sur les besoins des PVVIH.

SI NON, de quelle façon l'intensification des services de traitement, de soins et de soutien du VIH est-elle réalisée ?

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

Services de traitement, de soins et de soutien relatifs au VIH et au sida	La majorité des personnes qui en ont besoin y ont accès		
	D'accord	Pas d'accord	S/O
Thérapie antirétrovirale	✓		
Soins nutritionnels		✓	
Traitement pédiatrique du sida	✓		
Traitement des infections sexuellement transmissibles	✓		
Soutien psychosocial des personnes vivant avec le VIH et de leurs proches	✓		
Soins à domicile		✓	
Soins palliatifs et traitement des infections courantes liées au VIH	✓		
Conseil et test VIH pour les patients atteints de tuberculose	✓		
Dépistage de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH	✓		
Prophylaxie antituberculeuse chez les personnes infectées par le VIH	✓		
Lutte contre la tuberculose dans les services de traitement et de soins du VIH	✓		



Prophylaxie par cotrimoxazole parmi les personnes infectées par le VIH	✓		
Prophylaxie post-exposition (ex : exposition au VIH dans le cadre du travail, viol)		✓	
Services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours pour ce traitement par l'intermédiaire du lieu de travail		✓	
Soins et soutien pour le VIH sur le lieu de travail (y compris aménagement des horaires de travail)		✓	
Autres programmes : <i>[insérer]</i>			

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de *mise en œuvre* des programmes de traitement, de soins et de soutien du VIH en 2009 ?

2009	Très médiocre	Excellent								
	0	1	2	3	4	5	6	7	9	10

Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?

- Assistance réalisée par l'ATLMSTSIDA et par le MASSTE
- Diminution des ruptures de stock
- Prise en charge des PVVIH par l'état

Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?

- Améliorer le suivi et l'évaluation
- Améliorer la gestion des ARV : meilleure coordination entre les services de prise en charge, le service de la pharmacie et la DSSB
- Améliore la prise en charge sociale en améliorant les conditions matérielles de cette population

2. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires relatifs au VIH/sida des orphelins et des autres enfants vulnérables ?

Oui	Non	S/O ✓
-----	-----	-------

2.1 **SI OUI**, le pays utilise-t-il une définition opérationnelle des orphelins et des autres enfants vulnérables?

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

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

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



2.3 *SI OUI*, le pays a-t-il estimé le nombre d'orphelins et autres enfants vulnérables qui bénéficient des interventions en place ?

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

SI OUI, quel est le pourcentage d'orphelins et autres enfants vulnérables qui en bénéficient ?

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts visant à <i>répondre aux besoins</i> des orphelins et autres enfants vulnérables en matière de services VIH en 2009 ?										
2009	Très médiocre									Excellent
0	1	2✓	3	4	5	6	7	9	10	
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>										
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>										
Orphelins du sida : plus d'attention										



ANNEXE 3 : Liste des personnes ayant participé à l'élaboration du rapport UNGASS 2010

Organisation	Nom/Fonction
Ministère de la Santé Publique	Pr Amel Nouira, Consultant National
Direction des soins de santé de base (DSSB)	Dr Ahmed Maamouri Chef de service à la DSSB, Coordinateur du PNL
	Mme Leila Mihoub, Chef de service de l'unité de pharmacie à la DSSB
	Mme Selma Layouni, ingénieur statisticien – unité nationale de S&E
	Dr Faouzi Abid, PNL
Office National de la Famille et de la Population (ONFP)	M. Hassen Mohsen Psychologue Sous directeur des activités de terrain
	Dr Sihem Bellalouna Responsable Recherche
	Dr Fatma Temimi Responsable Direction des services médicaux
	Mme Saoussen Elwaer, pharmacienne
Unité de Gestion du projet GFATM	Dr Khaled Khairredine, Coordinateur du projet
	Dr Mohamed Ghyoula, responsable S&E
	Mme Mériam Jerbi, gestionnaire
Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger	Dr Lotfi Chemli, Médecin Inspecteur du Travail Coordinateur Technique. Direction Générale de la Promotion Sociale
Direction de la médecine scolaire et universitaire	Dr Chedlia Abdeljaouad, Médecin coordinateur
Service de prise en charge des PVVIH Hôpital la Rabta	- Pr .Taoufik Ben Chaabane chef de service des maladies infectieuses - Pr Bader Eddine Kilani Prof en maladies infectieuses - Dr Rim Abdel Malek Assistante hospitalo universitaire
Pharmacie externe de l'hôpital La Rabta	M Chadli Hosni chef de service
Service de prise en charge des PVVIH, Monastir	Pr Mohamed Chakroun, chef de service des maladies infectieuses
Service de prise en charge des PVVIH, Sousse	Pr Amel Letaief, chef de service des maladies infectieuses
Service de prise en charge des PVVIH, Sfax	- Pr Mounir Ben Jemâa, chef de service des maladies infectieuses - Pr Ag Chekib Marrakchi
Service régional des soins de santé de base de Tunis	Dr Mériam Haddad point focal régional sida
Service régional des soins de santé de base de Sousse	Dr Fatma Lazreg point focal régional sida
Direction régionale de la Santé Publique de Monastir / Service régional des soins de santé de base	Dr Hassen Jbara chef de service des soins de santé de base
	Dr Amel Bouslah point focal régional sida
Direction régionale de la Santé Publique de Sfax / Service régional des soins de santé de base	Dr Mounir Akrouf chef de service des soins de santé de base
	Dr Chahrazed Kallel point focal régional sida



Centre national de transfusion sanguine (CNTS)/Ministère de la Santé Publique	Prof Faouzi Jenhani Chef de service de l'unité immunologique (CD4, CD8)
Hôpital Charles Nicolle, Tunis	Prof Amine Slim Laboratoire de référence nationale pour le VIH, Hôpital Charle Nicolle, Tunis
ONUSIDA	Dr Myriam Ben Mammou Point focal ONUSIDA, Tunisie
OMS	Dr Ali Garaoui, Bureau OMS Tunisie

