

**Ministère de la Santé Publique**

Direction des Soins de Santé de Base

Programme National de Lutte contre le Sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles



# **Plan stratégique national de la riposte au VIH/sida et aux IST (2012-2016) en Tunisie**

**2012**

*avec le soutien*

*du Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida*



## *Remerciements*

Nos vifs remerciements vont aux acteurs de la riposte au VIH/sida en Tunisie, gouvernementaux et non gouvernementaux, qui ont participé activement dans l'élaboration de ce plan stratégique national de la riposte au VIH/sida (2012-2016).

Nous sommes redevables aux représentants des personnes vivant avec le VIH et des populations clés qui se sont inscrits dans le processus de l'élaboration de ce plan stratégique national. Nous leur rendons hommage pour leur collaboration.

Notre gratitude s'adresse également à tous les membres du comité de pilotage qui a accompagné l'élaboration de ce plan stratégique national.

Pour la réalisation de ce plan stratégique national, la Tunisie a bénéficié du soutien du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida. Qu'il trouve ici l'expression de nos remerciements.

*Dr Kamel HILI*

*Directeur des Soins de Santé de Base -MSP*

### *Comité de pilotage*

- Programme National de Lutte contre le Sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles, Direction des Soins de Santé de Base, Ministère de la Santé Publique : Dr. Ahmed Mâamouri, Dr. Faouzi Abid et Mme Salma Layouni, (Unité Suivi et évaluation)
- Ministère des Affaires Sociales : Dr. Lotfi Chemli
- Association Tunisienne de Lutte contre les MST et le SIDA – section de Tunis : Pr. Mohamed Ridha Kamoun, M. Bilel Mahjoubi
- Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le Sida : Dr. Samir Bouarouj
- Association Tunisienne de Prévention de la Toxicomanie : Dr. Mohamed Tounsi
- Unité de Gestion du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme : Dr. Khaled Kheireddine
- Organisation Mondiale de la Santé, Tunis : Dr Stefano Lazzari
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA : Dr. Myriam Ben Mamou
- Fonds des Nations Unies pour la Population : M. Chokri Ben Yahia
- Programme des Nations Unies pour le Développement : M. Lassaad Soua
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance : Dr. Akthem Fourati

### *Équipe des consultants PSN*

- Abdelmajid Ben Hamida, spécialiste en épidémiologie et santé publique
- Sénim Ben Abdallah, sociologue
- Mohamed Nedhirou Hamed, expert international en santé publique

### *Equipe des consultants «costing »*

- Salah Messaoudi, administrateur financier
- Mohamed Nedhirou Hamed, expert international en santé publique

## TABLE DE MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>	<b>7</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>9</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>15</b>
<b>1. CONTEXTE GENERAL DE LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA</b>	<b>15</b>
1.1. Contexte général du Pays	15
1.2. Analyse de la situation de l'épidémie	18
1.2.1. Données générales sur le VIH et les IST	19
1.2.2. Données épidémiologiques dans les groupes cibles prioritaires	20
1.2.3. Déterminants de l'épidémie du VIH/sida	21
1.3. Analyse de la réponse nationale au VIH	22
1.3.1. Rappel historique de la riposte au VIH	22
1.3.2. Analyse des résultats obtenus par domaine programmatique	23
1.3.3. Analyse du Cadre institutionnel	24
1.3.3.1. Leadership, partenariat et coordination	24
1.3.3.2. Le suivi et l'évaluation	28
<b>2. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL</b>	<b>29</b>
2.1. Approche de la planification stratégique axée sur les résultats	29
2.1.1. Qu'est ce qu'une planification stratégique axée sur les résultats ?	29
2.1.2. Pourquoi une planification stratégique axée sur les résultats ?	29
2.1.3. Quels sont les caractéristiques et les points forts d'une planification stratégique axée sur les résultats ?	29
2.1.4. Comment mener une planification stratégique axée sur les résultats ?	30
2.1.5. Quelles sont les principales étapes d'un processus de planification stratégique axée sur les résultats ?	30
2.2. Principales étapes du processus	30
<b>3. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA RIPOSTE NATIONALE AU VIH</b>	<b>32</b>
3.1. Objectifs et stratégies à l'horizon de 2016 et vision de la riposte nationale	32
3.2. Fondements et principes directeurs du Plan stratégique national	33
<b>4. PRIORITES PAR AXE STRATEGIQUE</b>	<b>33</b>
4.1. Axe stratégique 1 : Réduction des nouvelles infections au VIH/sida par l'amélioration de l'Accès Universel à la prévention chez les populations vulnérables, et en particulier celles ayant des comportements à risque (MARPS)	35
4.1.1. Résultat d'impact	35
4.1.2. Résultats d'effets, produits, domaines prioritaires et principaux intervenants	35
4.2. Axe stratégique 2 : Réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/sida par l'amélioration de l'Accès Universel au traitement, aux soins et au soutien des personnes vivant avec le VIH et de leur entourage affecté	40
4.2.1. Résultat d'impact	40
4.2.2. Résultats d'effets, produits, domaines prioritaires et principaux intervenants	40

4.3. Axe stratégique 3 : Réforme du cadre juridique et promotion des droits humains pour la garantie de la dignité de la personne et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida	44
4.3.1. Résultats d'effets, produits, domaines prioritaires et principaux intervenants	44
4.4. Axe stratégique 4 : Mise en place de mécanismes de la riposte à l'infection par le VIH/sida efficaces et durables.	47
4.4.1. Résultats d'effets, produits, domaines prioritaires et principaux intervenants	47
<b>5. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA REPONSE NATIONALE</b>	<b>51</b>
5.1. Secteurs d'intervention	51
5.1.1. Ministère de la Santé Publique	51
Direction des Soins de Santé de Base	51
Autres directions et institutions sous tutelle	52
5.1.2. Les principaux autres ministères impliqués	52
5.1.3. Les Organismes de la société civile	53
Associations thématiques de lutte contre le VIH/sida	53
Associations non thématiques	54
5.1.4. Les Partenaires techniques et financiers	54
5.1.4.1. Dispositif de coordination	54
A. Au niveau National	54
• Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS)	54
• Le Secrétariat du CNLS	55
• Le Comité de Pilotage Central (CPC)	55
B. Pour le Financement du GFTAM	55
C. Au niveau intermédiaire : le Comité Régional de Lutte contre le Sida (CRLS)	55
<b>6. FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL</b>	<b>56</b>
6.1. Méthode d'estimation des ressources financières nécessaires	56
6.2. Budget prévisionnel global	56
6.3. Budget prévisionnel par axe stratégique et par effet	57
6.4. Stratégie de mobilisation des ressources	60
<b>7. STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION</b>	<b>61</b>
7.1. Stratégie de mise en œuvre de la réponse nationale	61
7.1.1. Opérationnalisation du PSN	61
7.1.2. Gestion des ressources	61
7.2. Stratégie de suivi évaluation de la réponse nationale	61
7.2.1. Fondements et composantes du Système national de suivi-évaluation	61
7.2.2. Système national de suivi évaluation	62
7.2.2.1. Les objectifs du système national de suivi et d'évaluation	62
7.2.2.2. Les indicateurs	63
7.2.2.3. Stratégies d'opérationnalisation	64
A. La révision du Guide de suivi évaluation	64
B. La dynamisation du Dispositif institutionnel de suivi évaluation	64
C. L'élaboration et la mise en œuvre du Plan de S&E	64
D. Le renforcement des capacités de suivi évaluation	64
7.2.2.4. Mécanismes et instruments	64
7.2.2.5. Dispositif institutionnel de suivi évaluations	65
A. Le niveau local	65
B. Le niveau régional	66
C. Le niveau national	66

<b>8. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES</b>	<b>66</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>71</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>72</b>
<b>GLOSSAIRE</b>	<b>73</b>
<b>Annexe : Liste des participants aux ateliers de l'élaboration du PSN 2012-2016</b>	<b>78</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

ARV	: Antirétroviraux
ATIOS	: Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le Sida
ATL MST/SIDA	: Association Tunisienne de Lutte contre les MST et le SIDA
ATSR	: Association Tunisienne de la Santé de la Reproduction
ATUPRET	: Association Tunisienne de Prévention de la Toxicomanie
CCDAG	: Centre de Conseil et de Dépistage Anonyme et Gratuit
CCM	: Country Coordinating Mechanism
CDI /UDI	: Consommateurs/Usagers de drogues injectables
CDIS	: Centre de Défense et d'Intégration Sociales
CD4	: Cellules CD4 ou Lymphocyte T
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida
CRLS	: Comité Régional de Lutte contre le Sida
CRT	: Croissant Rouge Tunisien
CVP	: Charge Virale Plasmatique
DMSU	: Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire
DSSB	: Direction des Soins de Santé de Base
DT	: Dinar Tunisien
GFATM	: Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme
GS	: Groupe de Soutien
HSH	: Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IEC	: Information, Éducation et Communication
INS	: Institut National de la Statistique
IO	: Infection opportuniste
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	: Interruption Volontaire de Grossesse
MAF	: Ministère des Affaires de la Femme
MAR	: Ministère des Affaires Religieuses
MARPS	: Most-at-risk populations
MAS	: Ministère des Affaires Sociales
MCT	: Ministère du Commerce et du Tourisme
MDN	: Ministère de la Défense Nationale
MEN	: Ministère de l'Éducation Nationale

MERS	: Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MFPE	: Ministère de la Formation Professionnelle et de l'Emploi
MJ	: Ministère de la Justice
MJS	: Ministère de la Jeunesse et des Sports
MST	: Maladies Sexuellement Transmissibles
NU	: Nations Unies
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONFP	: Office National de la Famille et de la Population
ONG	: Organisation non Gouvernementale
ONTE	: Office National des Tunisiens à l'Étranger
ONTT	: Office National du Tourisme Tunisien
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PF	: Planification familiale
PNLS/MST	: Programme National de Lutte contre le Sida et les MST
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Professionnelle du Sexe
PTME	: Prévention de la Transmission mère-enfant (du VIH)
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
S&E	: Suivi et évaluation
SIDA	: Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
SNU	: Système des Nations Unies
SSR	: Santé Sexuelle et de la Reproduction
ST	: Scouts Tunisiens
TS	: Travailleur(se)r du Sexe
UDI	: Usagers de drogues injectables
UNDAF	: Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	: Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (sur le VIH)
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VFG	: Violence Fondée sur le Genre
VHB	: Virus de l'hépatite B
VHC	: Virus de l'hépatite C



## **VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Évolution de la dépense annuelle par personne par région (DT) .....	17
Tableau 2 : Evolution du taux de chômage par tranche d'âge en Tunisie .....	18
Tableau 3 : Cas d'infection par le VIH/sida depuis le début de l'épidémie jusqu'à la fin 2009 .....	20
Tableau 4 : Budget prévisionnel global par an (en dinars tunisiens) .....	56
Tableau 5 : Budget prévisionnel par axe stratégique et par an (en dinars tunisiens) .....	57
Tableau 6 : Budget prévisionnel par résultat d'effet et par an (en dinars tunisiens).....	59
Tableau 7 : Stratégie de Mobilisation des ressources budgétaires pour 2012-2016 (en millions USD).....	60

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Tendances de l'incidence de l'infection à VIH chez les Tunisiens (pour 1000 000), (1986-2010) 19	19
Figure 2 : Budget prévisionnel global par an (en milliers d'UM) .....	57
Figure 3 : Parts relatives du budget prévisionnel global (sur 5 ans) par axe.....	58
Figure 4 : Eléments du suivi évaluation .....	62

## RESUME EXECUTIF

- 1- Depuis la notification du premier cas d'infection au VIH, en décembre 1985, jusqu'à la fin de 2010, 1 633 cas ont été enregistrés, dont 878 au stade sida, parmi lesquels 513 sont déclarés décédés. En Tunisie, l'épidémie des infections à VIH est peu active mais tend actuellement à une transition vers une épidémie de type concentrée. Selon les estimations de l'ONUSIDA, il y aurait eu en Tunisie, en 2009, un total de 2 400 personnes vivant avec le VIH [1 800-3 300], soit une prévalence estimée  $< 0,1\%$  (inférieure à  $0,1\%$ ). La répartition selon le sexe montre que les hommes demeurent plus touchés que les femmes (sexe ratio : 2,84) et les infections au VIH affectent davantage les jeunes (57,9% de la population vivant avec le VIH est âgée entre 20 et 39 ans). le District de Tunis (Tunis, Ariana, Manouba, Ben Arous) et le Centre-Est (Sousse, Monastir, Mahdia, Sfax) totalisent approximativement les trois quarts de tous les cas tunisiens d'infection au VIH.
- 2- Selon le système de notification actuel des cas, chez les hommes, la proportion la plus élevée de transmission se fait par l'usage de drogues injectables (42,3% contre 5,4% pour le sexe féminin). La transmission sexuelle est principalement hétérosexuelle (27,1% de transmission hétérosexuelle et 6,6% de transmission par rapports sexuels entre hommes). Pour le sexe féminin, la transmission se fait essentiellement par voie hétérosexuelle (68,8%). La transmission du VIH de la Mère à l'Enfant est relativement faible, avec une moyenne de 4 enfants infectés par an. Il faut noter qu'aucun cas de transmission par le sang ou ses dérivés n'a été constaté après 1987. Malgré le fait que la taille des groupes clés (MARPS) reste estimative, les enquêtes séro-comportementales de 2009 et 2011 ont montré que la prévalence du VIH chez ces populations clés est respectivement de 0,43% et 0,61% pour les travailleuses de sexe clandestines, de 3,1% et 2,4% pour les usagers de drogues injectables et de 4,9% et 13% pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et ce dans les sites explorés par les enquêtes. Ceci reflète une transition vers une épidémie de type concentré, notamment dans le grand Tunis et la région côtière, selon les premières estimations données par le MoT-Tunisie (2012), qui confirme également le nombre élevé de nouvelles infections attendues chez les populations clés (MARPS), notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les usagers de drogues injectables.
- 3- Les facteurs de vulnérabilité au VIH ont été classés en déterminants immédiats et déterminants profonds. Les principaux déterminants profonds sont la conjoncture économique mondiale défavorable, la précarisation des conditions socio-économiques des populations, l'importance de la proportion des jeunes dans la pyramide d'âge (29,0% entre 15 et 29 ans), le recul de l'âge du mariage chez les Tunisiens (de 29,1 à 32,4 ans entre 1991 et 2007 pour les hommes et de 23,9 à 27,10 ans pour les femmes pour la même période), la mobilité de la population, le cadre juridique entravant les actions de prévention, notamment chez les populations clés. Pour les déterminants immédiats, ils concernent la progression de la consommation des drogues et notamment par voie injectable à côté d'un manque de services de réduction des risques pour ces usagers, le développement du commerce du sexe féminin « clandestin », la méconnaissance des modes de transmission du VIH chez les populations clés, le faible usage systématique du préservatif (seul 20% des populations vulnérables et clés l'utilisent systématiquement), le faible recours au dépistage du VIH chez les populations clés (MARPS), l'incidence relativement élevée des infections

sexuellement transmissibles, la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH.

- 4- En matière d'analyse de la réponse, il faudra noter que la riposte a débuté en 1985, mais n'a été effective qu'avec l'introduction et la généralisation de la trithérapie et du suivi immuno-virologique en 2000 ; leur généralisation en 2008, ainsi que la relance de la stratégie nationale pour la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant en 2008 et la mise en place d'un dispositif national de prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH en 2009 ont donné un véritable élan à cette riposte nationale à l'échelle du pays. Par la suite, l'implication des personnes vivant avec le VIH dans la riposte nationale au VIH/sida en 2010 et la mise en œuvre de nombre d'actions de prévention et d'accès aux services en particulier au profit des populations clés ont complété cet élan grâce, entre autres appuis, au financement du Fonds Mondial de lutte contre le VIH, le Paludisme et la Tuberculose. Cependant, quelques insuffisances persistent<sup>1</sup> ; il s'agit essentiellement (i) de la faiblesse et de l'irrégularité de l'allocation budgétaire de l'Etat à la riposte nationale, (ii) de la stigmatisation notamment à l'égard des personnes vivant avec le VIH et du manque de cohérence entre les textes de loi répressifs et les impératifs annoncés de la riposte, (iii) de la faible utilisation du préservatif, notamment par les jeunes non scolarisés et les populations clés et le manque de continuité des activités de prévention, notamment auprès des populations clés, (iv) du manque d'adhésion des médecins et des sages-femmes à la stratégie nationale de PTME, (v) de la faible utilisation des services de prise en charge des PVVIH (moins de 50%) et du faible taux d'observance thérapeutique (entre 35% et 50%), associé à un taux élevé de résistance du VIH aux ARV, ainsi que (vi) l'inadaptation des structures de soins aux besoins des populations clés. Malgré l'amélioration notable du fonctionnement du PNLS et l'implication grandissantes des ONG et des bénéficiaires – en particulier les PVVIH – dans le pilotage et la mise en œuvre de la riposte, des insuffisances entravent le cadre institutionnel de la réponse nationale ; il s'agit essentiellement (i) de l'insuffisance de fonctionnalité de l'instance nationale de coordination (CNLS), (ii) de l'inefficacité du système de suivi et d'évaluation, (iii) de l'insuffisance des capacités humaines et matérielles du PNLS, (iv) du manque de collaboration de certains secteurs, (v) du faible impact de l'action des ONG à cause de leurs moyens limités, de la faiblesse de leur nombre (en particulier les ONG thématiques) et du manque de professionnalisme de leur grande majorité et (vi) de la faible coordination de l'ensemble de ces acteurs.
- 5- Dans ce contexte, le PNLS/MST prépare le plan stratégique national de riposte au VIH/sida et aux IST (2012-2016), et ce en partenariat avec les acteurs de la riposte en Tunisie et l'appui du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. La préparation du plan stratégique national de riposte au VIH/sida et aux IST (2012-2016) s'inscrit dans une phase de transition cruciale dans l'histoire contemporaine de la Tunisie, qui sera marquée par des réformes importantes. Dans cette phase de transition vers la démocratie, la question des droits humains occupe une place privilégiée, susceptible d'influer sur les orientations en matière de riposte à l'infection par le VIH/sida et les IST. S'inspirant des expériences passées et tenant compte des leçons de la mise en œuvre du

---

<sup>1</sup> Revue de l'accès universel en Tunisie

plan stratégique précédent (2006-2010) et des orientations stratégiques du Gouvernement Tunisien, le plan stratégique national de riposte au VIH/sida et aux IST (2012-2016) se base sur les Objectifs de Développement du Millénaire (point 6 : lutte contre le VIH/sida, le Paludisme et autres maladies), les Objectifs de l'Accès Universel à la Prévention, traitement, soins et soutien en matière de VIH, le Cadre de Résultat de l'ONUSIDA et la stratégie de l'ONUSIDA (2011-2015). Ce processus de préparation du plan stratégique national s'est appuyé (i) sur un comité de pilotage multisectoriel et pluridisciplinaire, (ii) sur l'implication participative et inclusive des différents acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, (iii) sur l'analyse de la situation et de la réponse grâce à l'exploitation des différents rapports de travaux menés en 2009, 2010 et 2011, (iv) sur le développement d'outils (modèles) d'estimation des cibles et des besoins financiers et (v) sur une assistance technique nationale et internationale.

- 6- Ainsi, en réponse à cette situation, la période 2012-2016 permettra la consolidation de la vision prospective de la Tunisie en matière de riposte au VIH, conformément à ses engagements internationaux, et qui est d'enrayer la propagation du VIH et d'inverser ainsi la tendance de l'épidémie, ce qui nécessitera d'assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH dans le contexte de transition démocratique que vit le pays. Cette vision rejoint celle « des trois zéros » de la stratégie mondiale de l'ONUSIDA à savoir « *parvenir à zéro nouvelle infection* », « *parvenir à zéro décès liés au sida* » et « *parvenir à zéro discrimination* ». Le Plan stratégique national (2012-2016), qui sera opérationnalisé à travers le plan opérationnel et les plans sectoriels, s'appuie sur (i) les « *Trois principes ou three Ones* », (ii) *l'approche des droits humains*, (iii) *la planification stratégique axée sur les résultats*, (iv) *l'approche participative et le partenariat*, (v) *l'approche genre* et (vi) *la décentralisation des services de lutte*.
- 7- À la suite du processus participatif et inclusif de planification stratégique axé sur les résultats, quatre axes stratégiques furent retenus :
  - ⇒ **Axe stratégique 1 : Réduction des nouvelles infections au VIH/sida par l'amélioration de l'Accès Universel à la prévention chez les populations vulnérables, et en particulier celles ayant des comportements à risque (MARPS).** La réduction des nouvelles se basera sur les notions de « *prévention positive* » et en de « *prévention combinée* » qui se définit comme la communication pour le changement de comportement, accès aux préservatifs, prise en charge IST, conseil et dépistage VIH, accès aux soins et soutien et aux services de santé de la reproduction, lutte contre la discrimination et protection des droits humains. Les notions de populations les plus exposées (MARPS) et de « *zones les plus exposées* » feront l'objet d'une attention particulière dans l'opérationnalisation du PSN sans oublier une véritable stratégie de « *marketing* » du préservatif. *Le dépistage du VIH* se fera d'une part dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CCDAG), mais également à *l'initiative des personnels de santé*, notamment chez les populations les plus à risque dont les femmes en âge de reproduction surtout lorsqu'il s'agit de prévenir la transmission mère-enfant du VIH (PTME).
  - ⇒ **Axe stratégique 2 : Réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/sida par l'amélioration de l'Accès Universel au traitement, aux soins et au soutien des personnes vivant avec le VIH et de leur entourage affecté.** L'accès universel des PVVIH à une prise

en charge médicale et psycho-sociale de qualité (ARV, prise en charge des co-morbidités,...) intégrera également la prise en charge des «*couples séro-discordants* » ou «*séro-différents* », ainsi que la prise en charge des *personnes migrantes* qu'elles soient résidentes ou non.

⇒ **Axe stratégique 3 : Réforme du cadre juridique et promotion des droits humains pour la garantie de la dignité de la personne et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida.** La non discrimination concernera aussi bien les activités de prise en charge médico-sociale des PVVIH que les activités de prévention auprès des MARPS qu'il s'agisse de tunisiens ou de personnes migrantes.

⇒ **Axe stratégique 4 : Mise en place de mécanismes efficaces et durables pour la riposte à l'infection par le VIH/sida.** Le leadership et le partenariat doit se baser notamment sur le renforcement des systèmes communautaires (RSC). Les mécanismes d'assurance qualité concerneront aussi bien les activités préventives et la prise en charge médico-sociale que le système de suivi-évaluation. « *Mieux connaître son épidémie* » doit constituer une priorité pour le PSN actuel afin de mieux adapter la riposte, et ce par une meilleure connaissance des MARPS (cartographie, comportement) et des modes de transmission du VIH (MoT).

8- Les principaux résultats d'impact attendus de ce PSN d'ici 2016 sont :

- Le nombre de nouvelles infections sera stabilisé à moins de 100 infections par an ;
- La transmission du VIH de la mère à l'enfant sera éliminée ;
- La mortalité spécifique liée au VIH sera réduite de moitié d'ici fin 2016
- La qualité de vie des PVVIH sera comparable à la moyenne nationale.

9- Pour atteindre ces résultats, des changements importants devront être obtenus tant du côté des comportements individuels et collectifs que du cadre du cadre professionnel, institutionnel et juridique ; ces principaux résultats d'effet sont :

- 50% de jeunes et des populations déplacées, et 20% de femmes en âge de procréer adoptent des attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection par le VIH, et 75% des femmes enceintes à risque ont accès aux services de PTME ;
- 75% de TS, 75% de HSH, 50% d'UDI et 75% de détenus adoptent des attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection par le VIH (*situations actuelles respectives : 51,6% ; 40,7% ; 30% et 3%*) ;
- 70% de PVVIH attendues sont correctement pris en charge (*situation actuelle estimée : 49%*) ;
- 70% de PVVIH bénéficient d'un soutien psychosocial adapté (*situation actuelle estimée : 19%*) ;
- Le cadre juridique facilite l'Accès Universel dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida ;
- Les populations vulnérables, les populations clés, les migrants et les déplacés accèdent à leurs droits dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida ;

- Les populations cibles (vulnérables, clés, migrants et déplacés) sont satisfaites du respect de leurs droits par les intervenants ;
- Le leadership, La coordination et le partenariat sont renforcés ;
- La riposte au VIH/sida est intégrée dans le système de santé ;
- Le système de suivi et évaluation relatif à la riposte nationale au VIH/sida est fonctionnel

10- Trois groupes d'intervenants seront impliqués dans les différentes étapes de planification, de mobilisation des ressources, de mise en œuvre et de S&E ; il s'agit :

- Des intervenants gouvernementaux répartis en deux groupes : les intervenants du Ministère de la Santé Publique et les intervenants des autres Ministères et institutions gouvernementales ;
- Des intervenants de la société civiles représentés essentiellement par les ONG – thématiques et non thématiques – et les associations et groupe de soutien des PVVIH ;
- Des Partenaires techniques et financiers, en particulier le Système des Nations Unies (SNU).

11- Le dispositif de coordination qui sera mis en place se composera :

- Au niveau national, (i) du Comité national de lutte contre le sida (ou CNLS) qui est l'organe de pilotage, de coordination et de suivi et évaluation du PSN et qui comprend quatre sous-comités, (ii) le Secrétariat du PNLS assuré par le Programme nationale de lutte contre le sida (ou PNLS) qui dépend de la DSSB et qui assure la coordination technique de la mise en œuvre et du suivi et évaluation, et (iii) le Comité de pilotage central qui rassemble les principaux acteurs et qui se réunit trimestriellement pour faire le point de la mise en œuvre et adresse un rapport au CNLS ;
- Au niveau intermédiaire, du Comité Régional de Lutte contre le Sida sera mis en place en étroite collaboration avec la Direction Régionale de Santé ainsi que les principaux acteurs OG et ONG du Gouvernorat et la société civile, avec un rôle de suivi de la mise en œuvre au niveau régional et local. Le CRLS se réunira mensuellement pour faire le bilan des PTA régionaux et préparer les Plans de Travail Trimestriels Régionaux ; il transmet au CPC et au CNLS, avec copie au PNLS, les rapports mensuels qui intégreront les rapports trimestriels nationaux.

12- Le coût global sur les 5 ans calculé pour le PSN 2012-2016 étant de 61.2 millions de dinars tunisiens, soit l'équivalent de 43.7 millions de dollars US, un dispositif de mobilisation des fonds nécessaires à l'exécution du PSN sera mis en place pour relever les défis soulevés par l'épidémie du VIH pour la période 2012-2016, tout en veillant à intégrer les principales activités de la riposte dans le système national de santé afin d'en assurer la pérennité.

## INTRODUCTION

En Tunisie, depuis la notification du premier cas d'infection au VIH, en décembre 1985, la riposte au VIH/sida a été mise en place. Ainsi, un Comité National multisectoriel de lutte contre le sida a été constitué en 1986, suivi par la mise en place du Programme National de Lutte contre le Sida et les MST en 1987. Ce dernier a procédé à l'élaboration de plans nationaux successifs. Au cours de la période allant de 1987 à 2010, la Tunisie a mis en œuvre six plans à court et à moyen terme.

Dans ce contexte, le PNLS/MST prépare le plan stratégique national de riposte au VIH/sida et aux IST (2012-2016), et ce en partenariat avec les acteurs de la riposte en Tunisie et l'appui du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. La préparation du plan stratégique national de riposte au VIH/sida et aux IST (2012-2016) s'inscrit dans une phase de transition cruciale dans l'histoire contemporaine de la Tunisie, qui sera marquée par des réformes importantes. Dans cette phase de transition vers la démocratie, la question des droits humains occupe une place privilégiée, susceptible d'influer sur les orientations en matière de riposte à l'infection par le VIH/sida et les IST.

S'inspirant des expériences passées et tenant compte des leçons de la mise en œuvre du plan stratégique précédent (2006-2010) et des orientations stratégiques du Gouvernement Tunisien, le plan stratégique national de riposte au VIH/sida et aux IST (2012-2016) se base sur les Objectifs de Développement du Millénaire (point 6 : lutte contre le VIH/sida, le Paludisme et autres maladies), les Objectifs de l'Accès Universel à la Prévention, traitement, soins et soutien en matière de VIH, le Cadre de Résultat de l'ONUSIDA et la stratégie de l'ONUSIDA (2011-2015).

Le présent document expose le cadre logique du plan stratégique national de la riposte au VIH/sida et aux IST (2012-2016) en Tunisie.

## 1. CONTEXTE GENERAL DE LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA

### 1.1. Contexte général du Pays

Située en Afrique du Nord, la Tunisie s'étend sur un territoire de 162 155 Km<sup>2</sup>. Le pays est limité au sud par la Libye, à l'ouest par l'Algérie, au nord et à l'est par un littoral de 1 300 km ouvert sur la Méditerranée. La Tunisie constitue un carrefour entre l'Europe, d'une part et le Moyen-Orient et l'Afrique, d'autre part. En 2011, la population tunisienne a été estimée à 10 673,8 habitants, soit une densité moyenne de 67 habitants/km<sup>2</sup>.

Depuis l'indépendance, en 1956, l'État-nation a soutenu la modernisation. L'investissement de la Tunisie dans ses ressources humaines s'est imposé comme une nécessité, pour un pays pauvre en richesses naturelles. Subissant des mutations profondes et caractérisée par son unité culturelle, la Tunisie a forgé une identité nationale ou une « tunisianité », qui a bénéficié lors de sa construction d'une histoire plurielle et ancienne et d'un brassage de la population, connue par son ouverture sur le monde extérieur.

À partir de 1956, les mesures juridiques se sont multipliées, celles relatives à la condition des femmes et aux domaines de l'éducation et de la santé publique ont largement affecté l'évolution de la société.

La promulgation, le 13 août 1956, du Code du Statut Personnel, considéré comme une véritable révolution dans le monde arabo-musulman, 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.

Dans la démarche de l'édification nationale et de la modernisation du pays, l'enseignement public a bénéficié d'une attention particulière. La loi de 1958 a institué l'école unique, mixte, gratuite et généralisée à tous les enfants en âge d'être scolarisés. Plus que d'autres pays du Sud, le gouvernement tunisien alloue des dépenses importantes à ce secteur.

Depuis les années soixante, la Tunisie s'est engagée dans une politique de limitation des naissances. En 1961, la vente des produits contraceptifs a été autorisée, suivie par plusieurs autres mesures telles que l'autorisation de l'avortement à partir du cinquième enfant en 1965, la mise en place du programme national de planning familial à partir de 1966 et l'autorisation de l'avortement sans restriction quant au nombre d'enfants en 1973. Le choix de la maîtrise démographique soutient le processus du développement socioéconomique de la Tunisie.

Malgré la politique moderniste dans plusieurs secteurs, un pouvoir totalitaire s'est installé au fil du temps en Tunisie. Au milieu des années 1980, les mauvais résultats économiques réalisés, à cause des fluctuations du cours du dollar, de la chute des prix du pétrole, de la baisse des recettes du tourisme et de la diminution des revenus de l'émigration, amènent la Tunisie à la mise en place, dès la fin 1986, d'un Programme d'Ajustement Structurel, visant la restructuration économique, financière et institutionnelle du pays. L'application des différentes mesures du Programme d'Ajustement Structurel, entre 1987 et 1993, permet à la Tunisie une reprise économique soutenue. Au cours de plusieurs années, une croissance économique moyenne de 5% a été enregistrée. Le Produit Brut Intérieur par tête a dépassé les 2000 \$US depuis 1997, plaçant la Tunisie parmi les pays à revenu intermédiaire.

En moins d'un demi-siècle, la Tunisie a accompli sa transition démographique, alors que les pays européens ont mis entre 100 et 150 ans. Ainsi, le taux d'accroissement naturel de la population est passé de 2,9% en 1966 à 1,20% en 2009. L'indice synthétique de fécondité est passé de 7,2 en 1996 à 2,05 en 2009. Cette évolution s'explique par la conjugaison de plusieurs facteurs tels que les réformes juridiques, la scolarisation massive des garçons et des filles, la volonté politique de la garantie de l'égalité des chances entre les sexes, l'accès des femmes au marché de l'emploi, le report de l'âge au premier mariage, l'évolution de la place de l'enfant dans la vie familiale...

La Tunisie a connu diverses expériences et différents modèles de développement et s'est urbanisée à un rythme rapide. Les Tunisiens résident plus en ville qu'à la campagne : le taux d'urbanisation est estimé à 65,9% en 2009. En Tunisie, le processus d'urbanisation n'a pas connu la même ampleur dans toutes les régions. En effet, le caractère rural de certaines régions reste fortement marqué. C'est en particulier le cas de la région du Nord-Ouest (Béja, Jendouba, El Kef, Siliana) et du Centre-Ouest (Kairouan, Kasserinre, Sidi Bouzid), où le pourcentage de la population rurale est respectivement de 62,9% et 67,9%. Ces deux régions ont enregistré, en



2005, les dépenses moyennes par personne et par an parmi les moins élevées de la Tunisie : 1 416 DT pour le Nord-Ouest et 1 138 DT pour le Centre-Ouest, comparativement au District de Tunis (Tunis, Ariana, Ben Arous, Manouba) et au Centre-Est (Sousse, Monastir, Mahdia, Sfax) : respectivement 2 390DT et 2 084 DT ; par ailleurs, ces mêmes régions - Nord-Ouest et Centre-Ouest – enregistrent les niveaux les plus bas en matière de développement humain.

**Tableau 1 : Évolution de la dépense annuelle par personne par région (DT)**

Région	1990	1995	2000	2005
District de Tunis	1 007	1 289	1 761	2 390
Nord-Est	760	958	1 190	1 613
Nord-Ouest	501	677	1 103	1 416
Centre-Ouest	502	586	909	1 138
Centre-Est	806	1 275	1 594	2 084
Sud-Ouest	521	711	1 017	1 466
Sud-Est	600	739	1 097	1 826
<b>Ensemble</b>	<b>716</b>	<b>966</b>	<b>1 329</b>	<b>1 820</b>

*Source : Institut National de la Statistique*

En Tunisie, le taux de chômage est passé de 13,0% en 2010 à 18,3% en 2011, en raison des difficultés économiques connues par le pays depuis la chute de l'ancien régime politique (conflits sociaux, grèves, départ de certains investisseurs étrangers, retour des émigrés tunisiens travaillant en Libye...). Selon les données les plus récentes, la Tunisie compte 704 900 chômeurs.

En 2010, le taux de chômage est estimé à 28,7% chez la tranche d'âge 15-19 ans et à 29,7% chez les jeunes âgés de 20 à 24 ans. Le chômage touche davantage les régions de l'intérieur plus que les régions côtières. En 2008, le taux de chômage le plus élevé chez les jeunes âgés de 20 à 24 ans a été enregistré dans la région du Sud-Ouest (Gafsa, Tozeur, Kébili), à raison de 47,8%, suivie par la région du Nord-Ouest (Béja, Jendouba, Le Kef, Siliana), à raison de 42,5%. À cause des difficultés du marché de l'emploi, des jeunes et des jeunes adultes en Tunisie ont du mal à se prendre en charge. Les difficultés socioéconomiques rendent le processus de l'autonomisation plus difficile à se mettre en place chez les personnes en chômage.

En Tunisie, le chômage touche davantage les femmes que les hommes, respectivement 27,4% et 15,0%, selon l'enquête nationale sur l'emploi de 2011. Contrairement à l'accès à l'éducation, les femmes se trouvent encore confrontées à diverses difficultés pour s'insérer dans le marché du travail, pour gérer de manière efficace leur carrière professionnelle et pour bénéficier d'opportunités égales à celles des hommes.

**Tableau 2 : Evolution du taux de chômage par tranche d'âge en Tunisie**

Tranche d'âge	2005	2006	2007	2008	2009	2010
15-19 ans	27,7	27,9	29,3	29,6	33,6	28,7
20-24 ans	28,4	27,6	27,3	27,9	29,9	29,7
25-29 ans	21,6	21,1	21,8	22,9	25,7	24,2
30-34 ans	11,6	11,1	11,6	11,6	11,4	12,0
35-59 ans	18,1	18,4	15,2	14,2	17,0	15,9
60 ans et plus	1,2	2,2	2,4	1,8	1,2	3,0
<b>Ensemble</b>	<b>12,9</b>	<b>12,5</b>	<b>12,4</b>	<b>12,4</b>	<b>13,3</b>	<b>13,0</b>

*Source : Institut National de la Statistique*

Les premiers résultats de l'enquête nationale sur l'emploi de 2011 révèlent que les diplômés de l'enseignement du supérieur représentent 30,9% des chômeurs. La Tunisie, qui a connu une augmentation importante du nombre des étudiants, au cours des dernières années, a du mal à garantir l'emploi pour tous ceux qui ont suivi une formation universitaire, notamment de sexe féminin.

Au cours des dernières années, plusieurs Tunisiens, notamment les jeunes, ont progressivement pris conscience des faiblesses du champ politique en Tunisie : la prédominance du Rassemblement Constitutionnel Démocratique, le faible rôle des partis politiques d'opposition et des associations indépendantes dans la vie politique, l'importance des disparités régionales, la censure exercée sur les médias, le développement de la corruption, les violations des droits humains... La conjugaison, entre autres, de ces facteurs a accéléré la chute d'un régime autoritaire, donnant l'espoir à d'autres peuples de la région pour mettre fin au totalitarisme dans leurs pays. Dans l'histoire contemporaine de la Tunisie, la date du 14 janvier 2011 représentera la fin d'un régime qui a perdu sa légitimité, d'une part, et le démarrage d'un long processus complexe de réformes. Dans ce contexte, la riposte au VIH/sida est censée se positionner par rapport aux mutations connues aujourd'hui par la Tunisie afin de tirer profit des opportunités offertes par la transition démocratique et réduire les éventuelles contraintes dues à la résistance au changement ; dans le même ordre d'idée, le déclenchement de révolutions similaires dans la sous-région a occasionné le retour d'émigrés tunisiens, et l'afflux de réfugiés et de populations déplacées vers les zones frontalières et les grandes villes tunisiennes, créant par la même occasion un facteur additionnel de propagation de l'épidémie à VIH.

## 1.2. Analyse de la situation de l'épidémie

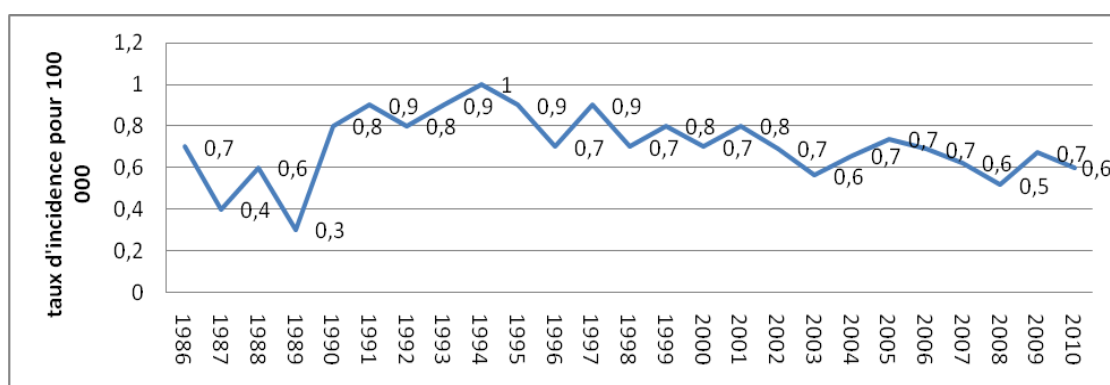
Depuis la notification du premier cas d'infection au VIH, en décembre 1985, jusqu'à la fin de 2010, 1 633 cas ont été enregistrés, dont 878 au stade sida, parmi lesquels 513 sont déclarés décédés.

### 1.2.1. Données générales sur le VIH et les IST

En Tunisie, l'épidémie des infections à VIH est actuellement stable et peu active, avec un risque de transition vers une épidémie concentrée. Depuis 1997, le nombre de nouveaux cas par an est relativement stable et se situe autour de 67 nouveaux cas nationaux, avec une moyenne annuelle de 39 nouveaux cas au stade sida. Ainsi, au mois de décembre 2010, il y avait 1 120 cas vivants, soit un taux de prévalence notifié de 1 cas/10 000 habitants.

En raison du caractère non exhaustif des données statistiques du système de déclaration obligatoire des maladies, l'ONUSIDA procède à des estimations indirectes de l'incidence du VIH. Selon ces estimations, il y aurait eu en Tunisie, en 2009, un total de 2 400 personnes vivant avec le VIH [1 800-3 300], soit une prévalence estimée à <0,1% (inférieure à 0,1%).

**Figure 1 : Tendance de l'incidence de l'infection à VIH chez les Tunisiens (pour 1000 000), (1986-2010)**



Source : DSSB / PNLS/ MST

La répartition selon le sexe montre que les hommes demeurent plus touchés que les femmes, avec un sexe ratio égal à 2,84 pour l'ensemble des cas cumulés avec une tendance à la baisse au cours des dix dernières années, ce qui traduirait une fréquence de plus en plus croissante de la transmission hétérosexuelle.

Par ailleurs, les infections au VIH affectent davantage les jeunes : depuis le début de l'épidémie jusqu'en 2010, environ 57% de la population vivant avec le VIH est âgée entre 20 et 39 ans.

**Tableau 3 : Cas d'infection par le VIH/sida depuis le début de l'épidémie jusqu'à la fin 2009**

Âge	Femmes		Hommes		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
0-4	28	6,19	32	2,87	60	3,33
5-9	9	1,99	20	1,79	29	1,85
10-14	2	0,44	14	1,25	15	0,96
15-19	10	2,21	20	1,79	31	1,98
20-24	48	10,62	74	6,63	122	7,78
25-29	81	17,92	159	14,25	240	15,31
30-34	82	18,14	234	20,97	316	20,15
35-39	54	11,95	189	16,94	243	15,50
40-44	28	6,19	117	10,48	145	9,25
45-49	21	4,65	63	5,65	84	5,36
50-54	12	2,65	32	2,87	44	2,81
55-59	6	1,33	13	1,16	19	1,21
60+	13	2,88	19	1,70	32	2,04
Inconnus	58	12,83	130	11,65	188	11,99
<b>Total</b>	<b>452</b>	<b>100,0</b>	<b>1116</b>	<b>100</b>	<b>1568</b>	<b>100,0</b>

Source : Direction des Soins de Santé de Base / Programme National de Lutte contre le Sida et les MST

Les cas d'infection recensés sont concentrés dans le District de Tunis (Tunis, Ariana, Manouba, Ben Arous) et le Centre-Est (Sousse, Monastir, Mahdia, Sfax), en raison de la densité importante de la population tunisienne dans ces deux régions. Ces dernières totalisent approximativement les trois quarts de tous les cas tunisiens d'infection au VIH depuis le début de l'épidémie.

Le mode de transmission du VIH au cours de la période 1985-2009 montre que chez les hommes, la proportion la plus élevée de transmission se fait par l'usage de drogues injectables (42,3% contre 5,4% pour le sexe féminin). La transmission sexuelle est principalement hétérosexuelle (27,1% de transmission hétérosexuelle et 6,6% de transmission par rapports sexuels entre hommes). Pour le sexe féminin, la transmission se fait essentiellement par voie sexuelle (68,8%).

La transmission du VIH de la Mère à l'Enfant est relativement faible, avec une moyenne de 4 enfants par an. Il faut noter qu'aucun cas de transmission par le sang ou ses dérivés n'a été constaté après 1987, et que pour ceux qui ont été déclarés après cette date, la transmission a eu lieu avant 1987.

### ***1.2.2. Données épidémiologiques dans les groupes cibles prioritaires***

À l'heure actuelle, la taille des populations clés (travailleuses du sexe clandestines, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, usagers de drogues injectables) n'est pas connue avec exactitude et les données de l'analyse de situation de 2006 et 2010 doivent probablement être revues à la hausse; cependant, les estimations à partir de la cartographie actualisée en 2011 donnent des éléments d'appréciation qui ont été pris en compte dans l'élaboration des cibles du PSN (10000 pour les UDI et entre 20000 et 25000 pour les TS et HSH).

En 2009, la Tunisie a adopté le système de surveillance de deuxième génération qui a permis de disposer d'informations sur la séroprévalence du VIH chez les populations clés. Les enquêtes séro-comportementales ont montré que la prévalence du VIH chez les populations clés est de 0,43% pour les travailleuses de sexe clandestines, de 3,1% pour les usagers de drogues injectables et de 4,9% pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ces niveaux de séroprévalence auprès des populations clés, notamment pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, reflètent un risque avéré de transition vers une épidémie de type concentré. Les résultats préliminaires de ces enquêtes refaites en 2011, avec une méthodologie améliorée par rapport à 2011, confirme ces résultats avec des chiffres respectivement de 0,61% pour les travailleuses du sexe clandestines, 2,42% pour les usagers de drogues injectables et 13,0% pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et ce dans les sites exploré par les enquêtes. Ceci confirme une transition vers une épidémie de type concentré, notamment dans le grand Tunis et la région côtière, selon les premières estimations données par le MoT-Tunisie (2012), qui confirme également le nombre élevé de nouvelles infections attendues chez les populations clés (MARPS), notamment chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les usagers de drogues injectables (UDI).

### ***1.2.3. Déterminants de l'épidémie du VIH/sida***

Les facteurs de vulnérabilité au VIH peuvent être classés en déterminants immédiats et déterminants profonds.

En ce qui concerne les déterminants profonds, nous pouvons citer les principaux facteurs suivants :

- la conjoncture économique mondiale défavorable qui a eu des répercussions négatives sur les économies nationale (pauvreté, chômage, détérioration des conditions de travail...) et sur la mobilisation des fonds, y compris ceux destinés à la riposte au VIH, notamment dans les pays du Sud ;
- la précarisation des conditions socio-économiques de nombre de populations en Tunisie en raison de la pauvreté, du chômage, notamment chez les jeunes... ;
- l'importance de la proportion des jeunes dans la pyramide d'âge en Tunisie (29,0% des Tunisiens sont âgés entre 15 et 29 ans en 2009) ;
- le recul de l'âge du mariage chez les Tunisiens : l'âge moyen de l'époux est passé de 29,1 à 32,4 ans entre 1991 et 2007, soit une augmentation de 3,2 années, et celui de la femme a évolué de 23,9 à 27,10 ans, soit une augmentation de 3,1 années ;
- le développement de l'urbanisation et de l'anonymat ;
- la mobilité de la population, en particulier au niveau des frontières tuniso-libyennes : ce qui crée un problème supplémentaire de prise en charge de populations migrantes et déplacées sans ressources pour une période plus ou moins longue ;
- les textes juridiques discriminatoires entravant les activités de prévention, notamment celles destinées aux populations clés.

Les déterminants immédiats concernent quant à eux, les principaux aspects suivants :

- la progression de la consommation des drogues et notamment par voie injectable- qui était considérée comme relativement rare en Tunisie- devient un véritable problème de santé publique. Les drogues les plus fréquemment utilisées après le cannabis, sont les psychotropes et les substances les plus consommées sont le Subutex® et le Rivotril® (dont la provenance serait l'Algérie), le Temesta®, le Tranxene® et le Valium® (en majorité de provenance locale). Le trafic de ces substances s'est développé grâce à un marché florissant et les principales drogues injectables consommées sont le Subutex® et le Temgésic®, suivis de l'héroïne, de la cocaïne et des benzodiazépines ;
- le développement du commerce du sexe féminin « clandestin » : ce phénomène semble gagner du terrain en raison de la persistance de l'exploitation de nombre de femmes, à cause de leur vulnérabilité socioéconomique, des perspectives économiques limitées pour certaines populations féminines, d'une certaine libération sexuelle, de l'allègement du contrôle social exercé sur l'individu...
- la méconnaissance des modes de transmission du VIH chez les populations clés ;
- le faible usage systématique du préservatif (seul 20% des populations vulnérables et clés l'utilisent systématiquement) et la faible disponibilité du lubrifiant à base d'eau pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- le faible recours au dépistage du VIH chez les populations clés ;
- le manque de services de réduction des risques pour les usagers de drogues injectables ;
- l'incidence élevée des infections sexuellement transmissibles ;
- la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH.

### 1.3. Analyse de la réponse nationale au VIH

#### 1.3.1. *Rappel historique de la riposte au VIH*

En Tunisie, la riposte au VIH/sida a été mise en place depuis 1985. L'année 2000 a été marquée par une avancée majeure dans la prise en charge du VIH/sida grâce à l'introduction et la généralisation de la trithérapie et du suivi immuno-virologique. Ces deux mesures ont fortement amélioré le pronostic de l'infection et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

En 2006, la Tunisie a bénéficié d'une subvention du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme pour la période 2007-2012. Depuis 2008, plusieurs acquis dans le domaine de la surveillance épidémiologique et de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins médicaux et de soutien ont été enregistrés tels que :

- l'actualisation des textes de loi sur le dépistage anonyme et gratuit du VIH en 2008 ;
- l'élargissement de la liste des antirétroviraux disponibles à partir de 2008 ;
- la création et la mise en fonctionnement progressive de plusieurs Centres de Conseils et de Dépistage Anonymes et Gratuits à partir de 2008 ;
- la réalisation des enquêtes auprès des populations clés en 2009 et en 2011 ;

- la mise en place d'un dispositif national de prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH en 2009 ;
- la création de nombre d'activités génératrices de revenu par des personnes vivant avec le VIH en 2009 ;
- l'implication des personnes vivant avec le VIH dans la riposte nationale au VIH/sida à travers la création d'un groupe de médiateurs socio-sanitaires en vue de participer à la résolution de certains problèmes liés à l'observance et à la lutte contre la stigmatisation en 2010 ;
- la relance de la stratégie nationale pour la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant en 2008 et la prévision de son intégration dans les soins primaires pour 2011 ;
- l'élaboration de recommandations nationales sur la trithérapie antirétrovirale en 2010 ;
- la création du groupe de soutien des personnes vivant avec le VIH en 2010 ;
- le renforcement du système de suivi et évaluation de la riposte nationale au VIH/sida et aux IST.

Par ailleurs, plusieurs actions de prévention en faveur des populations vulnérables et des populations clés ainsi que des sessions de formations dans tous les domaines de la prise en charge de l'infection au VIH ont été réalisées. Nombre de manuels destinés aux professionnels sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, l'appui psychosocial, la prévention de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant, etc. ont également été élaborés et diffusés.

### ***1.3.2. Analyse des résultats obtenus par domaine programmatique***

La revue de l'accès universel a permis de mettre en évidence les principales insuffisances dans la riposte à l'infection par le VIH/sida et les IST en Tunisie.

En ce qui concerne la gouvernance, il s'agit des principaux aspects suivants :

- l'Objectif du Plan stratégique national de lutte contre l'infection à VIH/sida et les IST (2006-2010) de renforcement du Comité National de Lutte contre le Sida, comme seule instance de coordination, n'a pas été atteint ;
- la contribution financière du gouvernement demeure insuffisante et les financements restent irréguliers ;
- le système de suivi/évaluation est peu fonctionnel ;
- la stigmatisation notamment à l'égard des personnes vivant avec le VIH persiste ;
- les politiques publiques sont peu cohérentes, notamment en ce qui concerne l'incompatibilité entre les textes de loi répressifs et les impératifs de santé publique en matière de riposte au VIH/sida.

Pour ce qui est de la prévention, il est à noter les principales insuffisances suivantes :

- la faible utilisation du préservatif, notamment par les jeunes non scolarisés et les populations clés (travailleuses du sexe clandestines, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, usagers de drogues injectables) ;
- le manque de continuité dans les activités de prévention, notamment auprès des populations clés ;
- l'incapacité des ONGs impliquées dans la riposte au VIH/sida de satisfaire tous les besoins en matière de prévention des populations clés ;
- la persistance de la stigmatisation des populations clés par la société et les divers intervenants ;
- le manque d'adhésion des médecins et des sages-femmes à la stratégie nationale de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (surtout maternités centrales).

En matière de traitement, les insuffisances soulevées sont les suivantes :

- le faible taux d'observance thérapeutique (entre 35% et 50%), associé à un taux élevé de résistance du VIH aux ARV ;
- la persistance de facteurs de co-morbidité / mortalité (VHC, effets indésirables métaboliques des ARV) ;
- l'inadaptation des structures de soins aux besoins des populations clés.

En ce qui concerne les populations vulnérables et les populations clés, les obstacles identifiés sont les suivants :

- la répression des textes législatifs entravant l'Accès Universel, en dehors des Centres de Conseil et de Dépistage Anonyme et Gratuit ;
- la difficulté d'accéder aux jeunes non encadrés et aux populations clés ;
- la non estimation de la taille des populations clés.

### **1.3.3. Analyse du Cadre institutionnel**

#### **1.3.3.1. Leadership, partenariat et coordination<sup>2</sup>**

Selon l'étude régionale<sup>3</sup> publiée par l'ONUSIDA en 2010, « (1) une réponse efficace repose sur le développement consensuel de politiques et stratégies pertinentes et réalistes, financées et mise en œuvre de manière adéquate et régulièrement et efficacement évaluée de manière conjointe ; (2) une telle réponse dépendra fortement de l'environnement politique, économique, juridique et socioculturel du pays dans lequel elle se mène ; cet environnement pourrait la faciliter ou au contraire constituer un véritable frein à son développement ; (3) par ailleurs, elle a nécessairement besoin d'un leadership et d'une coordination, garantissant une répartition efficaces des responsabilités et des rôles et une obligation de résultats pour tous les intervenants ; (4) ce leadership et cette coordination efficace faciliteront l'harmonisation et l'alignement des Partenaires pour une mobilisation efficiente des ressources humaines (assistance technique) et financières ; de leur côté, les Partenaires sont en mesure de faciliter la consolidation d'un

<sup>2</sup> Les principaux éléments d'analyse du leadership et coordination ont été tirés de « Revue 2010 de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien liés au VIH »

<sup>3</sup> Evaluation régionale de la mise en œuvre des trois principes en Afrique de l'Ouest et du Centre, ONUSIDA, 2010



*leadership national robuste et la coordination de l'ensemble des ressources et des actions de mise en œuvre et de suivi-évaluation ».*

L'engagement politique de la Tunisie dans la réponse au sida a clairement été affirmé, au sein de plusieurs instances internationales et à de nombreuses occasions. La Tunisie s'est engagée à œuvrer avec la communauté mondiale en vue de lutter contre cette maladie et d'en endiguer la propagation. Ainsi, la Tunisie est signataire de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida des Nations Unies en 2001, approuvée lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies ; plus récemment, le Pays a ratifié « *la Déclaration politique sur le VIH/sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida* » adoptée par l'ONU dans sa 65<sup>e</sup> session en juin 2011. Toutefois, il est utile de rappeler que la riposte nationale remonte à 1987, avec la mise en place du Programme National de Lutte contre le VIH/Sida (PNLS) dont la gestion a été confiée à la Direction des Soins de Santé de Base au Ministère de la Santé Publique.

La situation institutionnelle de lutte contre le VIH/Sida et les IST en Tunisie se caractérise par l'implication d'un grand nombre d'intervenants publics et de la société civile :

- Institutions Gouvernementales : Ministère de la Santé Publique, Ministère de la Justice, Ministère des Affaires Sociales, Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Défense Nationale, Ministère du Commerce et du Tourisme, Ministère des Affaires de la Femme, l'ONFP, l'ONTT, l'ONTE...
- Organismes et associations non-gouvernementaux.

Cette participation a été rendue possible grâce l'adoption d'un certain nombre de mécanismes favorisant l'intersectorialité qui, cependant, demeure limitée ; ces mécanismes sont : i) Un organisme assurant la coordination, le Comité National de Lutte contre le SIDA ; ii) Un programme national favorisant la répartition des tâches, le PNLS; et iii) Un mécanisme de suivi et de contrôle.

Le CNLS regroupe les intervenants des différentes spécialités médicales des deux modes d'exercice public et privé, et des secteurs gouvernementaux (éducation nationale, affaires sociales, jeunesse et enfance, etc.) ainsi que les ONG œuvrant dans le domaine de la riposte contre le VIH/Sida ; le CNLS a contribué à l'élaboration et au suivi du Plan stratégique national et à la mise en œuvre d'approches multisectorielles de la riposte nationale. Des sous-comités émanant de ce comité national ont été créés, dont le sous-comité de prise en charge clinique et biologique des personnes vivant avec le VIH.

Au cours des années 2004 et 2005, avec l'appui de l'ONUSIDA, la Tunisie a mis en œuvre le processus de planification stratégique de lutte contre les IST et le sida, en procédant à différentes étapes :

- Analyse de la vulnérabilité, des déterminants et de la réponse aux IST et au sida.
- Identification des aires prioritaires d'intervention par le biais de l'organisation de plusieurs forums nationaux regroupant les différents intervenant de la riposte au sida, formulation des objectifs généraux et spécifiques du plan stratégique et identification des interventions appropriées.

- Élaboration du plan stratégique proprement dit pour la période 2006-2010, soumis aux différents partenaires pour validation lors d'un séminaire/atelier.

Pour assurer un financement à moyen terme, indispensable aux progrès sur la voie de l'accès universel, le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a octroyé une subvention à la Tunisie pour la période 2007-2012, gérée à travers le mécanisme de coordination nationale mis en place en mai 2005 (Country Coordinating Mechanism) dans lequel sont représentées les autorités publiques, les ONG, la société civile et le système des Nations Unies.

Cependant, l'intersectorialité est inégale et limitée par rapport à la dominance de l'approche médicale dans la lutte contre le VIH/sida/IST et à la timidité des autres approches (sociale, psychologique, comportementale, communicationnelle...). L'inégalité se remarque aussi entre les divers niveaux : national, régional et local. Elle se traduit, en outre, sur le plan financier qui demeure le plus significatif. Par ailleurs, un certain nombre d'insuffisances demeurent :

- L'objectif, figurant dans le plan stratégique national, relatif au renforcement du CNLS, comme seul coordinateur des activités de tous les partenaires, n'a pas été concrétisé. La dernière réunion du CNLS, remonte à l'année 2002 ; et les seuls sous comités émanant du comité national de lutte contre le sida, qui demeurent actifs sont ceux relatifs à la prise en charge et à l'information, éducation et communication. Il en résulte de cette carence, un manque de coordination des activités des différents partenaires.
- Les capacités du PNLS en ressources humaines sont relativement réduites.
- Le système de suivi/évaluation (*cf. Suivi et évaluation*) a beaucoup tardé à être conçu et jusqu'à présent, il n'est pas entièrement opérationnel. D'autre part, il existe un manque d'adhésion à ce système de certains partenaires, en particulier en ce qui concerne les informations financières.
- Il existe un manque de collaboration de certains secteurs, notamment le ministère de la justice. C'est ainsi que l'accès aux prisons pour mener des activités de prévention auprès des détenus souffrait de beaucoup de restrictions.
- Le budget de l'État alloué à la prévention et au suivi évaluation demeure insuffisant. La durabilité de ces activités demeure tributaire des subventions Fonds Mondial.

Pour ce qui est de l'implication de la société civile, l'on peut noter les acquis et réalisations suivantes :

- Les ONG sont à l'origine de la conception et de la mise en œuvre d'interventions pionnières pour les populations clés.
- Elles ont eu un rôle clé dans la réalisation des enquêtes séro-comportementales en direction des populations exposées à un plus haut risque de transmission, grâce à leur présence sur le terrain et à une cartographie des sites de fréquentation de ces populations (ATL-MST/sida - section de Tunis, ATUPRET et ATIOS)
- Elles apportent un soutien actif aux personnes vivant avec le VIH, notamment par les différentes prestations proposées (appui nutritionnel, allocations financières, consultations juridiques et psychologiques), et l'appui au Groupe de Soutien des personnes vivant avec le VIH (GS) créé en 2010.

- La mobilisation des personnes vivant avec le VIH dans la riposte au sida a réalisé des progrès certains. Outre la personne vivant avec le VIH membre du CCM et celles qui sont membres actifs d'associations thématiques, il existe, depuis 2010, un groupe de médiateurs socio-sanitaires PVVIH qui aide à résoudre certains problèmes liés à la non-observance thérapeutique et à lutter contre la stigmatisation.
- Par ailleurs, et grâce à l'appui et à la coordination du Groupe Thématique des Nations Unies sur le sida et de l'ATL MST sida - section de Tunis, un groupe de soutien des personnes vivant avec le VIH (GS++) a été créé en 2010 par un noyau de PVVIH actifs. Ce groupe de soutien a été reconnu par les partenaires nationaux. Le lancement du GS++ témoigne d'une volonté des personnes vivant avec le VIH de se constituer en une communauté solidaire et représentative, mais traduit également une revendication du droit et du statut de partenaire à part entière dans la riposte nationale. Le GS++ permet de porter la voix des personnes vivant avec le VIH auprès du reste des partenaires et décideurs gouvernementaux, non gouvernementaux et des organisations internationales. Ce groupe de soutien jouit de la couverture juridique et de l'appui d'une association thématique intervenant dans la réponse au sida (ATL MST/sida - section de Tunis) et de l'appui technique et financier de l'ONUSIDA et du PNUD. Son objectif est notamment de participer à la réalisation de l'accès universel et gratuit à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien psychosocial, économique et juridique, de favoriser l'information et l'appui aux personnes vivant avec le VIH et de lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Avec le nouveau contexte depuis le mois de janvier 2011, l'association « RAHMA » pour les personnes vivant avec le VIH a vu le jour.
- D'autres ONG thématiques ont également vu le jour, telles que l'association « MANARA » adoptant l'approche « Réduction des Risques », en vue de participer à la réduction de la transmission de certains virus comme le VIH et les Hépatites, notamment chez les populations clés, en particulier les usagers de drogues injectables.
- Enfin il existe des ONG non thématiques pouvant contribuer à la promotion des droits humains et la lutte contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH et des populations clés telles que la Ligue Tunisienne des Droits e l'Homme (LTDH)...

Cependant, certaines carences sont à relever dans l'action de ces associations :

- En dépit de leur renforcement, grâce au Fonds Mondial et de l'appui de l'ONUSIDA, les moyens actuels ne permettent pas aux ONG de subvenir à l'ensemble des besoins des groupes clés (la couverture des interventions est de 10%).
- En raison de leur nombre relativement réduit, l'action des ONG thématiques demeure circonscrite géographiquement (zones urbaines et littorales) et limitée dans le temps.
- Les modalités de fonctionnement pour la majorité des associations manquent de professionnalisme qui leur permettrait de mener à bien leurs tâches, en particulier pour la communication pour le changement de comportement et l'Information, éducation et communication. En effet, les prestations des ONG sont effectuées sans système de contrôle de qualité en l'absence d'un système d'accréditation / certification. Par ailleurs, ces

associations sont fondées sur le volontariat et le bénévolat, qui posent des problèmes de durabilité et de pérennité.

- Il persiste un manque de coordination et d'échange d'informations entre les ONG impliquées dans la riposte. Toutefois, ces problèmes sont en voie de résolution actuellement par :
  - La mise en place d'une stratégie de Renforcement des Système Communautaires (RSC) qui aidera à renforcer les capacités des ONG, à coordonner et réaliser le suivi/évaluation de leurs actions) ;
  - Une stratégie de mobilisation des ressources ;
  - Une meilleure coordination : cartographie, charte éthique entre ONG...

#### *1.3.3.2. Le suivi et l'évaluation*

Le système du S&E de la riposte contre le VIH/sida dans le cadre du plan stratégique 2006-2010, a pour plusieurs raisons, accusé beaucoup de retard au niveau de son élaboration, et jusqu'à présent à la fin de l'échéance du plan stratégique, il n'est pas encore entièrement opérationnel. L'année 2009-2010 a été marquée par la dynamisation du processus de mise en place du système de suivi et évaluation, avec la constitution d'un Comité national de suivi et évaluation (GTS&E) coordonné par la DSSB. Au total, 32 indicateurs ont été retenus couvrant l'ensemble des domaines du programme qui sont : la prévention – les soins, le soutien des PVVIH et l'atténuation de l'impact – organisation et cadre de la réponse. Par ailleurs, le système a été conçu pour permettre de répondre aux demandes des organismes internationaux en termes d'indicateurs définis sur le plan international. Ce plan prend aussi en considération la dimension genre au niveau de l'élaboration des indicateurs et la conception des outils de collecte des données. Un Guide National de S&E a été élaboré par concertation avec le GTS&E et discuté avec les partenaires, en se basant notamment sur le Guide UNGASS 2010. Ce guide a été validé lors d'un atelier national. Tous les aspects de collecte, de consolidation, de saisie, d'analyse et de transfert ont été conçus.

Pour rendre le système opérationnel, il a été complété par la formation du personnel, la diffusion du guide de suivi et évaluation de la riposte nationale et la distribution des supports de collecte des données auprès de l'ensemble des partenaires et des structures de soins concernées par le programme. Il a été recommandé de renforcer l'implication des pharmaciens dans la collecte des données, de rendre fonctionnel le réseau informatique et créer une base de données en insistant sur la nécessité d'entamer les visites de terrain (supervision) et l'accompagnement des équipes régionales et de renforcer la diffusion et l'utilisation des résultats.

Les principaux points faibles constatés sont : i) La formation du personnel n'est pas complète : cette formation n'a pas abordé d'une manière approfondie les techniques de collecte, de saisie, d'analyse et de dissémination des données ; ii) La fragilité de l'unité de suivi et évaluation (problème surmonté en partie) ; iii) En raison d'un manque de personnel, il n'existe pas encore au niveau des partenaires du personnel dédié à l'activité de suivi-évaluation et ce sont toujours les mêmes personnes chargées des aspects techniques, qui s'occupent de l'activité de suivi-évaluation.

## 2. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL

### 2.1. Approche de la planification stratégique axée sur les résultats<sup>4</sup>

Le Directeur Exécutif de l'ONUSIDA annonce « *la quatrième décennie de l'épidémie devra être marqué par un changement profond de la réponse vers des programmes efficaces et focalisés pour atteindre des Résultats, des Résultats et des Résultats....* ».

#### 2.1.1. *Qu'est ce qu'une planification stratégique axée sur les résultats ?*

La planification stratégique définit (i) le cadre stratégique de la réponse nationale, c'est-à-dire ses principes fondamentaux, ses grandes orientations stratégiques, et son cadre institutionnel, mais également (ii) les étapes intermédiaires à franchir pour changer la situation actuelle en une situation finale ou résultats à atteindre.

Contrairement à la planification normative, la planification stratégique prend en compte les déterminants d'un problème particulier, qui varient selon les groupes cibles et en fonction de la situation. Planification stratégique suppose adaptation de normes/expériences/leçons à une situation donnée précise ou en évolution.

#### 2.1.2. *Pourquoi une planification stratégique axée sur les résultats ?*

La planification permet le développement d'actions de plus en plus efficaces en réponse à des besoins précis du pays en question : ces actions s'attaquent aux situations qui rendent les gens vulnérables au VIH et à son impact, et tirent parti des acquis et des opportunités.

La planification stratégique oblige donc à comprendre la véritable ampleur du problème du VIH/sida dans le pays, à avoir une idée assez précise des conséquences probables de l'épidémie sur les individus et les familles, ainsi que sur l'évolution globale de la société. Ce qui oblige de se concentrer sur les interventions susceptibles de modifier l'évolution de l'épidémie et sur la mobilisation des ressources nécessaires à leur mise en œuvre ; cela signifie également que la riposte nationale devra devenir partie intégrante du plan de développement global du pays.

#### 2.1.3. *Quels sont les caractéristiques et les points forts d'une planification stratégique axée sur les résultats ?*

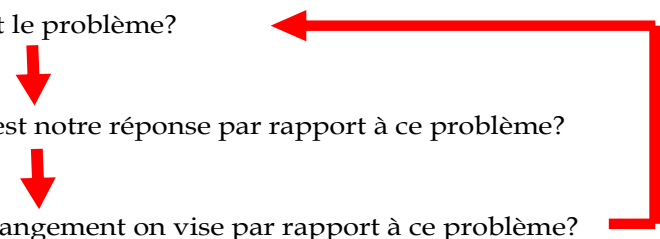
- Être spécifique à la situation réelle du pays
- Aller à la racine du problème en renvoyant à des déterminants complexes, notamment comportementaux
- Anticiper l'impact de l'épidémie qui n'est visible que plusieurs années après
- S'attaquer aux obstacles qui avaient empêché d'atteindre les résultats lors du précédent programme
- Saisir les opportunités tant chez les individus, dans la société que dans le système.
- Etablir sur cette base les priorités de la réponse nationale

---

<sup>4</sup> Modules de planification stratégiques de l'ONUSIDA, 1999 et Modules de planification stratégique axée sur les résultats, ONUSIDA/Banque Mondiale, 2011

### 2.1.4. Comment mener une *planification stratégique axée sur les résultats* ?

Le Plan stratégique est le cadre pour **changer** une situation spécifique qui marque les résultats à atteindre vers le changement visé, les étapes essentielles pour passer d'un point à l'autre ou d'une situation à une autre et les domaines d'actions prioritaires.

- Quel est le problème?
  - Quelle est notre réponse par rapport à ce problème?
  - Quel changement on vise par rapport à ce problème?
- 

Pour s'assurer de la pertinence et la faisabilité des choix stratégiques, il faudra répondre aux quatre questions suivantes :

- Les priorités reflètent-elles les besoins des bénéficiaires ?
- Les priorités vont-elles changer la trajectoire de l'épidémie ?
- Les priorités vont-elles être suffisamment financées pour avoir l'impact escompté ?

### 2.1.5. Quelles sont les principales étapes d'un processus de planification stratégique axée sur les résultats ?

- Étape 1 : Préparation et planification du processus
- Étape 2 : Analyse de la situation et de la réponse ("*connaître son épidémie et connaître sa réponse* »)
- Étape 3 : Définition du cadre des résultats et choix des priorités
- Étape 4 : Formulation & validation de la stratégie nationale
- Étape 5 : Elaboration & validation des outils de mise en œuvre et budgétisation : plans opérationnels, plans de S&E, plan de mobilisation des ressources
- Étape 6 : Appui à l'élaboration des programmes d'action sectoriels et décentralisés sur base du plan d'action de référence et du plan de suivi & évaluation.

## 2.2. Principales étapes du processus

La planification stratégique dans le domaine de la riposte à l'infection par le VIH/sida et les IST en Tunisie a démarré en 2004. Ce processus, initié par le Programme National de Lutte contre le Sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles en collaboration avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, a permis de réaliser une analyse de situation globale de la riposte nationale au VIH/sida en 2005 et de développer le plan stratégique national 2006-2010. Ce dernier a été élaboré autour des trois axes stratégiques prioritaires suivants :

- la prévention pour les populations les plus exposées au risque et les groupes vulnérables ;
- la prise en charge complète des personnes vivant avec le VIH et de leur famille ;

- l'organisation de la riposte, en particulier par le biais de la recherche opérationnelle et du suivi/évaluation.

La mise en œuvre du plan stratégique national 2006-2010 a bénéficié du soutien du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme et de l'appui du Système des Nations Unies. Le partenariat entre les organismes gouvernementaux, notamment le Ministère de la Santé Publique et les structures sous sa tutelle, et les organismes non gouvernementaux, et leur engagement ont consolidé la riposte à l'infection par le VIH/sida et les IST. L'exécution de ce plan a été étendue d'un an, couvrant ainsi l'année 2011.

Au cours de l'année 2010, l'analyse de la situation et de la riposte nationale au VIH/sida et aux IST a été actualisée à la lumière des leçons apprises de la mise en œuvre du plan stratégique national 2006-2010 et des données socio-épidémiologiques produites en 2009, notamment par les enquêtes sérocomportementales auprès des populations clés.

Le processus de la préparation du plan stratégique national de riposte au VIH/sida et aux IST (2012-2016) s'est appuyé sur :

- le comité de pilotage mis en place pour cette action : ce comité est composé de représentants du Ministère de la Santé Publique (DSSB – PNLS/MST), du Ministère des Affaires Sociales, de trois ONG thématiques (ATIOS, ATL MST/SIDA – section de Tunis, ATUPRET), de l'Unité de Gestion du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, de l'ONUSIDA et du groupe thématique sur le sida du Système des Nations Unies en Tunisie ;
- l'implication participative et inclusive des différents acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux de la riposte au VIH/sida en Tunisie, y compris des représentants des personnes vivant avec le VIH et des populations clés et des personnes ressources : dans le cadre de cinq ateliers (19 avril, 4 juin, 21, 22 et 23 juin, 22 juillet, 21, 22 et 23 septembre) et nombre de séances de travail thématiques ont été organisés pour échanger autour de questions spécifiques, vérifier des informations, recueillir des données, valider des étapes...
- l'exploitation de la documentation relative à la riposte au VIH/sida et aux IST : ce travail a permis de faire l'état des lieux sur les progrès enregistrés, les défis à relever, les actions futures... Il s'est appuyé sur divers types de documents (études et recherches, rapports, données statistiques, documents administratifs...), en particulier sur les références et rapports nationaux suivants :
  - l'Analyse de la situation et de la riposte 2010 ;
  - l'Analyse des carences programmatiques ;
  - la Revue de l'Accès Universel ;
  - le Système National de suivi-évaluation.
- le développement d'un outil de planification (sur base EXCEL) permettant d'estimer les cibles d'effet et de produits de manière précise et cohérente, avec une facilité de révision en fonction des données de base et/ou des cibles ; des réunions et des travaux individuels ont permis sa consolidation et son appropriation par l'équipe du PNLS.

Le processus de la préparation du plan stratégique national de riposte au VIH/sida et aux IST (2012-2016) a été soutenu par une équipe de trois consultants : deux chercheurs nationaux (un épidémiologiste et un sociologue) et un expert international en planification stratégique axée sur les résultats. Ainsi, une approche pluridisciplinaire a été adoptée en vue de mieux cerner les divers aspects relatifs à la question de l'infection par le VIH/sida et les IST.

### **3. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA RIPOSTE NATIONALE AU VIH**

#### **3.1. Objectifs et stratégies à l'horizon de 2016 et vision de la riposte nationale**

La période 2012-2016 constitue la consolidation de la vision prospective de la Tunisie en matière de riposte au VIH, conformément à ses engagements internationaux, qui est d'enrayer la propagation du VIH et inverser ainsi la tendance de l'épidémie.

Ceci nécessitera d'assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH dans le contexte de transition démocratique que vit le pays depuis le mois de janvier 2011.

Aussi, le rôle de l'État mais aussi celui de la société civile seront déterminants dans la riposte nationale au VIH/sida, en veillant au respect des droits humains et à la non discrimination des personnes.

Cette vision rejoint celle « des trois zéros » de la stratégie mondiale de l'ONUSIDA à savoir :

- « Parvenir à zéro nouvelle infection » avec les objectifs pour 2015 :
  - Réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH, y compris parmi les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et dans le contexte du commerce du sexe ;
  - Élimination de la transmission verticale du VIH et réduction de moitié des décès maternels liés au sida ;
  - Prévention de toutes les nouvelles infections à VIH parmi les personnes qui consomment des drogues.
- « Parvenir à zéro décès liés au sida » avec les objectifs pour 2015 :
  - Accès universel au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH admissibles au traitement ;
  - Réduction de moitié des décès imputables à la tuberculose des personnes vivant avec le VIH ;
  - Prise en compte des personnes vivant avec le VIH et des ménages affectés par le virus dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et fourniture d'un accès aux soins essentiels et à l'appui pour ces populations.
- « Parvenir à zéro discrimination » avec les objectifs pour 2015 :
  - Réduction de moitié du nombre de pays dotés de lois et de pratiques punitives concernant la transmission du VIH, le commerce du sexe, la consommation de drogues ou les rapports sexuels entre hommes ;
  - Suppression des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH dans la moitié des pays appliquant de telles restrictions ;



- Prise en compte des besoins spécifiques des femmes et des filles en rapport avec le VIH dans la moitié au moins de l'ensemble des ripostes nationales au VIH ;
- Tolérance zéro en matière de violence sexiste.

### 3.2. Fondements et principes directeurs du Plan stratégique national

Le Plan stratégique national de riposte à l'infection au VIH/sida et aux IST (2012-2016) est opérationnalisé à travers le plan opérationnel et les plans sectoriels. Son élaboration s'est appuyée sur les principes directeurs suivants :

- ***Les « Trois principes »*** sont un cadre d'action contre le VIH/sida qui offre une base pour la coordination des activités de tous les partenaires, une autorité nationale de coordination de la riposte au sida avec un mandat multisectoriel à large assise (Plan Stratégique National) et un système convenu de suivi et d'évaluation au niveau du pays.
- ***L'approche des droits humains*** est un cadre conceptuel pour le processus du développement humain. Elle est basée sur les normes internationales des droits humains. En ce qui concerne le plan opérationnel, cette approche œuvre pour la promotion et la protection de ces droits. Elle incite à tenir compte consciemment et systématiquement des droits humains dans tous les aspects du développement des politiques et programmes.
- ***La planification basée sur les résultats*** a pour objectif l'amélioration de l'efficacité et de la redevabilité. Elle est orientée vers l'obtention de résultats : elle utilise les résultats comme base pour la planification, la gestion et le reporting, et vise à améliorer les performances en comparant et en analysant les résultats réels aux résultats prévus grâce à un suivi, à une évaluation, à un reporting et à des ajustements réguliers.
- ***L'approche participative et le partenariat*** assurent l'implication des divers acteurs dans les différentes phases de planification, de la conception, à la mise en œuvre et au suivi et évaluation des programmes et des projets. L'approche participative et le partenariat augmentent la qualité, l'efficacité et la pertinence des politiques et programmes, notamment par le renforcement des systèmes communautaires (RSC).
- ***L'approche genre*** se réfère aux différences sociales et aux rapports sociaux entre les femmes et les hommes. Dans cette perspective, les rôles des femmes et des hommes sont des constructions socio-politiques et culturelles qui varient d'une société, d'une culture, d'une époque à l'autre. Le gender mainstreaming (généralisation de l'analyse selon le genre), incite les gouvernements, la société civile, le secteur privé à placer les rapports de genre, au centre de toute planification, action ou évaluation.
- ***La décentralisation*** favorise une riposte plus appropriée aux contextes régionaux et locaux. Il est primordial de laisser une liberté de manœuvre aux acteurs responsables régionaux afin qu'ils puissent répondre aux besoins spécifiques de la région, tout en respectant les grandes lignes nationales.

### 4. PRIORITES PAR AXE STRATEGIQUE

À la suite du processus participatif et inclusif de planification stratégique axé sur les résultats, quatre axes stratégiques furent retenus:

- Deux axes « d'action » visant directement l'évolution de l'épidémie dans ses aspects de prévention et de prise en charge (Axe 1 et Axe 2).
- Deux axes transversaux mettant en place le cadre propice et indispensable à une riposte durable à l'épidémie : les droits humains et la gestion stratégique de la réponse (Axe 3 et Axe 4).

De même, les activités au sein de ces 4 axes stratégiques se baseront sur les orientations et concepts dans la lutte contre l'infection par le VIH/Sida, admis actuellement et qui ont fait leurs preuves dans beaucoup de pays (voir encadré suivant) :

*Encadré 1 : Résumé des orientations générales par axe stratégique*

**a) Axe stratégique 1 : Réduction des nouvelles infections au VIH/sida par l'amélioration de l'Accès Universel à la prévention chez les populations vulnérables, et en particulier celles ayant des comportements à risque (MARPS)**

- La réduction des nouvelles infections se basera sur les notions de « *prévention positive* » et en de « *prévention combinée* » qui se définit comme la communication pour le changement de comportement, accès aux préservatifs, prise en charge des IST, conseil et dépistage du VIH, accès aux soins et soutien et aux services de santé de la reproduction, lutte contre la discrimination et protection des droits humains.

- Les notions de populations les plus exposées (*MARPS*) et de « *zones les plus exposées* » feront l'objet d'une attention particulière dans l'opérationnalisation du PSN sans oublier une véritable stratégie de « marketing » du préservatif.

- *Le dépistage du VIH* se fera d'une part dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CCDAG), mais également à *l'initiative des personnels de santé*, notamment chez les populations les plus à risque dont les femmes en âge de reproduction surtout lorsqu'il s'agit de prévenir la transmission mère-enfant du VIH (PTME).

**b) Axe stratégique 2 : Réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/sida par l'amélioration de l'Accès Universel au traitement, aux soins et au soutien des personnes vivant avec le VIH et de leur entourage affecté**

- L'accès universel des PVVIH à une prise en charge médicale et psycho-sociale de qualité (ARV, prise en charge des co-morbidités,...) intégrera également la prise en charge des « *couples séro-discordants* » ou « *séro-différents* », ainsi que la prise en charge *des personnes migrantes* qu'elles soient résidentes ou non.

**c) Axe stratégique 3 : Réforme du cadre juridique et promotion des droits humains pour la garantie de la dignité de la personne et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida**

La non discrimination concernera aussi bien les activités de prise en charge médico-sociale des PVVIH que les activités de prévention auprès des MARPS qu'il s'agisse de tunisiens ou de personnes migrantes.

**d) Axe stratégique 4 : Mise en place de mécanismes de la riposte à l'infection par le VIH/sida efficaces et durables.**

- Le leadership et le partenariat doivent se baser notamment sur le *renforcement des systèmes communautaires (RSC)*
- Les *mécanismes d'assurance qualité* concerneront aussi bien les activités *préventives et la prise en charge médico-sociale* que *le système de suivi-évaluation*
- « *Mieux connaître son épidémie* » doit constituer une priorité pour le PSN actuel afin de mieux adapter la riposte, et ce par une *meilleure connaissance des MARPS (cartographie, comportement)* et *des modes de transmission du VIH (MoT)*.

4.1. Axe stratégique 1 : Réduction des nouvelles infections au VIH/sida par l'amélioration de l'Accès Universel à la prévention chez les populations vulnérables, et en particulier celles ayant des comportements à risque (MARPS)

#### 4.1.1. Résultat d'impact

- Stabiliser le nombre de nouvelles infections à moins de 100 nouvelles infections par an ;
- Éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

#### 4.1.2. Résultats d'effets, produits, domaines prioritaires et principaux intervenants

- **Effet 1.1.** Les populations vulnérables (les jeunes 15-24 ans et les femmes en âge de reproduction, notamment les femmes enceintes) adoptent des attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection par le VIH :
- ⇒ Situation actuelle : 16% de jeunes et 10% de femmes en âge de procréer adoptent des attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection par le VIH, et 31,5% des femmes enceintes à risque ont accès aux services de PTME
- ⇒ Cible en fin 2016 : 50% de jeunes et 20% de femmes en âge de procréer adoptent des attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection par le VIH, et 75% des femmes enceintes à risque ont accès aux services de PTME

⇒ TABLEAU : Produits, intervenants et domaines prioritaires

<i>Indicateurs de produits</i>	<i>Situation de base</i>	<i>Cible en fin 2016</i>	<i>Moyen de vérification</i>	<i>Domaines prioritaires d'action</i>	<i>Intervenants</i>
<b><i>Produit 1.1.1 : Les jeunes sont sensibilisés aux mesures de protection contre l'infection au VIH par voie sexuelle</i></b>					
Nombre des jeunes ayant acquis les connaissances sur les attitudes et les pratiques qui les protègent du risque d'infection au VIH par voie sexuelle, y compris l'utilisation du préservatif	332 500	831 000	Travaux de recherche Rapport d'activités	-Séances d'IEC de proximité (espaces jeunes, milieux scolaire et universitaire, CDIS, milieu de travail...) - Campagnes occasionnelles (festivals, journée mondiale de lutte contre le sida....)	MSP; MJ; MEN; MES; MD; MAF; MAS; mdias; ONG; SNU
<b><i>Produit 1.1.2 : Les femmes en âge de reproduction sont sensibilisées aux mesures de protection contre l'infection au VIH par voie sexuelle</i></b>					
Nombre des femmes en âge de reproduction qui ont les connaissances, les attitudes et les pratiques qui les protègent du risque d'infection au VIH par voie sexuelle, y compris l'utilisation du préservatif	302 800	910 000	Travaux de recherche Rapport d'activités	-Séances d'IEC de proximité (espaces jeunes, CSB, CSR, milieu de travail...) - Campagnes occasionnelles (festivals, journée mondiale de lutte contre le sida....)	MSP; MEN; MES; MAF; MAS; medias; ONG; SNU
<b><i>Produit 1.1.3 : Les jeunes sont sensibilisés aux mesures de prévention des conduites addictives et notamment l'usage de drogues injectables</i></b>					
Nombre de jeunes qui ont les connaissances, les attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection au VIH/sida par voie injectable	332 500	831 000	Travaux de recherche Rapport d'activités	-Séances d'IEC de proximité (espaces jeunes, milieux scolaire et universitaire, CDIS, milieu de travail...) -Campagnes occasionnelles (festivals, journée mondiale de lutte contre le sida....)	MSP; MJ; MEN; MES; MAF; MAS; médias; ONG; SNU
<b><i>Produit 1.1.4 : Les jeunes sont conseillés et testés à l'infection par le VIH de façon anonyme et gratuite</i></b>					
Nombre de jeunes ayant bénéficié de conseil et de dépistage du VIH	39 500	104 000	Rapports d'activités des CCDAG Enquêtes comportementales	-Séances d'IEC de proximité (CCDAG, espaces jeunes, milieux scolaire et universitaire, CDIS, milieu de travail...) - Campagnes occasionnelles (festivals, journée mondiale de lutte contre le sida....)	MSP; MEN; MES; MAF; médias; ONG thématiques
<b><i>Produit 1.1.5 : Les femmes en âge de reproduction et notamment les femmes enceintes sont conseillées et testées à l'infection par le VIH de façon anonyme et gratuite</i></b>					
Nombre de femmes en âge de reproduction et notamment les femmes enceintes ayant bénéficié de conseil et de dépistage du VIH	45 400	151 000	Rapports d'activités des CCDAG Enquêtes comportementales	-Séances d'IEC de proximité (CCDAG, espaces jeunes, CSB, CSR, milieu de travail...) -Campagnes occasionnelles (festivals, journée mondiale de lutte contre le sida....)	MSP; MEN; MES; MAF; médias; ONG thématiques

<b>Produit 1.1.6 : Les personnes atteintes d'IST sont prises en charge, y compris le conseil et le dépistage au VIH</b>					
Nombre de personnes atteintes d'IST ayant bénéficié d'une prise en charge adaptée, y compris conseil et dépistage du VIH	42 500	90 000	Rapports d'activités des CCDAG et des centres de prise en charge  Enquêtes comportementales	-Formation du personnel sur la prise en charge des IST, y compris facteurs de risque et conseil et dépistage	MSP; secteur privé; ONG thématiques
<b>Produit 1.1.7 : Les femmes enceintes séropositives ont accès aux mesures adéquates pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant (grossesse, accouchement, allaitement)</b>					
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié de mesures adéquates pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant	5	12	Rapport d'activité des centres de maternité	-Formation du personnel sur la PTME  - Mise à disposition des réactifs consommables et ARV dans les maternités	MSP; médias; ONG; secteur privé

➤ **Effet 1.2.** Les migrants et les déplacés adoptent des attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection par le VIH :

⇒ Situation actuelle : 5% de migrants et de personnes déplacées adoptent des attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection par le VIH

⇒ Cible en 2016 : 50% de migrants et de personnes déplacées adoptent des attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection par le VIH

⇒ TABLEAU : Produits, intervenants et domaines prioritaires

<i>Indicateurs de produits</i>	<i>Situation de base</i>	<i>Cible en fin 2016</i>	<i>Moyen de vérification</i>	<i>Domaines prioritaires d'action</i>	<i>Intervenants</i>
<b>Produit 1.2.1 : Les migrants et déplacés sont sensibilisés aux mesures de protection contre l'infection au VIH par voie sexuelle</b>					
Nombre de migrants et déplacés qui ont les connaissances les attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection au VIH par voie sexuelle, y compris l'utilisation du préservatif	725	7 250	Travaux de recherche	-Séances d'IEC de proximité (espaces jeunes, milieu universitaire, milieu de travail...) au profit des migrants résidents  -Campagnes de masse et séance d'IEC dans les camps de réfugiés	MAS; MSP; MI; médias; ONG; SNU
<i>Indicateurs de produits</i>	<i>Situation de base</i>	<i>Cible en fin 2016</i>	<i>Moyen de vérification</i>	<i>Domaines prioritaires d'action</i>	<i>Intervenants</i>
<b>Produit 1.2.2 : Les migrants et déplacés sont conseillés et testés à l'infection par le VIH de façon anonyme et gratuite</b>					
Nombre de migrants et déplacés ayant bénéficié de conseil et de dépistage du VIH	276	3 600	Rapports d'activités des CCDAG (fixes et mobiles)	- Séances d'IEC de proximité (CCDAG, espaces jeunes, milieu universitaire, milieu de travail...) au profit des migrants résidents  - Campagnes de masse et séance d'IEC dans les camps de réfugiés  - Mise en place de CCDAG mobiles dans les camps de réfugiés	MAS; MSP; MI; médias; ONG; SNU

**Produit 1.2.3 : Les migrants et déplacés sont sensibilisés aux mesures de prévention des conduites addictives et notamment l'usage de drogues injectables**

Nombre de migrants et déplacés qui ont les connaissances, les attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection au VIH par voie injectable	725	7 250	Travaux de recherches	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances d'IEC de proximité (espaces jeunes, milieu universitaire, milieu de travail...) au profit des migrants résidants</li> <li>- Campagnes de masse et séance d'IEC dans les camps de réfugiés</li> </ul>	MAS; MSP; MI; médias; ONG; SNU
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-------	-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

➤ **Effet 1.3.** Les populations clés (UDI, TS, HSH, détenus), notamment celles ayant des comportements à risque, adoptent des attitudes et pratiques qui les protègeront du risque d'infection par le VIH :

⇒ Situation actuelle : 51,6% de TS, 40,7% de HSH, 30% d'UDI et 3% de détenus adoptent des attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection par le VIH

⇒ Cible en fin 2016 : 75% de TS, 75% de HSH, 50% d'UDI et 75% de détenus adoptent des attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection par le VIH

⇒ TABLEAU : Produits, intervenants et domaines prioritaires

Indicateurs de produits	Situation de base	Cible en fin 2016	Moyen de vérification	Domaines prioritaires d'action	Intervenants
<b>Produit 1.3.1 : Les travailleuses du sexe (autorisées et non autorisées) sont sensibilisées aux mesures de protection contre l'infection par le VIH/sida, notamment pour ce qui est des rapports sexuels à risque</b>					
Nombre de travailleuses du sexe autorisées et non autorisées connaissant les attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection au VIH par voie sexuelle, y compris l'utilisation du préservatif	12 900	18 750	Travaux de recherches  Rapports des activités des ONG thématiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances d'IEC de proximité</li> <li>- Formation des éducatrices paires</li> <li>- Mise à disposition du kit de prévention (préservatif...)</li> </ul>	MI; MSP; ONG thématiques
<b>Produit 1.3.2 : Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont sensibilisés aux mesures de protection contre l'infection au VIH par voie sexuelle</b>					
Nombre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes connaissant les attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection au VIH par voie sexuelle, y compris l'utilisation du préservatif	9 770	18 000	Travaux de recherche  Rapports des activités des ONG thématiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances d'IEC de proximité</li> <li>- Formation des éducateurs pairs</li> <li>- Mise à disposition du kit de prévention (préservatif, lubrifiant...)</li> </ul>	MSP; ONG thématiques

<b>Produit 1.3.3 : Les usagers de drogues injectables sont sensibilisés aux mesures de réduction de risques, notamment par un programme d'usage de seringues stériles et de mesure de désintoxication par des produits non injectables (TSO)</b>					
Nombre des usagers de drogues injectables connaissant les attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection au VIH par voie injectable et par voie sexuelle, y compris l'utilisation du préservatif	3 000	7 500	Travaux de recherche  Rapports des activités des ONG thématiques	-Séances d'IEC de proximité -Formation des éducateurs pairs -Mise à disposition du kit de prévention (préservatif, matériel d'injection stérile...) -Développement des mesures de désintoxication par des produits non injectables (TSO)	MSP; ONG thématiques
<b>Produit 1.3.4 : Les détenus sont sensibilisés aux mesures de protection contre l'infection au VIH par voie sexuelle</b>					
Nombre de détenus connaissant les attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection au VIH par voie sexuelle, y compris l'utilisation du préservatif	7 900	27 000	Travaux de recherche  Rapports des activités des ONG thématiques	- Séances d'IEC de proximité -Formation des éducateurs pairs -Mise à disposition du kit de prévention (préservatif...) -Développement des mesures de désintoxication par des produits non injectables (TSO) dans le milieu carcéral	MSP; MJ; ONG thématiques
<b>Produit 1.3.5 : Les travailleuses du sexe (autorisées et non autorisées) sont conseillées et testées à l'infection par le VIH de façon anonyme et gratuite</b>					
Nombre de travailleuses du sexe (autorisées et non autorisées) ayant bénéficié de conseil et de dépistage du VIH	3 500	12 500	Rapports d'activités des CCDAG	-Séances d'IEC de proximité (CCDAG fixes et mobiles...) -Organisation de séances de conseil dépistage (CCDAG fixes et mobiles)	MI; MSP; ONG thématiques
<b>Produit 1.3.6 : Les usagers de drogues injectables sont conseillés et testés à l'infection par le VIH de façon anonyme et gratuite, et des hépatites virales B et C</b>					
-Nombre des usagers de drogues injectables ayant bénéficié de conseil et de dépistage du VIH	2 000	5 000	Rapports d'activités des CCDAG	-Séances d'IEC de proximité (CCDAG...) -Séances de conseil dépistage (CCDAG)	MSP; ONG thématiques
-Nombre d'UDI ayant bénéficié de dépistage des hépatites virales B et C	-	3 800	Rapports d'activités des CCDAG	-Séances d'IEC de proximité (CCDAG...) -Séances de conseil dépistage (CCDAG)	MSP; ONG thématiques
<b>Produit 1.3.7 : Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont conseillés et testés à l'infection par le VIH de façon anonyme et gratuite</b>					
Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant bénéficié de conseil et de dépistage du VIH	4 360	12 000	Rapports d'activités des CCDAG	- Séances d'IEC de proximité (CCDAG fixes et mobiles...) -Organisation de séances de conseil dépistage (CCDAG fixes et mobiles)	MSP; ONG thématiques

<b>Produit 1.3.8 : Les détenus sont conseillés et testés à l'infection par le VIH de façon anonyme et gratuite</b>					
Nombre de détenus ayant bénéficié de conseil et de dépistage du VIH	2 700	6 000	Rapports d'activités des CCDAG	-Séances d'IEC de proximité (CCDAG fixes et mobiles...) -Organisation de séances de conseil dépistage (CCDAG fixes et mobiles)	MJ; MSP; ONG thématiques

**4.2. Axe stratégique 2 : Réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/sida par l'amélioration de l'Accès Universel au traitement, aux soins et au soutien des personnes vivant avec le VIH et de leur entourage affecté**

#### **4.2.1. Résultat d'impact**

- La mortalité spécifique liée au VIH sera réduite de moitié d'ici fin 2016
- La qualité de vie des PVVIH sera comparable à la moyenne nationale

#### **4.2.2. Résultats d'effets, produits, domaines prioritaires et principaux intervenants**

➤ **Effet 2.1.** Les personnes vivant avec le VIH, bénéficient de l'Accès Universel aux traitements et aux soins appropriés:

⇒ Situation actuelle : 49% de PVVIH attendues sont correctement pris en charge

⇒ Cible en fin 2016 : 70% de PVVIH attendues sont correctement pris en charge

⇒ TABLEAU : Produits, intervenants et domaines prioritaires

<b>Indicateurs de produits</b>	<b>Situation de base</b>	<b>Cible en fin 2016</b>	<b>Moyen de vérification</b>	<b>Domaines prioritaires d'action</b>	<b>Intervenants</b>
<b>Produit 2.1.1 : Les personnes vivant avec le VIH éligibles bénéficient au traitement antirétroviral.</b>					
Nombre de PVVIH ayant bénéficié de trithérapie	412	590	-Registres et dossiers cliniques des PVVIH -Dossiers immuno-virologiques -dossiers pharmaceutiques réseau informatique -Enquête de satisfaction auprès des PVVIH	-Acquisition des ARV en quantité suffisante -Renforcement des centres de prise en charge actuels et des laboratoires	MSP
<b>Produit 2.1.2 : Les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge adéquate en cas d'infection par la tuberculose</b>					
Nombre de PVVIH et porteuses de tuberculose ayant bénéficié d'une prise en charge adéquate	10	100	Rapport d'activités du Programme de lutte contre la tuberculose Dossiers cliniques des PVVIH	-Elaboration de référentiels -Formation -Dépistage/TTT de TBC chez PVVIH -Renforcement des laboratoires de références et des centres de prise en charge de la tuberculose	MSP



<b>Produit 2.1.3 : Les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge adéquate en cas d'autres infections opportunistes autre que la tuberculose</b>					
Nombre de PVVIH et porteuses d'IO autre que la tuberculose bénéficiant de prise en charge	118	170	Dossiers cliniques des PVVIH	-Elaboration de référentiels -Formation -Dépistage systématique des IO chez les PVVIH (mycobactéries atypiques)	MSP
<b>Produit 2.1.4 : Les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge adéquate en cas de co-infection virale notamment hépatite virale B ou C</b>					
Nombre de PVVIH bénéficiant de traitement anti-hépatite virale B ou C	HB : 380 HC : 300	HB : 540 HC : 450	-Dossiers cliniques des PVVIH	-Elaboration de référentiels -Formation -Dépistage systématique de HVB et HVC chez les PVVIH	MSP; SNU
<b>Produit 2.1.5 : Les personnes vivant avec le VIH bénéficient de soins adaptés en cas de comorbidités</b>					
Nombre de PVVIH ayant bénéficié de soins complémentaires	150	295 (1PVVIH sur 2)	Dossiers cliniques informatisés des PVVIH	-Elaboration de référentiels -Formation -Diffusion du code éthique -Acquisition de matériel médico-chirurgical	MSP
<b>Produit 2.1.6 : Les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'une gestion des effets indésirables des antirétroviraux</b>					
Nombre de PVVIH ayant bénéficié de soins liés aux effets indésirables des antirétroviraux	118	235	-Dossiers cliniques des PVVIH	-Elaboration de référentiels -Formation -Acquisition de médicaments spécifiques	MSP
<b>Produit 2.1.7 : Les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge adéquate en cas d'une multi-résistance aux antirétroviraux (résistance aux trois classes d'ARV)</b>					
Nombre de PVVIH et présentant une multi-résistance (aux 3 classes d'ARV) aux antirétroviraux prises en charge	20	60	Dossiers cliniques Suivi immuno-virologique Génotypage	-Elaboration de référentiels -Formation -Diffusion du code éthique -Acquisition d'ARV de 3 <sup>e</sup> ligne -Renforcement du laboratoire de réf. pour la surveill. des résistances	MSP
<b>Produit 2.1.8 : Les personnes vivant avec le VIH ont une bonne observance aux ARV</b>					
Nombre de PVVIH ayant une bonne observance	200	400	Enquête de satisfaction auprès des PVVIH Dossiers pharmaceutiques Dossiers cliniques informatisés	-Formation -Elaboration de référentiel en éducation thérapeutique -Soutien psychosocial et renforcer la coordination avec les ONG -Etudes et recherches	MSP; autres ministères; ONG

<b>Produit 2.1.9 : Les personnes vivant avec le VIH reçoivent des soins de qualité</b>					
Nombre de PVVIH recevant des soins de qualité	<b>412</b>	<b>590</b>	Enquête de satisfaction auprès des PVVIH  Définir et adapter la qualité des soins de l'hôpital à la spécificité du PVVIH	-Formation -Elaboration de référentiels -Etudes et recherches	MSP, autres ministères, ONG

➤ **Effet 2.2.** : Les personnes vivant avec le VIH et leurs familles, bénéficient d'un soutien psychosocial approprié

⇒ Situation actuelle : 19% de PVVIH bénéficient d'un soutien psychosocial adapté

⇒ Cible en fin 2016 : 70% de PVVIH bénéficient d'un soutien psychosocial adapté

⇒ TABLEAU : Produits, intervenants et domaines prioritaires

<b>Indicateurs de produits</b>	<b>Situation de base</b>	<b>Cible en fin 2016</b>	<b>Moyen de vérification</b>	<b>Domaines prioritaires d'action</b>	<b>Intervenants</b>
<b>Produit 2.2.1 : Les personnes vivant avec le VIH et leur famille bénéficient d'un soutien psychologique.</b>					
Nombre de PVVIH ayant bénéficié de soutien psychologique	<b>412</b>	<b>590</b>	-Dossiers cliniques des PVVIH  -Rapports d'activité mensuelle des assistantes sociales et des psychologues  -Données du MAS  -Rapport des activités des ONG thématiques  -Enquêtes de satisfaction des PVVIH	-Elaboration de manuel de formation  -Recrutement de psychologues  -Formation spécifique pour les professionnels de santé dans les secteurs public et privé  -Etudes et recherches	MSP, autres ministères (MAS), ONG
Nombre de personnes affectées (entourage proche) ayant bénéficié de soutien psychologique	<b>244</b>	<b>1 800</b>	-Registres et dossiers cliniques des PVVIH  -Rapports d'activité mensuelle des assistantes sociales et des psychologues  -Données du MAS  -Rapport des activités des ONG thématiques  -Enquêtes de satisfaction des PVVIH	-Recrutement de psychologues  -Formation spécifique pour les professionnels de santé dans les secteurs public et privé  -Etudes et recherches	MSP, autres ministères (MAS), ONG
<b>Produit 2.2.2 : Les personnes vivant avec le VIH et leur famille bénéficient d'un soutien social</b>					
Nombre de PVVIH ayant bénéficié de soutien social	<b>412</b>	<b>590</b>	-Rapports d'activités des acteurs impliqués  rapports d'activité mensuelle des assistantes sociales  -Données du MAS  -Rapport des activités des ONG thématiques  -Enquêtes de satisfaction des PVVIH	-Plaidoyer  -Recrutement et renforcement des capacités d'assistantes sociales  -Développement de micro-crédits  -Etudes et recherches	MSP, MAS, SNU, ONG

Nombre de personnes affectées (entourage proche) ayant bénéficié de soutien social	244	1 800	Rapports d'activités des acteurs impliqués rapports d'activité mensuelle des assistantes sociales et des ONG thématiques Données du MAS -Enquêtes de satisfaction des PVVIH	-Plaidoyer -Recrutement et renforcement des capacités d'assistantes sociales -Développement de micro-crédits -Etudes et recherches	MSP, MAS, SNU, ONG
------------------------------------------------------------------------------------	-----	-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

**Effet 2.3. :** Les PVVIH, migrantes résidentes permanentes, et déplacées sans ressources, bénéficiant de l'Accès Universel au traitement, aux soins appropriés et au soutien psychosocial approprié

⇒ Situation actuelle : 4,3% de PVVIH migrantes résidentes permanentes, migrantes et déplacées sans ressources, bénéficient de l'Accès Universel au traitement, aux soins et au soutien psychosocial appropriés

⇒ Cible en fin 2016 : 50% de PVVIH migrantes résidentes permanentes, migrantes et déplacées sans ressources, bénéficient de l'Accès Universel au traitement, aux soins et au soutien psychosocial appropriés

⇒ TABLEAU : Produits, intervenants et domaines prioritaires

Indicateurs de produits	Situation de base	Cible en fin 2016	Moyen de vérification	Domaines prioritaires d'action	Intervenants
<b>Produit 2.3.1 : Les personnes vivant avec le VIH, migrantes résidentes et permanentes, bénéficiant de la prise en charge de l'infection VIH (traitement antirétroviral et infections opportunistes)</b>					
Nombre de PVVIH, migrantes résidentes (étudiants) et permanentes, ayant bénéficié de trithérapie et du traitement des infections opportunistes	20	73	Résultats de laboratoire Registres de médecine scolaire et universitaire Enquête auprès des personnes cibles Dossiers cliniques	-Plaidoyer -Renforcement de la formation des professionnels de la santé -Recrutement de psychologues et assistantes sociales en milieu universitaire -Acquisition de produits et médicaments spécifiques -Etudes et recherches	MSP, MAE, SNU, ONG internationales
<b>Produit 2.3.2 : Les personnes vivant avec le VIH, migrantes résidentes et permanentes (étudiants et autres), et leur famille bénéficient d'un soutien psychosocial</b>					
Nombre de PVVIH, migrantes résidentes et permanentes ayant bénéficié de soutien psycho-social	20	25	Enquêtes réalisées par le ministère de la santé et des ONG de satisfaction des PVVIH et des services de prise en charge	-Plaidoyer -Recrutement et renforcement des capacités de psychologues et d'assistantes sociales -Etudes et recherches	MSP, ONG thématique, SNU (HCR), Ambassades des pays concernés

<b>Produit 2.3.3 : Les personnes vivant avec le VIH, migrantes et déplacées sans ressources, bénéficiant de la prise en charge de l'infection à VIH (traitement antirétroviral et infections opportunistes)</b>					
Nombre de PVVIH, migrantes et déplacées sans ressources, bénéficiant de la prise en charge de l'infection à VIH (traitement antirétroviral et inf. opport.)	20	73	Enquête séro-comportementale	-Plaidoyer -Renforcement de la formation des profess. de la santé -Recrutement de psychologues et assist. sociales en milieu de réfugiés -Acquisition de produits et médicam. spécifiques -Etudes et recherches	MSP, MAE, SNU, ONG internationales
<b>Produit 2.3.4 : Les personnes vivant avec le VIH, migrantes et déplacées sans ressources (réfugiés), et leur famille bénéficient d'un soutien psychosocial</b>					
Nombre de personnes vivant avec le VIH, migrantes et déplacées sans ressources ayant bénéficié de soutien psycho-social	60	220	Enquêtes réalisées par le ministère de la santé, de la défense et des ONG de satisfaction des PVVIH	-Plaidoyer -Recrutement et renforcement des capacités de psychologues et d'assistantes sociales -Etudes et recherches	MSP, MD, ONG thématique, SNU (HCR), Ambassades des pays concernés

4.3. Axe stratégique 3 : Réforme du cadre juridique et promotion des droits humains pour la garantie de la dignité de la personne et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida

#### 4.3.1. Résultats d'effets, produits, domaines prioritaires et principaux intervenants

- **Effet 3.1.** Un cadre juridique garantissant l'Accès Universel est adapté à tous les contextes de la riposte au VIH/sida
- ⇒ **Situation actuelle :** Le cadre juridique freine l'Accès Universel aux services préventifs, en particulier pour les populations clés, et ne facilite pas l'accès universel aux soins et soutiens des PVVIH et des personnes affectées ;
- ⇒ **Cible en fin 2016 :** Le cadre juridique facilite l'Accès Universel dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida.

⇒ TABLEAU : Produits, intervenants et domaines prioritaires

<i>Indicateurs de produits</i>	<i>Situation de base</i>	<i>Cible en fin 2016</i>	<i>Moyen de vérification</i>	<i>Domaines prioritaires d'action</i>	<i>Intervenants</i>
<b>Produit 3.1.1 : Des textes juridiques sont révisés ou élaborés pour faciliter l'Accès Universel dans tous les contextes de la riposte au VIH/SIDA</b>					
Cadre juridique de l'usage des stupéfiants révisé	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	Révision des textes juridiques en vue de lever la criminalisation de la consommation de drogues et de faciliter la prévention et la prise en charge des consommateurs de drogues	-Plaidoyer -Révision et adoption des textes -Diffusion des textes	MSP; MJ; MI; ONG thématique; SNU
Dépénalisation des rapports sexuels entre des personnes du même sexe adoptée	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	Révision des textes juridiques en vue de la levée de la criminalisation des rapports sexuels consentants entre des personnes du même sexe	-Plaidoyer -Révision et adoption des textes -Diffusion des textes	MSP; MJ; MI; ONG thématique; SNU
Dépénalisation du commerce du sexe clandestin adoptée	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	Révision des textes juridiques en vue de la levée de la criminalisation du commerce du sexe clandestin	-Plaidoyer -Révision et adoption des textes -Diffusion des textes	MSP; MJ; MI; ONG thématique; SNU
La Règlements interne des prisons est révisée conformément aux conventions et traités internationaux pour réduire la vulnérabilité des détenus vis-à-vis du VIH	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	Publication d'un amendement, en la matière, de la législation actuelle régissant l'organisation des prisons (Loi 2001)	-Plaidoyer -Révision et adoption des textes -Diffusion des textes	MSP; MJ; MI; ONG thématique; SNU
L'obligation de non discrimination en matière de prévention et de prise en charge liées au VIH est intégrée dans les statuts des établissements publics et les conventions collectives	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	Publication des statuts des établissements publics et les conventions collectives	-Plaidoyer -Révision et adoption des textes -Diffusion des textes	MSP; MJ; MI; ONG thématique; SNU
La loi relative aux maladies transmissibles (déclaration obligatoire) est révisée	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	Publication de la loi relative aux maladies transmissibles	-Plaidoyer -Révision et adoption des textes -Diffusion des textes	MSP; MJ; MI; ONG thématique; SNU

➤ **Effet 3.2.** Les populations vulnérables, les populations clés, les migrants et les déplacés accèdent à leurs droits dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida :

⇒ Situation actuelle : Les populations clés, les migrants et les déplacés n'accèdent pas à leurs droits dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida ;

⇒ Cible en fin 2016 : Les populations vulnérables, les populations clés, les migrants et les déplacés accèdent à leurs droits dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida.

⇒ TABLEAU : Produits, intervenants et domaines prioritaires

<i>Indicateurs de produits</i>	<i>Situation de base</i>	<i>Cible en fin 2016</i>	<i>Moyen de vérification</i>	<i>Domaines prioritaires d'action</i>	<i>Intervenants</i>
<b>Produit 3.2.1 : Les capacités des populations vulnérables en matière des droits humains sont renforcées</b>					
Les populations vulnérables (jeunes, femmes en âge de reproduction) connaissent leurs droits humains et les voies de recours	-	50%	Enquêtes populations cibles Analyse de situation	-IEC de proximité -Campagnes occasionnelles	ONG thématiques; médias; SNU
<b>Produit 3.2.2 : Les capacités des populations clés en matière des droits humains sont renforcées</b>					
Les populations clés (TS, HSH, UDI) connaissent leurs droits humains et les voies de recours	-	80%	Enquêtes populations cibles Analyse de situation	-IEC de proximité -Campagnes occasionnelles	ONG thématiques; médias; SNU
<b>Produit 3.2.3 : Les capacités des personnes vivant avec le VIH et leur entourage affecté en matière des droits humains sont renforcées</b>					
Les personnes vivant avec le VIH connaissent leurs droits humains et les voies de recours	-	70%	Enquêtes populations cibles Analyse de situation	-IEC de proximité -Campagnes occasionnelles	MSP; ONG thématiques; médias; SNU
<b>Produit 3.2.4 : Les capacités des migrants et des déplacés en matière des droits humains sont renforcées</b>					
Les migrants et les déplacés connaissent leurs droits humains et les voies de recours	-	50%	Enquêtes populations cibles Analyse de situation	-IEC de proximité -Campagnes occasionnelles	MSP; MI; MAS; ONG thématiques ; SNU

➤ **Effet 3.3.** Les intervenants institutionnels ou autres adoptent des comportements respectueux des droits humains, excluant les différentes formes de stigmatisation et de discrimination, dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida:

⇒ Situation actuelle : Pas de satisfaction des populations cibles (vulnérables, clés, migrants et déplacés) du respect de leurs droits par les intervenants;

⇒ Cible en fin 2016 : Les populations cibles (vulnérables, clés, migrants et déplacés) sont satisfaites du respect de leurs droits par les intervenants.

⇒ TABLEAU : Produits, intervenants et domaines prioritaires

<i>Indicateurs de produits</i>	<i>Situation de base</i>	<i>Cible en fin 2016</i>	<i>Moyen de vérification</i>	<i>Domaines prioritaires d'action</i>	<i>Intervenants</i>
<b>Produit 3.3.1 : Des codes éthiques respectant les droits et la dignité de la personne sont révisés ou élaborés par les tous les intervenants dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida</b>					
Des codes éthiques sont révisés ou élaborés et accessibles pour chaque groupe d'intervenants	Non	Oui	Des codes éthiques révisés ou élaborés	-Plaidoyer - Révision/Elaboration de codes éthiques -Diffusion des textes	Conseils des ordres; MJ; MI; MAS; MSP; ONG; médias; SNU

<i>Produit 3.3.2 : Les intervenants sont formés et sensibilisés aux principes éthiques respectant les droits et la dignité de la personne dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida</i>					
Les intervenants dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida connaissent les principes éthiques	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	Rapports d'activités	- Plaidoyer / Formation ciblées -Diffusion des textes	Ministères impliqués, ONGs thématiques, SNU
Les intervenants sont formés et sensibilisés sur la prévention de la violence basée sur le genre	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	Rapports d'activités	-Plaidoyer / Formation ciblées -Diffusion des textes	Ministères impliqués, ONGs thématiques, SNU

#### 4.4. Axe stratégique 4 : Mise en place de mécanismes de la riposte à l'infection par le VIH/sida efficaces et durables.

##### 4.4.1. Résultats d'effets, produits, domaines prioritaires et principaux intervenants

➤ **Effet 4.1.** Le leadership, La coordination et le partenariat sont renforcés :

⇒ Situation actuelle : La coordination intersectorielle n'est pas efficace;

⇒ Cible en fin 2016 : La coordination intersectorielle est réelle et efficace.

⇒ TABLEAU : Produits, intervenants et domaines prioritaires

<i>Indicateurs de produits</i>	<i>Situation de base</i>	<i>Cible en fin 2016</i>	<i>Moyen de vérification</i>	<i>Domaines prioritaires d'action</i>	<i>Intervenants</i>
<i>Produit 4.1.1 : Le Comité National de Lutte contre le Sida est renforcé sur le plan institutionnel et opérationnel</i>					
Les textes régissant le CNLS sont actualisés et publiés (mission, composition et organisation)	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	-Texte régissant la composition du CNLS	-Plaidoyer -Révision des textes -Adoption et publication	-MSP
Nombre de réunions annuelles du CNLS		<b>2</b>	-Rapports d'activités du CNLS -PV des réunions	-Tenue des réunions	-MSP/CNLS
Le financement est mobilisé et évalué annuellement	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	-Rapports financiers -Revue des dépenses en matière de lutte contre le VIH/sida	-Plaidoyer	-MSP/CNLS; SNU
<i>Produit 4.1.2 : Le PNLS/MST est renforcé au niveau central et régional</i>					
Le PNLS/MST assure le pilotage et la coordination de la riposte	<b>+/-</b>	<b>Oui</b>	-Rapports d'évaluation à mi-parcours et à la fin	-Plaidoyer -Recrutement et formation de personnels -Acquisition de moyens matériels	MSP; SNU

-Nombre de réunions régulières de suivi tenues avec chacun des Comités du CNLS	0	10 (2 par an et par comité)		-Tenue des réunions régulières -Mise en place de réseaux de partage d'information -Supervision	MSP; SNU
<b>Produit 4.1.3 : La coordination et le partenariat entre les différents intervenants (gouvernement, société civile, secteur privé) est réorganisée au niveau central et régional</b>					
Une charte de coordination entre les différents partenaires est adoptée	Non	Oui	-Texte officiel (circulaire) ou interne au programme -PV de réunions	-Plaidoyer -Elaboration et adoption de charte	MSP; SNU; ONG
<b>Produit 4.1.3 : La coordination et le partenariat entre les différents intervenants (gouvernement, société civile, secteur privé) est réorganisée au niveau central et régional</b>					
Une cartographie/matrice opérationnelle de prestation est adoptée et mise en œuvre	Non	oui	-PV de réunions	-Plaidoyer -Etude et adoption de la cartographie/matrice opérationnelle	MSP; SNU; ONG
Nombre d'ONG bénéficiant de renforcement de capacités humaines et matérielles	3	15 (thématiques ou non)	-Rapports de suivi	- Plaidoyer - Formation - Acquisition de matériels	MSP; SNU; ONG
<b>Produit 4.1.4 : Le secteur de soins de libre pratique est impliqué dans le programme</b>					
Nombre de prestataires de LP (médecins, dentistes, pharmaciens, paramédicaux) informés /formés		1 000	Rapport de d'information et de formation	-Formation (FAD...)	MSP; Conseils des ordres et organismes professionnels
<b>Produit 4.1.5 : La stratégie de promotion du préservatif est mise en œuvre</b>					
Nombre de distributeurs de préservatifs mis en place et fonctionnels dans les lieux publics		1 000	Rapports de supervision Enquêtes auprès des populations cibles	-Plaidoyer -Acquisition et mise en place de distributeurs	-MSP; autres Ministères; SNU; ONG

➤ **Effet 4.2.** La riposte au VIH/sida est intégrée dans le système de santé:

⇒ Situation actuelle : Faible coordination

⇒ Cible en fin 2016 : Bonne coordination



⇒ TABLEAU : Produits, intervenants et domaines prioritaires

Indicateurs de produits	Situation de base	Cible en fin 2016	Moyen de vérification	Domaines prioritaires d'action	Intervenants
<b>Produit 4.2.1 : Les activités du PNLS sont coordonnées avec le programme de LAT</b>					
Nombre de réunions communes PNLS/PNLAT	0	2	Rapports d'activités	-Tenue de réunions	MSP
Directives écrites sur le dépistage et traitement de la TBC-VIH/sida	Non	Oui	PV de réunion Note diffusée	-Elaboration et adoption des directives	MSP
<b>Produit 4.2.2 : La décentralisation des activités relatives à la riposte au VIH/sida est renforcée</b>					
Nombre de comités régionaux (CRLS) créés	0	24	Rapports d'activités	-Elaboration et adoption de textes -Tenue de réunions	-MSP
Nombre de régions disposant d'un plan opérationnel	0	24	Rapports d'activités	-Elaboration et adoption des plans opérationnels	-MSP
<b>Produit 4.2.3 : Un mécanisme d'assurance qualité est mis en œuvre en matière d'information, d'orientation, de dépistage, de prise en charge et ce pour les différents types de population</b>					
Référentiels élaborés, révisés et validés sur les différents services préventifs et curatifs offerts	40%	100%	-Disponibilité du document de procédure auprès du personnel -Enquête/entretien auprès du personnel	-Etudes/ documentation -Elaboration et adoption de référentiels	MSP; SNU; Sociétés savantes
Référentiels diffusés et formation des différents types d'intervenants	20%	70%	-Disponibilité du document de procédure auprès du personnel	-Diffusion des référentiels -Formation	MSP; SNU; Sociétés savantes
Degrés de satisfaction des bénéficiaires des services	?	50%	-Enquête/entretien avec le personnel et les consultants -Boite des plaintes	-Etudes	MSP; SNU
<b>Produit 4.2.4 : Le processus de la qualité pour la sécurité des soins dans le cadre de la riposte au VIH/sida au niveau national et régional est appuyé</b>					
Nombre d'outils sécurité de soins	50%	100%	-Disponibilité du document de procédure auprès du personnel	-Elaboration et diffusion d'outils sur la sécurité des soins	MSP
% de dons de sang dépisté au VIH	100%	100%	-Rapport des BS	Contrôle de qualité	MSP
% d'AELB correctement pris en charge	-	80%	-Rapports d'activité	-Elaboration et diffusion de directives de prise en charge des AELB -Mise à disposition de kits d'urgence	MSP
Nombre d'acteurs disposant de capacité en sécurité de soins	-	80%	Rapport de sessions de formation	-Elaboration et diffusion d'outils sur la sécurité des soins	MSP

➤ **Effet 4.3.** Le système de suivi et évaluation relatif à la riposte nationale au VIH/sida est fonctionnel

⇒ Situation actuelle : Système Suivi-Evaluation partiellement fonctionnel

⇒ Cible en fin 2016 : Système Suivi-Evaluation fonctionnel.

⇒ TABLEAU : Produits, intervenants et domaines prioritaires

<i>Indicateurs de produits</i>	<i>Situation de base</i>	<i>Cible en fin 2016</i>	<i>Moyen de vérification</i>	<i>Domaines prioritaires d'action</i>	<i>Intervenants</i>
<b>Produit 4.3.1 : Le personnel impliqué dans le système national de suivi/évaluation mis en place est formé et supervisé aux niveaux central, régional et local.</b>					
Nombre de personnels formés	30	100	Rapport	Formation	MSP
Nombre de supervisions réalisées	National : 2	National : 24 Régional : 12	Rapport	-Acquisition de moyens nécessaires -Supervisions	MSP
<b>Produit 4.3.2 : Le système de recueil des données (épidémiologiques, de prise en charge et gestionnaires) est révisé et fonctionnel</b>					
Guide de Suivi Evaluation mis à jour	Non	Oui	Document	Guide de S&E mis à jour	MSP
Le système d'information automatisé est fonctionnel	+/-	Oui	Observation et rapports	-Mise en fonction du système d'information automatisé	MSP; SNU
Le système de surveillance de deuxième génération est fonctionnel (enquêtes, recherche clinique, MoT, Observatoire,...)	3 enqu sérocomp / 3 ans	3 enqu sérocomp / 3 ans	Rapport set documents	-Etudes et recherche	-MSP; SNU; université; ONG
<b>Produit 4.3.3 : L'analyse des données recueillies et la rétro-information est réalisée de manière périodique</b>					
Nombre de personnels formés en suivi-évaluation	100	600	Rapports	Formation	MSP
Rapports diffusés et-Indicateurs de base de la riposte au VIH disponibles	Non	Oui	Rapports et documents	-Elaboration et publication des données	MSP; SNU
Evaluation à mi-parcours et finale du programme			Rapport	Evaluation	
<b>Produit 4.3.4 : La recherche opérationnelle dans le cadre du programme est renforcée</b>					
Nombre de recherches réalisées (exp pilotes ou modèles)		20	Recherches réalisées	-Etudes et recherche	MSP; SNU; Universités
Nombre de recherches publiées	0	20	Documents	-Publication des rapports d'études et recherche	MSP; SNU; université

## 5. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA REPONSE NATIONALE

### 5.1. Secteurs d'intervention

Trois groupes d'intervenants seront impliqués dans les différentes étapes de planification, de mobilisation des ressources, de mise en œuvre et de S&E ; il s'agit :

- Des intervenants gouvernementaux répartis en deux groupes : les intervenants du Ministère de la Santé Publique et les intervenants des autres Ministères et institutions gouvernementales ;
- Des intervenants de la société civile représentés essentiellement par les ONG - thématiques et non thématiques - et les associations et groupe de soutien des PVVIH ;
- Des Partenaires techniques et financiers, en particulier le Système des Nations Unies (SNU).

#### 5.1.1. Ministère de la Santé Publique

##### *Direction des Soins de Santé de Base*

Elle assure le secrétariat du CNLS par l'intermédiaire du PNLS qui est également responsable de la coordination technique des principales activités du programme. Le Programme National de Lutte contre le sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles (PNLS/MST) a été mis en place en 1987, avec pour objectifs la prévention de l'infection à VIH et la réduction de l'impact psychosocial sur les personnes vivant avec le VIH/ sida et de leur famille. En 1998, une nouvelle composante « La prise en charge des MST curables selon l'approche syndromique » a été intégrée dans le programme. Depuis la création de ce programme, six plans à moyen terme ont été élaborés et exécutés, le dernier plan d'action à moyen terme couvre la période allant de 2006 à 2010 auquel un plan d'action a été élaboré et exécuté pour couvrir 2011 qui est restée couverte principalement par les activités du Fonds mondial du round 6 . Les principaux domaines d'intervention du PNLS/MST concernent : i) la prévention de la transmission du VIH ; ii) la planification et gestion des activités IEC en collaboration avec les différents partenaires au PNLS/MST y compris la production et l'impression des différents supports éducatifs ; iii) la surveillance et suivi de la situation épidémiologique de l'infection à VIH/ sida ; iv) la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/ sida et leurs familles ; v) la prise en charge et contrôle des MST selon l'approche syndromique ; vi) la gestion et la fourniture des réactifs nécessaires pour le diagnostic, la confirmation des cas détectés sur tout le territoire du pays et le suivi biologique (CD4, CVP) chez les PVVIH au niveau des quatre sites de référence pour la prise en charge médicale y compris le contrôle de la qualité de ces réactifs ; vii) la gestion et fourniture des médicaments antirétroviraux (trithérapie), des médicaments contre les infections opportunistes et les médicaments nécessaires pour traiter les MST curables. Depuis le dernier plan (2006-2010), il assure le suivi-évaluation du programme avec l'appui de l'Unité de suivi et évaluation du Fonds Mondial, mais il nécessite d'avantage de renforcement institutionnel sur le plan des ressources humaines notamment.

### *Autres directions et institutions sous tutelle*

- La Direction Générale de la Santé (DGS) est la direction qui est en charge de l'ensemble des programmes techniques du MSP et qui donne les orientations générales du MSP sur les différents dossiers de la santé. Le Directeur général de la santé assure également la présidence du CNLS.
- La Direction Générale des Structures de Santé Publiques – Ex-Direction de la Tutelle des Hôpitaux – est en charge des différentes catégories d'hôpitaux (hôpital de circonscription, hôpital régional, hôpital universitaire). Les 4 services de prise en charge des PVVIH de Tunis, Sousse, Monastir et Sfax dépendent de cette structure.
- La Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire (DMSU) est impliquée dans les activités de communication pour les jeunes scolarisés.
- La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) est chargé de l'importation des médicaments et autres produits pharmaceutiques (réactifs,...) pour le MSP.
- La Direction de la Coopération Techniques (DCT) est chargée de la coopération bilatérale et multilatérale en santé.
- L'Office National de la Famille et de la Population (ONFP), sous tutelle du MSP, est en charge de l'importation des préservatifs en Tunisie dans le cadre de son programme de planification familiale ; il est le Bénéficiaire Principal de la subvention du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2006, Round 6).

### **5.1.2. Les principaux autres ministères impliqués**

Ministère	Public cible	Types d'activités
Ministère des Affaires Sociales (MAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Milieu professionnel</li> <li>- Jeunes des quartiers défavorisés fréquentant les Centre de Défense et d'Intégration Sociale</li> <li>- PVVIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités de communication</li> <li>- Activités de prévention de proximité</li> <li>- Soutien social aux PVVIH</li> </ul>
Ministère des Affaires de la Femme (MAF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisations féminines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités de communication</li> <li>- Activités de prévention de proximité</li> </ul>
Ministère de la Défense Nationale (MDN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeunes recrues militaires</li> <li>- Militaires en mission</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités de communication</li> <li>- Activités de prévention de proximité</li> <li>- Protection sanitaire</li> </ul>
Ministère de l'Intérieur (MI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnel du MI</li> <li>- Populations clés (TS, HSH, UDI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités de communications</li> <li>- Activités liées au respect de la loi</li> </ul>
Ministère de la Justice (MJ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Détenus</li> <li>- Services médicaux du MJ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités de communication</li> <li>- Activités de prévention de proximité</li> </ul>

	- Populations clés (TS, HSH, UDI) et PVVIH	- Plaidoyer visant la révision des textes de lois discriminatoires
--	--------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

Ministère	Public cible	Types d'activités
Ministère de la Jeunesse et des Sports (MJS)	- Jeunes des milieux scolarisés ou non scolarisés	- Activités de communication - Activités de prévention de proximité - Promotion de la santé
Ministère du Commerce et du Tourisme (MCT)	- Personnels d'établissements à caractère touristique	- Activités de communication - Activités de prévention de proximité - Mise en place de distributeurs de préservatifs
Ministère de l'Education Nationale (MEN)	- Jeunes scolarisés de 15 à 19 ans	- Activités de communication - Activités de prévention de proximité - Promotion de la santé
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MERS)	- Jeunes étudiants (de 20 à 24 ans)	- Activités de communication - Activités de prévention de proximité - Promotion de la santé
Ministère de la Formation Professionnelle et de l'Emploi (MFPE)	- Jeunes en formation professionnelle - Jeunes en attente d'un emploi	- Activités de communication - Activités de prévention de proximité - Promotion de la santé
Ministère des Affaires Religieuses (MAR)	- Imams des mosquées	- Activités de communication (prêche religieuse)

### 5.1.3. Les Organismes de la société civile

#### Associations thématiques de lutte contre le VIH/sida

Ces organisations ont des activités dirigées vers tous les types de populations ayant un comportement à risque, bien que certaines ont un focus plus important pour telle ou telle catégorie de population à risque.

Organismes	Public cible	Sites d'intervention
Association Tunisienne de Lutte contre les MST et le SIDA (ATL-MST/Sida)	- TS - HSH - UDI	- National
Association Tunisienne d'Information et	- Population carcérale (détenus)	- Tunis et nord du pays

d'Orientation su le Sida (ATIOS)	- UDI	
Association Tunisienne de Prévention de la Toxicomanie (ATUPRET)	- UDI - TS	- National
Groupe de Soutien des PVVIH	- PVVIH	Remarque : en cours de mise en place
Association « RAHMA »	- PVVIH	- National
Association « MANARA »	- UDI	- Nord du pays

#### *Associations non thématiques*

Organismes	Public cible	Sites d'intervention
Croissant Rouge Tunisien	- Population générale	- National
Association Tunisienne de Promotion du Don de Sang (ATPDS)	- Population générale	- National
Mouvement des Scouts tunisiens	- Population générale	- National
Jeunesse scolaire (JS)	- Jeunes scolarisés	- National
Ligue Tunisienne des Droits de l'Homme (LTDH)	- PVVIH - Populations clés (TS, HSH, UDI)	- National (garantir le respect des droits humains et la non discrimination)

#### **5.1.4. Les Partenaires techniques et financiers**

Le Système des Nations Unies (SNU) soutient la riposte nationale par l'intermédiaire de l'appui technique de l'ONUSIDA ainsi qu'au soutien des autres agences (PNUD, UNFPA, UNICEF, OMS,...). Le Bureau de l'ONUSIDA contribuera avec les partenaires à l'appui technique à l'opérationnalisation et à l'exécution du plan de travail, et sera membre de toutes les structures de gestion du présent programme (Comité de Pilotage et comités techniques).

Par ailleurs, le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA a soutenu le PSN durant la période 2006-2010 au niveau programmatique et gestionnaire notamment par la mise en place d'un Country Coordinating Mechanism (CCM) dont la plupart des institutions membres figurent dans la composition du CNLS. Il faudrait cependant veiller à distinguer les attributions des uns et des autres, le CNLS devant rester le coordinateur principal de la riposte nationale, et le CCM veillant spécifiquement sur les activités financées par le GFTAM.

##### *5.1.4.1. Dispositif de coordination*

###### *A. Au niveau National*

- Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS)

Institué depuis le début de l'épidémie et mis sous la tutelle du Ministre de Santé, il reste l'organisme de coordination et de mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte contre

le Sida avec l'appui de plusieurs partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux. Il comprend quatre sous comités : i) le s\comité « Information, Education, Communication » ; ii) le s\ comité « Suivi de la situation épidémiologique » ; iii) le s\ comité « Prise en charge médicale et psycho-sociale des PVVIH » ; iv) le s\comité « Ethique et législation ».

Sous la présidence du Directeur de la Santé, ce comité se réunira deux fois par an pour valider les Plans de Travail et donner les orientations stratégiques, examiner l'état d'avancement des plans et/ou le réviser, assurer la coordination entre les différentes structures impliquées. La préparation et l'organisation des réunions de ce comité sera assurée par la DSSB à travers le PNLS.

- Le Secrétariat du CNLS

Sous la responsabilité de la DSSB, le PNLS assure le Secrétariat du CNLS ; dans ce cadre, il assure la Coordination technique de la planification, de la mobilisation des ressources, de la mise en œuvre et du S&E ; il établit un rapport mensuel de l'état de la riposte nationale qu'il transmet au CNLS et en fait la rétro-information aux principaux acteurs de la riposte nationale.

- Le Comité de Pilotage Central (CPC)

Ce Comité rassemble les principaux acteurs de la riposte (organisations gouvernementales, ONG thématiques, SNU). Le comité se réunit une fois par trimestre, sous la présidence du PNLS ; ce comité inclura un point focal de chacune des principales structures représentées au comité national, ainsi que des experts/consultants selon les besoins. Le CPT se réunit trimestriellement pour (i) faire le bilan du plan de travail annuel, (ii) préparer les Plan de Travail Trimestriel (PTT) conduits par le niveau central et (iii) valider les plans de travail régionaux (soumis par les Comités Techniques Régionaux). La préparation et l'organisation des réunions du CPC sont assurées par le PNLS.

#### *B. Pour le Financement du GFTAM*

Le Country Coordinating Mechanism a été le principal mécanisme de coordination au cours de la période passée (2007-2012) assurant le suivi du principal financement extérieur du PSN durant cette période, celui du GFTAM.

Pour la période 2012-2016, le CCM continuera à assurer la coordination et le suivi stratégique des subventions du GFTAM, en collaboration avec le CNLS (en ce qui concerne le sida) et le CNLT (en ce qui concerne la tuberculose). Des passerelles fonctionnelles seront développées entre ces entités de coordination et de suivi dont la première – le CCM – se limitera aux activités du « projet GFTAM » alors que le CNLS et le CNLT coordonneront respectivement l'ensemble du Programme de lutte contre le VIH/ sida et de la tuberculose.

#### *C. Au niveau intermédiaire : le Comité Régional de Lutte contre le Sida (CRLS)*

Au niveau régional, un comité technique sera mis en place dans le cadre du Conseil Régional en collaboration avec la Direction Régionale de Santé ainsi que les principaux acteurs OG et ONG du Gouvernorat, ainsi que la société civile. Le CRLS se réunira mensuellement pour faire le bilan des PTA régionaux et préparer les Plans de Travail Trimestriels Régionaux ; il transmet au CPC et au CNLS, avec copie au PNLS, les rapports mensuels qui intégreront les rapports trimestriels nationaux.

## 6. FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL

### 6.1. Méthode d'estimation des ressources financières nécessaires

Pour une plus grande précision dans l'estimation de ces ressources et afin de lier – de manière dynamique – les ressources nécessaires aux résultats escomptés, un modèle de calcul fut développé par l'Equipe technique nationale avec l'aide des deux consultants (national et international).

Ce modèle de calcul, développé sur Excel, se base essentiellement sur une estimation des coûts unitaires nécessaires à la production d'une unité de résultat et qui sont par la suite multipliés par la cible annuelle en terme de produits attendus.

Ainsi, pour les axes d'action (Axes 1 et 2), le lien est directement maintenu entre cibles de couverture (ex : MSM dépistés ou PVVIH traitée) et ressources financières nécessaires ; cependant, pour les deux axes d'appui (Axes 3 et 4), le coût est lié au produit qui est transversal pour les actions de prévention et de prise en charge, et donc plus liés à des actions transformées en produits.

### 6.2. Budget prévisionnel global

Pour l'atteinte des résultats, les ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre du PSN 2012-2016 sont estimées à **61,25** millions de dinars tunisiens, soit l'équivalent de 43.75 millions de dollars US.

**Tableau 4 : Budget prévisionnel global par an (en dinars tunisiens)**

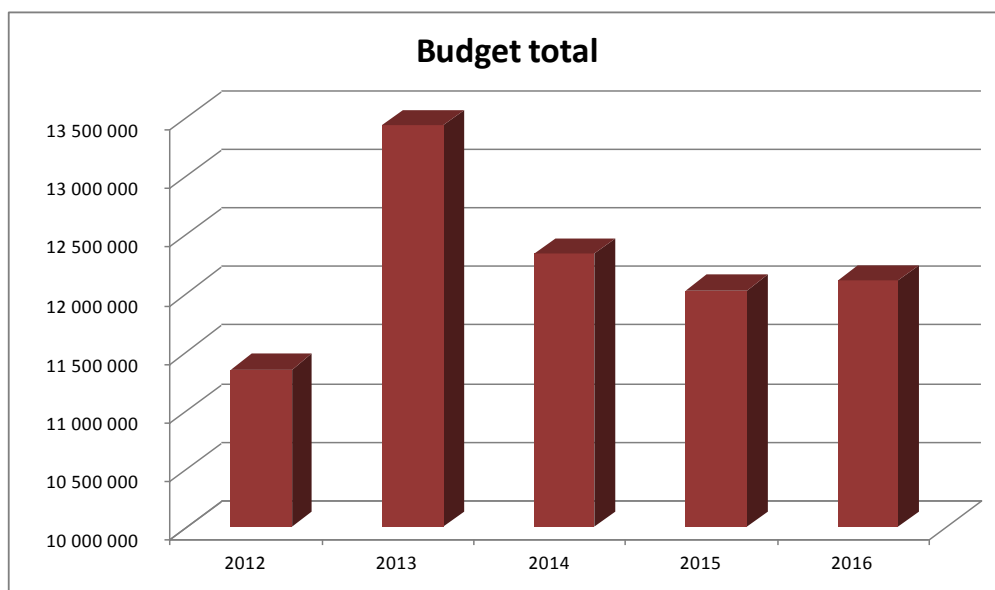
	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
<i>Budget total</i>	11 344 783	13 437 875	12 338 849	12 023 796	12 109 412	<b>61 254 715</b>
<i>Progression</i>		18%	-8%	-3%	1%	

Pour 2012, année déjà entamée, le montant proposé couvre, essentiellement, les aspects indispensables au démarrage effectif de la mise en œuvre du PSN grâce, entre autres, à la mise à échelle d'activités démarrées lors du PSN précédent et jugées efficaces, et l'engagement d'investissements de base indispensables.

Au vu de la période nécessaire à la mobilisation des ressources et à la mise à disposition effective des fonds, et les délais incompressibles liés à ces investissements, il a été jugé plus prudent de rester modeste en termes d'ambitions de couvertures lors de la première année, ce qui explique le niveau sensiblement plus bas que les autres années. L'année suivante, une importante progression (de 18% environ) devra permettre de renforcer et compléter les investissements opérés lors de l'année précédente et permettant ainsi une mise à échelle effective et totale des principales interventions retenues prioritaires en conformité avec les engagements d'accès universel (UNGASS).



**Figure 2 : Budget prévisionnel global par an (en milliers de DT)**



Pour le reste de la période, le non renouvellement des gros investissements aurait du être à l'origine d'une importante réduction des financements annuels ; mais, l'augmentation attendue de l'utilisation des services mis à échelle lors des deux années précédentes viendrait rehausser le financement nécessaire, avec même une reprise de la croissance annuelle du budget perceptible à la 5e année (+1%).

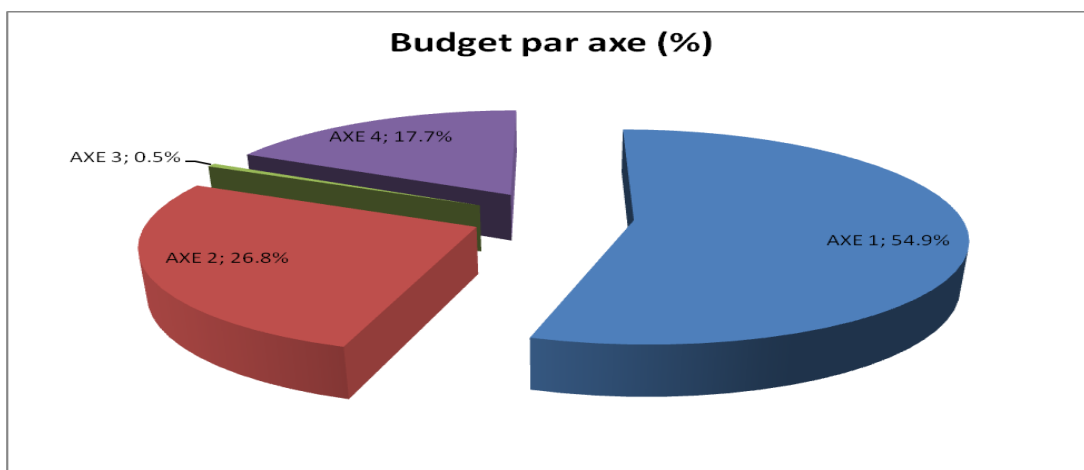
### 6.3. Budget prévisionnel par axe stratégique et par effet

**Tableau 5 : Budget prévisionnel par axe stratégique et par an (en dinars tunisiens)**

	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL 5 ANS
<b>Axe 1 : Réduction des nouvelles infections</b>	6 053 436	6 787 169	6 550 750	6 492 690	6 470 462	32 354 506
<b>Axe 2 : Accès Universel au traitement, soins et soutien des PVVIH</b>	2 737 413	3 805 148	3 847 542	3 372 474	3 700 267	17 462 844
<b>Axe 3 : Cadre juridique et promotion des droits humains</b>	59 410	58 358	36 808	50 808	36 808	242 190
<b>Axe 4 : Mise en place d'une riposte efficiente et durable</b>	2 494 525	2 787 200	1 903 750	2 107 825	1 901 875	11 195 175
<b>TOTAL</b>	11 344 783	13 437 875	12 338 849	12 023 796	12 109 412	61 254 715

La répartition du budget prévisionnel global des 5 ans par axe stratégique montre une large prépondérance de l'axe relatif à la réduction des nouvelles infections au VIH/sida, avec 52.8% du budget total (des 5 ans); ce qui est en totale cohérence avec la vision de la réponse mettant l'accent sur la prévention dans un contexte d'épidémie limitée, avec risque de transition à une épidémie de type concentrée.

**Figure 3 : Parts relatives du budget prévisionnel global (sur 5 ans) par axe**



En effet, au vu du nombre d'interventions visant en particulier les groupes à haut risque mais aussi les groupes vulnérables et le niveau de couverture attendu en particulier chez les MARPs (53.9% du budget de l'axe1), il est tout à fait normal d'orienter la grande partie de ce financement vers cet axe afin d'arrêter la progression de l'épidémie et éviter au pays le passage à une épidémie concentrée ou même généralisée beaucoup plus coûteuse en terme de prise en charge des personnes infectées et affectées sans compter son lourd tribut social et économique.

En deuxième position, les coûts prévisionnels nécessaires au traitement, soins et soutien des personnes infectées et affectées par le VIH avec plus de 28.5%, suivis des coûts de gestion qui ont été maintenus à un niveau acceptable (environ 18.5%) garantissant ainsi une efficacité à la réponse nationale ; il faut cependant noter que ces coûts « de gestion de la réponse » ne prennent pas en compte les coûts de base dépensés par l'Etat tunisien en termes d'infrastructures (sanitaires, administratives et autres), de salaires des personnels impliqués en particulier dans la prise en charge et de coûts de fonctionnement communs avec d'autres programmes sectoriels.

Le budget prévisionnel nécessaire à l'axe 3 (cadre juridique et promotion des droits humains) reste limité (0.4%) car il s'agit d'abord de mesures institutionnelles à prendre et qu'il faudra accompagner et appuyer tant du côté des décideurs et prestataires que du côté des bénéficiaires eux mêmes.

Pour mieux comprendre ces variations, le tableau ci-dessous détaille ces budgets prévisionnels en fonction des résultats attendus des différents axes stratégiques.

**Tableau 6 : Budget prévisionnel par résultat d'effet et par an (en dinars tunisiens)**

	2012	2013	2014	2015	2016		TOTAL
<i>Effet 1.1.</i>	2 902 359	2 768 374	2 741 202	2 742 841	2 744 492		13 899 268
<i>Effet 1.2.</i>	249 951	236 951	176 951	176 951	176 951		1 017 757
<i>Effet 1.3.</i>	2 901 125	3 781 844	3 632 597	3 572 898	3 549 018		17 437 481
<b>Total Axe 1</b>	<b>6 053 436</b>	<b>6 787 169</b>	<b>6 550 750</b>	<b>6 492 690</b>	<b>6 470 462</b>		<b>32 354 506</b>
<i>Effet 2.1.</i>	2 305 013	3 304 598	3 359 342	2 831 374	3 106 267		14 906 594
<i>Effet 2.2.</i>	196 750	192 750	173 500	173 500	173 500		910 000
<i>Effet 2.3.</i>	235 650	307 800	314 700	367 600	420 500		1 646 250
<b>Total Axe 2</b>	<b>2 737 413</b>	<b>3 805 148</b>	<b>3 847 542</b>	<b>3 372 474</b>	<b>3 700 267</b>		<b>17 462 844</b>
<i>Effet 3.1.</i>	34 850	33 850	15 300	29 300	15 300		128 600
<i>Effet 3.2.</i>	-	7 948	7 948	7 948	7 948		31 790
<i>Effet 3.3.</i>	24 560	16 560	13 560	13 560	13 560		81 800
<b>Total Axe 3</b>	<b>59 410</b>	<b>58 358</b>	<b>36 808</b>	<b>50 808</b>	<b>36 808</b>		<b>242 190</b>
<i>Effet 4.1.</i>	2 457 825	2 451 200	1 795 950	1 800 825	1 807 075		10 312 875
<i>Effet 4.2.</i>	19 350	61 350	19 350	19 350	19 350		138 750
<i>Effet 4.3.</i>	17 350	274 650	88 450	287 650	75 450		743 550
<b>Total Axe 4</b>	<b>2 494 525</b>	<b>2 787 200</b>	<b>1 903 750</b>	<b>2 107 825</b>	<b>1 901 875</b>		<b>11 195 175</b>
<b>TOTAL</b>	<b>11 344 783</b>	<b>13 437 875</b>	<b>12 338 849</b>	<b>12 023 796</b>	<b>12 109 412</b>		<b>61 254 715</b>

Ce tableau permet de mieux comprendre l'importance relative des actions prévues en termes de budget :

- ♦ Pour le premier axe stratégique, le budget prévisionnel sera en priorité (pour plus de 53.9% du budget de l'axe1) orienté vers les actions ciblant les MARPS (Effet 1.3) pour les arguments cités plus haut et en conformité aux dernières orientations de l'ONUSIDA ;
- ♦ Pour le deuxième axe stratégique, le gros du budget prévu pour l'axe (plus de 85.4% de l'axe2) servira aux traitements et aux soins des PVVIH (Effet 2.1) ; les investissements

prévus pour le renforcement des plateaux techniques, l'introduction de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne et la prise en charge des hépatites B et C chez les PVVIH expliqueraient ce niveau élevé ;

- ♦ Pour le 3<sup>e</sup> axe stratégique, c'est l'effet 3.1 (mise en place du cadre juridique adapté à tous les contextes et connus par tous) qui se taille, à juste titre la grande part (pour plus de 53.1% du budget de l'axe3) ;
- ♦ Pour le quatrième axe – ou axe transversal d'appui – la quasi-totalité du budget prévu pour l'axe (plus de 92.1%) servira à renforcer le leadership, la coordination et le partenariat de la riposte nationale, ce qui répond effectivement aux résultats des analyses d'efficacité de la réponse effectuées auparavant ; le niveau bas de l'effet 4.3 (suivi- évaluation : 6.6%) ne reflète pas totalement la réalité de l'allocation vu que les d'information ont été plutôt prévus dans le renforcement global du leadership, de la coordination et du partenariat (effet 4.1.).

#### 6.4. Schéma de financement et stratégie de mobilisation des ressources

Le budget global estimé pour les 5 années s'élève à 61.2 millions de DT, soit 43.7 millions USD, pour la période 2012-2016. Le financement national devra essentiellement couvrir les dépenses relatives à la prévention (une partie de l'axe 1), ainsi que la presque totalité de la prise en charge médico-sociale et juridique des PVVIH (Axe 2 et Axe 3) et une partie de « l'axe 4 » (gestion et suivi/évaluation).

Cependant, et en raison des contraintes de financement liées à la conjoncture nationale et internationale, une *stratégie de priorisation des activités* devraient être réalisées pour la période 2012-2016, en tenant compte des fonds disponibles et des ressources mobilisables à court et moyen terme.

Ainsi, le reliquat des fonds octroyés pour le Round 6 du Fonds Mondial (1.8 millions USD) sera attribué aux activités les plus prioritaires pour la période septembre 2012 février 2013 ; de même, la demande de la Tunisie pour le mécanisme transitoire de financement (MTF) du fonds mondial pour les années 2013-2014 (5 millions USD) devra également couvrir les activités prioritaires les plus efficaces, tenant compte du bilan antérieur ainsi que de la connaissance de l'état actuel de l'épidémie. Cette épidémie évolue en effet vers une épidémie de type concentrée auprès des groupes ayant des comportements les plus à risques (MARPS), comme l'indique les résultats préliminaires de l'équipe qui a travaillé sur le Modèle MoT national décrivant un scénario des modes de transmission de l'infection à VIH en Tunisie, en janvier-février 2012 : l'équipe estime ainsi que pour les 2 à 3 prochaines années, près de 80% des nouvelles infections affecteront les MARPS, dans le grand Tunis et les régions à forte mobilité (côtières et frontalières), et notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), les usagers de drogues intraveineuses (UDI), et les travailleuses de sexe (TS).

Par ailleurs, des efforts additionnels internes seront nécessaires pour déterminer les actions et mesures complémentaires qui donneront une plus grande efficacité à la réponse nationale.

## **7. STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION**

### **7.1. Stratégie de mise en œuvre de la réponse nationale**

#### **7.1.1. Opérationnalisation du PSN**

L'opérationnalisation du PSN se basera sur le plan opérationnel qui a été élaboré de manière participative avec les principaux partenaires impliqués, en identifiant les activités à réaliser par domaines prioritaires d'action pour chaque population cible et les ressources nécessaires.

Ainsi, à la suite de la validation du PSN et de son plan de suivi et évaluation, une stratégie de mobilisation des ressources sera mise en œuvre en vue (i) d'obtenir des engagements de principes pour le financement de cette stratégie, avec quand c'est possible des engagements précis et fermes autour de niveaux de financement et (ii) de dégager les principaux défis et enjeux de la mise en œuvre effective de ce PSN.

Parallèlement, le PSN a servi de base à l'élaboration du Plan Opérationnel 2012-2014 incorporant son plan de suivi et évaluation avec la participation des différents acteurs de la Riposte nationale ; ce plan opérationnel a été décliné en plans sectoriels par intervenant ou groupe d'intervenant et par niveau où chaque partenaire a déterminé son champ d'intervention et les activités qu'il se chargera d'accomplir, ainsi que les ressources nécessaires à leur accomplissement.

#### **7.1.2. Gestion des ressources**

La gestion des ressources respectera les normes nationales et internationales de gestion comptable et financière. A cet effet, les procédures de gestion seront basées sur les manuels de procédures disponibles ou qui seront élaborés à la faveur notamment des conventions, ainsi que les protocoles qui seront signés entre les partenaires techniques et financiers (PTF) et les acteurs nationaux.

Des unités de gestion administrative et financière seront mises en place et/ou renforcées au sein du PNLS et des principaux acteurs de la société civile afin de garantir une transparence totale dans la gestion de l'ensemble des ressources, et d'assurer une transmission des informations relatives à l'exécution financière des fonds mobilisés, tant au niveau national qu'international.

### **7.2. Stratégie de suivi évaluation de la réponse nationale**

#### **7.2.1. Fondements et composantes du Système national de suivi-évaluation**

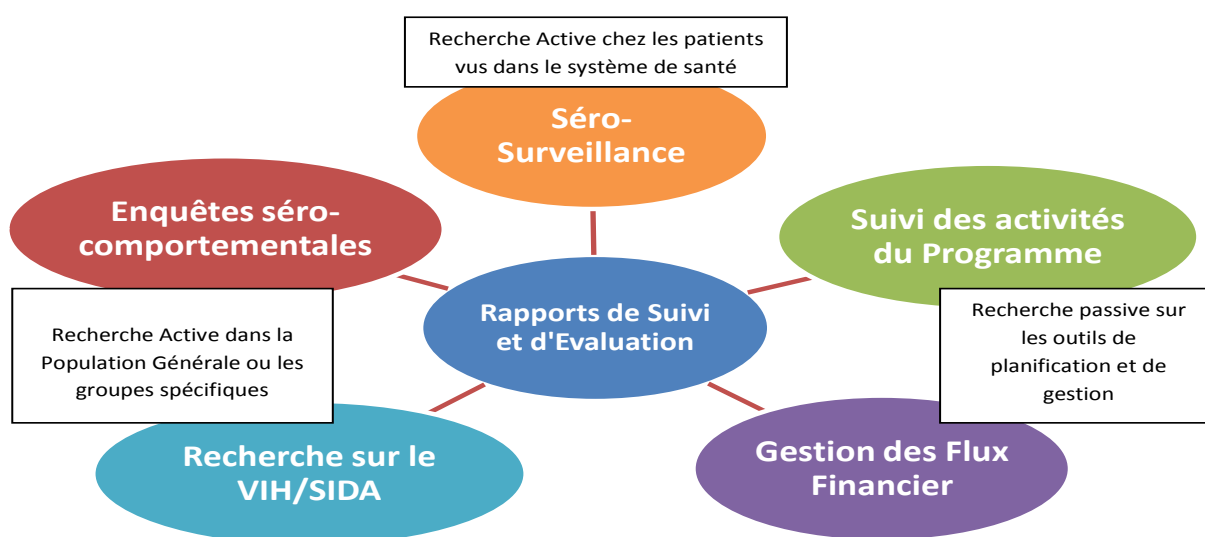
La stratégie de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du Plan stratégique national de lutte contre le VIH/ sida et les IST (2012-2016), nécessite la mise en place d'une gestion performante de l'information stratégique en conformité avec les Directives internationales en matière de mise en application des trois principes ou « Three Ones ».

Ce système de suivi et évaluation s'intégrera au Cadre institutionnel de coordination et de mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/ sida. L'opérationnalisation de ce système de suivi et évaluation nécessitera de relever les défis relatifs (i) à la capacité de planification, de collecte, de gestion, d'analyse et d'utilisation des données et informations stratégiques, ainsi que (ii) la capacité de mise en place et de coordination effective du système d'information et de communication.

Le système de suivi et d'évaluation reposera sur cinq composantes satellites qui alimentent les rapports périodiques de suivi et d'évaluation.

- ✓ Deux relevant de la recherche active dans la population générale ou dans des groupes spécifiques :
  - Les enquêtes séro-comportementales
  - La recherche sur le VIH/ sida
- ✓ Un relevant de la recherche active auprès des patients vus dans le système de santé : la séro-surveillance
- ✓ Et deux relevant de la recherche passive sur les outils de planification et de gestion et permettant :
  - Le suivi des activités du Programme
  - Et la gestion des flux financiers.

**Figure 4 : Eléments du suivi évaluation**



## **7.2.2. Système national de suivi évaluation**

### **7.2.2.1. Les objectifs du système national de suivi et d'évaluation**

Le système national de suivi et évaluation vise à mettre à disposition des décideurs à tous les niveaux – en particulier le CNLS – l'information stratégique nécessaire à une prise de décision pertinente et efficiente. Pour cela, il s'agira de :

- ✓ surveiller le VIH, le sida et les IST à travers la notification des cas, la séro-surveillance et les enquêtes (études épidémiologiques) ;
- ✓ suivre et évaluer les connaissances, attitudes et comportements face à l'épidémie à travers les enquêtes répétées auprès de la population générale et des groupes cibles (études comportementales) ;

- ✓ suivre et évaluer dans le temps les efforts et le contexte du programme, et plus particulièrement :
  - suivre et évaluer la disponibilité et la qualité des services au niveau des formations sanitaires, centres CCDAG et les banques de sang (BS) à travers les rapports d'activités et les missions de supervision effectuées dans les structures concernées couplées parfois avec de légères enquêtes de satisfaction des bénéficiaires ;
  - assurer la pharmacovigilance par rapport au traitement du VIH du sida, à travers la surveillance et la documentation des effets secondaires et des résistances liés audits traitements ;
  - évaluer les progrès en matière de droits humains et de la dignité de la personne dans les différents contextes du VIH/sida ;
  - évaluer la prise en compte du genre et de l'équité dans les mécanismes et instruments qui seront développés pour la mise en œuvre des interventions ;
- ✓ suivre l'allocation et l'exécution des dépenses liées à la mise en œuvre des interventions.

#### 7.2.2.2. Les indicateurs

Ils serviront à mesurer les succès obtenus. Ils sont déterminés par axe stratégique et par niveau pour suivre la mise en œuvre des interventions et apprécier l'atteinte des résultats à court, moyen et long terme, respectivement formulés sous la forme d'indicateurs de produits, d'effets et d'impacts sur la base :

- des orientations du PSN 2012-2016 et de ses différents axes ;
- des recommandations internationales de l'UNGASS, du millénium et de l'accès universel.

Ainsi, ils permettront :

- de documenter les réalisations effectives (indicateurs de produits)
- de mettre en évidence les résultats obtenus des actions menées (indicateurs d'effets)
- et de mesurer les résultats à long terme des interventions sur l'évolution de l'épidémie (indicateurs d'impacts).

Les principaux indicateurs d'impact seront :

- Incidence du VIH au sein de la population générale
- Incidence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans
- Incidence et prévalence du VIH dans les populations clés (TS, HSH, UDI, détenus)
- Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus
- Taux de mortalité chez les PVVIH.

Les indicateurs d'effets et de produits sont intimement liés aux axes stratégiques et sont développés dans les tableaux ci-dessus.

### *7.2.2.3. Stratégies d'opérationnalisation*

L'opérationnalisation du système national de suivi évaluation du PSN 2012-2016 passera par :

#### *A. La révision du Guide de suivi évaluation*

Le Guide de suivi et évaluation constitue le document de référence élaboré en accompagnement du précédent Plan stratégique (2006-2010) ; il présente (i) le cadre unique de suivi et évaluation, (ii) les principaux acteurs de la lutte responsables du suivi, (iii) les procédures et outils, (iv) l'assurance qualité du système de S&E et (v) le traitement de l'information.

Suite à l'élaboration du nouveau PSN 2012-2016, il s'avère nécessaire de procéder à la révision de ce Guide pour l'adapter davantage (i) aux priorités stratégiques, (ii) au nouveau cadre institutionnel et organisationnel et (iii) aux résultats en conformité avec la nouvelle chaîne de résultats.

#### *B. La dynamisation du Dispositif institutionnel de suivi évaluation*

Le dispositif prévu dans le Guide de S&E en vigueur sera revu pour mieux l'adapter au nouveau cadre institutionnel et au nouveau Programme national ; il s'agira aussi de mettre en application les mesures et réformes nécessaires pour une véritable dynamisation de ce dispositif afin que le système unique de S&E fonctionne comme prévu.

#### *C. L'élaboration et la mise en œuvre du Plan de S&E*

Les plans de S&E feront partie intégrante des Plans stratégique et opérationnel de lutte contre le VIH/SIDA ; c'est ainsi que les éléments de cette partie – Stratégie de suivi et évaluation – constitueront les bases du Plan stratégique de S&E 2012-2016 ; ce dernier sera mis en œuvre à travers un Plan opérationnel de S&E qui accompagnera le Plan opérationnel de lutte contre le VIH/SIDA 2012-2013.

#### *D. Le renforcement des capacités de suivi évaluation*

Pour assurer un S&E efficace, il sera nécessaire de renforcer les capacités humaines, matérielles et financières des entités en charge du S&E, et ce à tous les niveaux de la Réponse nationale.

C'est ainsi que l'Unité centrale de S&E au sein du PNLS sera renforcée par le recrutement et la formation de nouveaux cadres en plus de l'acquisition d'équipements et du développement d'outils informatiques appuyant la gestion du S&E.

Parallèlement, les unités chargées du S&E chez les différents secteurs – Ministère de la santé, autres Départements ministériels, Organisations de la société civile – et aux différents niveaux (central, régional, opérationnel) de la réponse nationale seront à leur tour renforcées et reliées à l'Unité central par des réseaux facilitant la circulation de l'information stratégique.

### *7.2.2.4. Mécanismes et instruments*

Le Plan stratégique de S&E permettra de définir avec exactitude les mécanismes et instruments du Système de S&E du PSN 2012-2016. C'est dans ce cadre qu'il définira :

- Les méthodes de collecte des données,
- Le circuit de l'information stratégique,



- L'assurance qualité de l'information stratégique,
- La diffusion et l'utilisation de cette information stratégique.

Ils se fondent sur les éléments opérationnels suivants :

- surveiller le VIH, le sida et les IST à travers la sérosurveillance, la notification des cas, et les enquêtes (études épidémiologiques) ;
- suivre et évaluer les connaissances, comportements sexuels et attitudes face à l'épidémie à travers les enquêtes répétées auprès de la population générale et des groupes cibles (études comportementales) ;
- suivre la variation des efforts et le contexte des programmes dans le temps et définir le profil du pays ;
- suivre et évaluer la disponibilité, l'accès, l'utilisation et la qualité des services de prévention et de prise en charge ;
- évaluer les progrès en matière de droits humains et de la dignité de la personne dans les différents contextes du VIH/SIDA ;
- faire en sorte que les mécanismes et instruments qui seront développés soient genres sensibles ;
- assurer la pharmacovigilance par rapport au traitement du VIH et des IST, à travers la surveillance et la documentation des effets secondaires liés audits traitements ;
- suivre les dépenses liées à la mise en œuvre des interventions ;
- promouvoir la recherche sur le VIH, le Sida et les IST.

Par ailleurs, l'application des mécanismes et instruments de S&E sera faite à travers la mise en œuvre du plan opérationnel du système national de suivi évaluation. Ceci permettra de prendre les dispositions aux plans technique et financier pour asseoir un système efficace de S&E.

#### *7.2.2.5. Dispositif institutionnel de suivi évaluation*

Les structures de coordination et d'exécution des activités de lutte contre le VIH, le sida et les IST sont également les acteurs du dispositif de suivi évaluation. En effet, ils ont des rôles et responsabilités à assumer en fonction des relations fonctionnelles et hiérarchiques entretenues entre les différents niveaux.

L'organisation du système national de S&E fait ressortir trois (03) niveaux de traitement de l'information qui assurent le suivi et la capitalisation de la mise en œuvre des activités de la réponse nationale.

##### *A. Le niveau local*

Il est constitué par les structures d'exécution sectorielles (santé, autres ministères, ONG) qualifiées d'intervenants sur le terrain. Leur rôle principal dans le cadre du suivi évaluation est de documenter ces activités par la production de compte rendu des activités, puis à travers les fiches de rapports qui leur sont soumises, de collecter les données primaires, nécessaires au calcul des indicateurs de base (intrants, produits).

### *B. Le niveau régional*

Celui-ci est représenté par les structures de coordination aux niveaux intermédiaire (régional, sous-sectoriel, projets). Elles sont chargées de centraliser, valider et synthétiser les données provenant du premier niveau pour les analyser, les transmettre tout en prenant les décisions qui s'imposent.

### *C. Le niveau national*

Ce dernier niveau est celui de la structure nationale de coordination représenté par le PNLS et son Unité centrale de S&E qui centralise l'ensemble des rapports, les analyse et les synthétise avant de les présenter au PNLS et/ou au CNLS pour prise de décision.

Ce niveau assure également la production de Rapports nationaux de S&E et d'autres formes de diffusion de l'information stratégique tout en garantissant la qualité des produits du système de S&E.

## **8. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES**

Comme la plupart des réponses au VIH, la riposte nationale est exposée à un certain nombre de risque dont l'importance pourrait compromettre l'atteinte des résultats fixés du fait du caractère multisectoriel de l'approche et de l'importance des ressources extérieures dans son financement. L'identification, l'analyse et la préparation de la gestion de ces risques constituent une nécessité pour l'atteinte effective des résultats escomptés. Ainsi, pour contrôler ces différents risques, il sera mis en place une stratégie de gestion de ces risques qui s'appuierait à la fois sur la prévention et le traitement de ces différentes situations ; le tableau ci-dessous permet de ressortir les principaux éléments de cette stratégie.

Le tableau ci-dessous synthétise les principaux risques et les hypothèses de solutions.

Risques identifiés	Mesures préventives	Mesures de gestion du risque
<b>Axe stratégique 1 : Réduction des nouvelles infections au VIH/sida par l'amélioration de l'Accès Universel à la prévention chez les populations vulnérables, et en particulier celles ayant des comportements à risque</b>		
Insuffisance d'acteurs pour couvrir les besoins de prévention chez les populations cibles	Encourager et soutenir la création de nouvelles ONG	Amener les institutions publiques à jouer ce rôle
Rupture de stock en réactifs et consommables de dépistage du VIH	Assurer une bonne gestion prévisionnelle des besoins et des stocks	Disposer de mécanismes de gestion de situation d'urgence
Insuffisance en personnels qualifiés en counseling et dépistage anonyme du VIH	Recruter sur des fonds pérennes des personnels qualifiés en counseling et dépistage anonyme du VIH	Donner des compétences à d'autres personnels de santé pour jouer ce rôle
Afflux massif des migrants et déplacés à la faveur de la détérioration de la situation politique dans la région		Mobiliser les institutions nationales et internationales (SNU) pour une réponse en urgence
Obstacles socioculturels à l'action de prévention chez les TS, les HSH ou les UDI et à l'utilisation au préservatif ou du matériel stérile d'injection	Renforcer les actions de sensibilisation de proximité (RdR)	
Obstacles institutionnels à l'action de prévention chez les TS, les HSH ou les UDI et face à l'accès au préservatif ou au matériel stérile d'injection	Plaidoyer auprès des plus hautes autorités, des institutions publiques et privées et des leaders religieux et communautaires	Faire intervenir le secteur de tutelle pour lever l'obstacle

Risques identifiés	Mesures préventives	Mesures de gestion du risque
<b>Axe stratégique 2 : Réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/sida par l'amélioration de l'Accès Universel au traitement, aux soins et au soutien des personnes vivant avec le VIH et de leur entourage affecté</b>		
Rupture de stock d'ARV et manque de disponibilité d'ARV dans des services de PEC	Assurer une bonne gestion prévisionnelle des besoins et des stocks	Disposer de mécanismes de gestion de situation d'urgence
Insuffisance d'outils diagnostiques biologiques dans la PEC des PVVIH porteuses de TB	Assurer une bonne gestion prévisionnelle des besoins matériels et équipements	Disposer de mécanismes de gestion de situation d'urgence
Difficultés de coordination entre les intervenants dans le programme de lutte contre le VIH et celui de la TB	Mettre en place des passerelles de coordination entre les entités de coordination des deux programmes	Faire intervenir la DSSB
Difficulté et coût d'explorations endoscopiques, cardio-vasculaires et des soins dentaires au profit des PVVIH	Assurer une bonne gestion prévisionnelle des besoins matériels et équipements, et des coûts d'exploration	Disposer de mécanismes de gestion de situation d'urgence
Non disponibilité des explorations et des médicaments nécessaires au traitement des effets indésirables des ARV	Assurer une bonne gestion prévisionnelle des besoins et des stocks	Disposer de mécanismes de gestion de situation d'urgence
Non disponibilité de traitement efficace en cas de VIH multirésistant	Disposer de traitement efficace en cas de VIH multirésistant	Disposer de mécanismes de gestion de situation d'urgence
Dissémination des souches multi résistantes	Renforcer le suivi des résistances aux ARV	Revoir les protocoles thérapeutiques de prise en charge
Non observance du traitement lié parfois aux effets indésirables	Renforcer les actions de communication inter-personnelle auprès des PVVIH mises sous traitement	Changer le protocole de prise en charge et accompagner les effets indésirables
Augmentation du nombre de PVVIH perdues de vue	Assurer un suivi de proximité des PVVIH sous traitement (communication inter-personnelle, dossier informatisé)	Mener une recherche active des perdues de vue
Relations tendues entre autres professionnels de santé et les PVVIH en cas de soins complémentaires (ne sont pas habitués et peur de contamination)	-Multiplier les médiateurs sociaux en accompagnement des PVVIH - Sensibiliser les services de santé sur l'accueil des PVVIH	Faire intervenir les instances habilitées en terme de non respect des droits
Absence de communication entre les différents intervenants de PEC des PVVIH	Assurer une meilleure coordination entre intervenants de PEC des PVVIH (mécanisme d'échanges, réunions régulières, ...)	Faire intervenir le PNLS (DSSB) et/ou le CNLS
Stigmatisation et exclusion par les institutions en charge de soutien social	Sensibiliser les institutions en charge de soutien social	Faire intervenir les instances habilitées en terme de non respect des droits

Risques identifiés	Mesures préventives	Mesures de gestion du risque
<b>Axe stratégique 2 (suite) : Réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/sida par l'amélioration de l'Accès Universel au traitement, aux soins et au soutien des personnes vivant avec le VIH et de leur entourage affecté (suite)</b>		
Insuffisance de mobilisation de ressources pour l'octroi de micro-crédits aux PVVIH et aux personnes affectées	Renforcer le plaidoyer pour une mobilisation des ressources en faveur de micro-crédits aux PVVIH et aux personnes affectées	Renforcer les aides sociales octroyées aux PVVIH et aux personnes affectées
Populations migrantes et déplacées difficile à cerner et risque de stigmatisation lors de la prise en charge ou du soutien	Mener des études et mettre en place un système de collecte de l'information sur les Populations migrantes et déplacées	Sensibiliser les acteurs impliqués dans l'accueil et la prise en charge des Populations migrantes et déplacées
Difficulté d'une prise en charge adaptée des migrants et déplacés vivant avec le VIH dans les services de soins	Prévoir des services adaptés aux besoins des PVVIH migrantes et déplacées	Utiliser les moyens disponibles pour une réponse en urgence
Insuffisance en personnels qualifiés pour les besoins de PEC et de soutien des PVVIH migrantes et déplacées	Recruter et/ou former des personnels qualifiés pour les besoins de PEC et de soutien des PVVIH migrantes et déplacées	Utiliser les personnels disponibles pour une réponse en urgence

Risques identifiés	Mesures préventives	Mesures de gestion du risque
<b>Axe stratégique 3 : Mise en place d'un cadre juridique, promotion des droits humains et de la dignité de la personne, et réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida</b>		
Réticence des décideurs et de l'opinion publique pour un cadre juridique facilitant l'accès des populations clés aux services	Plaidoyer auprès des plus hautes autorités, des institutions publiques et privées et des leaders religieux et communautaires	Plaidoyer, faire intervenir le CNLS
Manque d'adhésion des leaders d'opinion au cadre juridique facilitant l'accès des populations clés aux services	Plaidoyer auprès des plus hautes autorités, des institutions publiques et privées et des leaders religieux et communautaires	Faire intervenir le CNLS
Insuffisances des capacités de maîtrise des textes de loi par les populations clés et les PVVIH	Sensibiliser/former les populations clés et les PVVIH sur leurs droits	Sensibilisation, soutien juridique
Manque d'informations sur les migrants et les déplacés	Mener des études et mettre en place un système de collecte de l'information sur les Populations migrantes et déplacées	Se déplacer auprès des sites et des institutions nationales et internationales pour une collecte active de l'information
Obstacles socioculturels des intervenants pour la mise en application des codes éthiques élaborés	Sensibiliser/former les intervenants sur les codes éthiques élaborés	Sensibilisation, supervision
Résistance des intervenants à l'adoption de nouvelles pratiques conformes aux codes éthiques	Sensibiliser/former les intervenants sur les nouvelles pratiques conformes aux codes éthiques	Faire intervenir les instances habilitées en terme de non respect des codes éthiques

Risques identifiés	Mesures préventives	Mesures de gestion du risque
<b>Axe stratégique 4 : Mise en place de mécanismes de la riposte à l'infection par le VIH/sida efficaces et durables.</b>		
Manque de volonté des responsables pour la révision et la diffusion des textes régissant le CNLS (mission, composition et organisation)	Plaidoyer auprès des principales institutions membres	Plaidoyer auprès des plus hautes autorités
Situation politique instable du Pays		Faire jouer au PNLS le rôle de coordination nationale
Manque de volonté de la part des partenaires pour l'application d'une charte de coordination entre les différents partenaires	Assurer un consensus des différents partenaires autour de la charte	Faire intervenir le CNLS
Insuffisance de disponibilité des prestataires privés pour participer activement à l'action de lutte et aux regroupements de formation et de coordination	Sensibiliser les prestataires privés sur l'importance et leur rôle dans la riposte nationale	Faire intervenir le CNLS
Résistance des responsables d'institutions pour l'installation et la mise en fonction dans les lieux publics de distributeurs de préservatifs	Plaidoyer auprès des responsables d'institutions pour l'installation et la mise en fonction dans les lieux publics de distributeurs de préservatifs	Faire intervenir le CNLS et les institutions de tutelle
Manque de motivation du personnel pour l'application des référentiels de prévention et de prise en charge	Sensibiliser/former les personnels sur l'application des référentiels de prévention et de prise en charge	Faire intervenir les services habilités
Mobilité du personnel nécessaire, en particulier dans les zones reculées	Mettre en œuvre une politique de recrutement et de formation visant plus de stabilité du personnel dans les zones reculées	Faire intervenir le CNLS et les services habilités
Insuffisance des moyens financiers mobilisés pour la riposte nationale	Plaidoyer auprès du Gouvernement et des Partenaires techniques et financiers pouvant appuyer la riposte nationale	Faire des réallocations stratégiques pour garantir les actions prioritaires de la riposte
Manque de confiance des bailleurs dans le système national actuel	Mettre en place un système transparent de gestion de la riposte nationale	Faire intervenir les plus hautes autorités nationales

## CONCLUSION

La préparation du plan stratégique national de riposte au VIH/sida et aux IST (2012-2016) au cours de l'année 2011 a débuté au mois d'avril 2011 et ceci dans un contexte particulier, puisque :

-Sur le plan politique, l'année 2011 a représenté la chute d'un régime autoritaire et la transition vers une 2<sup>ème</sup> république fondée sur plus de démocratie et plus de respect des droits humains ; parallèlement, le déclenchement de révolutions similaires dans la sous-région a occasionné une instabilité et l'afflux de réfugiés et de populations migrantes vers le pays, créant par la même occasion un facteur de vulnérabilité accru face à l'épidémie du VIH.

-Sur le plan épidémiologique, l'épidémie de l'infection à VIH reste actuellement plutôt stable, avec cependant un risque important de transition vers une épidémie de type concentrée : la séroprévalence du VIH est estimée  $< 0,1\%$  pour la population générale (inférieure à  $0,1\%$ ), par contre, les enquêtes séro-comportementales réalisées en 2009 et reconduites en 2011, ont retrouvé des prévalences 100 à 200 fois plus élevées au sein des populations clés (MARPS) c'est-à-dire les Travailleuses de Sexe (TS), les Usagers de Drogues Intraveineuses (UDI) et les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH), populations concentrées essentiellement au grand Tunis et au centre-est du pays.

Ce plan stratégique national (PSN) pour la période 2012-2016 a été élaboré après une analyse de situation et sur la base de principes directeurs dont la planification basée sur les résultats, le respect des droits humains et de manière participative incluant les différents intervenants et acteurs de la riposte (organismes gouvernementaux et société civile), pour que la mise en œuvre du programme puisse se faire dans les meilleures conditions.

Le cadre de référence du PSN de riposte au VIH/sida et aux IST, est resté conforme aux orientations sanitaires stratégiques du Gouvernement Tunisien et se réfère aux Objectifs de Développement du Millénaire (point 6 : lutte contre le VIH/sida, le Paludisme et autres maladies). Il s'est référé également aux Objectifs de l'Accès Universel à la Prévention, traitement, soins et soutien en matière de VIH, au Cadre de Résultat de l'ONUSIDA et à la stratégie de l'ONUSIDA (2011-2015).

À la suite d'un processus participatif de planification stratégique axé sur les résultats, quatre axes stratégiques ont été retenus : 2 axes « d'action » visant directement l'évolution de l'épidémie dans ses aspects de prévention et de prise en charge (Axes 1 et 2) et deux axes transversaux mettant en place le cadre propice et indispensable à une riposte durable à l'épidémie : les droits humains et la gestion stratégique de la réponse (Axes 3 et 4). Pour chaque axe les principaux « effets attendus » et les « produits » nécessaires à la réalisation de ces effets ont été identifiés. Pour chaque effet et produit, des « cibles » ont été calculées sur la base d'hypothèse de couverture et d'efficacité des actions.

Le Plan stratégique national de riposte à l'infection au VIH/sida et aux IST (2012-2016) a été enfin opérationnalisé à travers le plan opérationnel et les plans sectoriels par intervenant/acteur de la riposte (OG ou ONG), ce qui a permis le calcul des coûts et d'estimer le financement nécessaire à la réalisation de ce plan.

## BIBLIOGRAPHIE

- DSSB, *Rapport de situation national à l'intention de l'UNGASS 2010*, Tunis, DSSB, ONUSIDA, 2010, 155.
- DSSB-MSP, ATIOS, *Enquêtes séro-comportementales de l'infection au VIH et HVB-HVC auprès des Usagers de drogues Intraveineuse (UDI)*, GFATM, 2009, 2011
- DSSB-MSP, ATUPRET, *Enquêtes séro-comportementales de l'infection au VIH et HVB-HVC auprès des Travailleuses/Professionnelles du Sexe (TS/PS)*, GFATM, 2009, 2011
- DSSB-MSP, ATL-MST/Sida, *Enquêtes séro-comportementales de l'infection au VIH et HVB-HVC auprès des Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH/MSM)*, GFATM, 2009, 2011
- DSSB-MSP, *Etude de la prévalence des IST auprès des consultantes des Centres de Santé de Base (CSB) en Tunisie*, DSSB-MSP, GFATM, 2010
- DSSB-MSP, UNICEF, *Stratégie Nationale pour la Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)*, 2007, 2011
- DSSB – MSP. *Mise en place d'un système de suivi et évaluation de la riposte nationale au VIH/Sida et les IST*, 2009.
- GFATM, UNFPA, *Document de stratégie sur la promotion du préservatif en Tunisie*, Tunis, GFTAM, UNFPA, 2010, 60.
- ONFP, UNFPA, *Évaluation des liens entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH en Tunisie*, Tunis, ONFP, UNFPA, 2010, 126.
- ONFP, *Connaissance, attitudes, opinions et pratiques dans le domaine des IST et VIH-Sida en milieu professionnel en Tunisie*, ONFP, GFATM, 2009
- ONFP, *Connaissance, attitudes et pratiques dans le domaine des IST et VIH-Sida auprès des clients des professionnelles de sexe « officielles » en Tunisie*, ONFP, GFATM, 2009
- ONFP, *Analyse qualitative du fonctionnement des 11 CCDAG*, ONFP, GFATM, 2009
- ONUSIDA, *Rapport de l'analyse des écarts programmatiques en vue de l'opérationnalisation du cadre de résultats de l'ONUSIDA 2009-2011*, Tunis, ONUSIDA, 2010, 39.
- ONUSIDA, *Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA*, 27ème réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA-Genève, Suisse, 6-8 décembre 2010
- PNLS/MST, *Analyse de la situation et de la riposte nationale au VIH/sida et aux IST en Tunisie*, Tunis, PNLS/MST, GFATM, ONUSIDA, 2010, 260.
- PNLS/MST, *Plan stratégique national de lutte contre l'infection à VIH/Sida et les IST 2006-2010*, Tunis, PNLS/MST, 2006, 95.
- PNLS/MST, *Revue 2010 de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien liés au VIH, Rapport de la Tunisie (2010)*, Tunis, PNLS/MST, ONUSIDA, 210, 57.
- PNLS/MST, *Stratégie nationale de la réduction de risque des risques liés à l'usage des drogues injectables, Tunisie 2011-2015*, Tunis, PNLS/MST, novembre 2010, 44.
- CCM/GFATM, *Requête de la Tunisie au Round10 du Fonds Mondial (2011-2015)*, Tunis, 2010
- PNLS/ONUSIDA, *Rapport préliminaire de l'équipe de travail « MoT » (mécanisme de transmission du VIH en Tunisie)*, Janvier-Février 2012



## GLOSSAIRE

**Accès Universel** : l'expression est généralement utilisée dans le sens de « réaliser l'objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui en matière de VIH ». L'accès universel assure l'égalité, la pérennité, l'intégralité, la disponibilité et l'accessibilité, principes orientant les interventions de la riposte au sida.

**Accompagnement ou appui psychosocial** : il s'agit de soutenir les personnes vivant avec le VIH et les personnes affectées (conjointes, familles, soignants) à faire face aux différentes difficultés d'ordre psychologique et social découlant de l'infection au VIH et à renforcer leurs capacités d'adaptation à cette situation.

**Approche basée sur les droits humains** : c'est un cadre conceptuel pour le processus du développement humain basé sur les normes internationales en matière des droits humains en vue de promouvoir et de protéger ces droits. Cette approche accorde systématiquement une attention aux droits humains dans tous les aspects du développement de tout programme.

**Approche de la Réduction de Risques (RDR) liés à l'utilisation des drogues injectables** : elle vise à prévenir la transmission du VIH par l'injection de drogues, et constitue l'un des défis majeurs de l'accès universel dans le domaine de la santé. Il s'agit d'un ensemble intégré d'interventions de prévention, de traitement et de soin auprès des usagers de drogues injectables visant à réduire le risque de transmission du VIH et de l'hépatite virale à travers les pratiques d'injection (notamment l'utilisation de seringues ou de matériel d'injection souillés). Cette approche œuvre, entre autres, pour la garantie des neuf interventions suivantes : 1) Programmes d'échange d'Aiguilles et de Seringues, 2) Traitements de substitution aux opiacés et autres traitements de la dépendance, 3) Dépistage du VIH et Conseil, 4) Traitement antirétroviral, 5) Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles, 6) Programmes de distribution de préservatifs pour les usagers de drogues injectables et leurs partenaires sexuels, 7) Information, Education et Communication destinées aux usagers de drogues injectables et à leurs partenaires sexuels, 8) Vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale, 9) Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose.

**Communauté affectée** : elle inclut les personnes vivant avec le VIH, leurs familles, leurs amis et leurs proches, directement touchés par l'infection au VIH et ses ramifications physiques, psychologiques et sociologiques.

**Conseil et test volontaires** : tout test du VIH doit avoir lieu dans un environnement qui respecte pleinement les « Trois C », à savoir : Confidentialité, Conseil et Consentement éclairé. Le test doit être volontaire et se faire en connaissance de cause.

**Empowerment (habilitation)** : il s'agit d'un terme anglais qui n'a pas de traduction française consacrée. Certaines terminologies renvoyant plus ou moins au même sens reviennent dans la littérature francophone : « autonomisation », « renforcement du pouvoir d'action », « capacitation », « habilitation »... Dans la riposte au sida, le processus d'empowerment est fondamental puisqu'il contribue à assurer la participation des

populations et des communautés, particulièrement les plus vulnérables et marginalisées, pour une réponse plus efficace au sida. L'empowerment est un processus qui met l'accent sur la dimension communautaire conférant aux populations le moyen d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé. Il vise à développer des mécanismes favorisant la participation des membres d'une communauté aux décisions qui les concernent, leur implication et leur engagement dans l'orientation, la gouvernance et la prise en main des activités qui les concernent. En se focalisant sur les capacités des individus et des communautés, cette approche permet de dépasser le rôle d'assistance dans l'intervention. C'est le glissement du « faire pour » vers le « faire avec ».

**Genre :** le mot anglais *gender* désigne le sexe, féminin et masculin, socialement construit en même temps qu'un processus de construction hiérarchique interdépendante et complémentaire entre les femmes et les hommes. Le terme *genre* n'est pas le synonyme du terme *sexe* mais le complémentaire alors que le terme *sexe* se rapporte exclusivement aux différences biologiques entre femmes et hommes. La notion du *genre* se réfère aux différences sociales et aux rapports sociaux entre les femmes et les hommes. Les rôles des femmes et des hommes sont des constructions socio-politiques et culturelles qui varient d'une société, d'une culture, d'une époque à l'autre.

**Gestion (ou planification) axée sur les résultats :** c'est une approche de planification visant à améliorer l'efficacité et la redevabilité, elle est orientée vers l'obtention de résultats. Elle utilise les résultats comme base pour la planification, la gestion et le reporting, et vise à améliorer les performances en comparant et en analysant les résultats réels aux résultats prévus grâce à un suivi, à une évaluation, à un reporting et à des ajustements réguliers.

**GIPA :** est l'acronyme de l'expression anglaise « Greater involvement of people living or affected by HIV » qui signifie « Participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH ».

**Groupes (ou populations) clés :** L'ONUSIDA n'utilise pas les expressions « groupe à risque » ou « groupe à haut risque » qui impliquent que le risque est contenu au sein de ces groupes alors qu'en réalité, tous les groupes sociaux sont interconnectés. De plus, ces expressions peuvent donner à tort un sentiment de sécurité à des personnes qui ne s'identifient pas aux membres de ces groupes. Ce n'est pas l'appartenance à un groupe qui constitue un risque accru d'infection, c'est le comportement. Il est recommandé d'utiliser l'expression « populations clés », car cette notion souligne que ces populations, tout en étant importantes dans la dynamique de transmission du VIH dans un contexte donné, sont des partenaires tout aussi essentiels pour une riposte efficace à l'épidémie.

**Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH ou MSM) :** cette expression a l'avantage de couvrir une population qui ne se limite pas seulement aux personnes qui se définissent en tant qu'homosexuels, renvoyant davantage à un phénomène comportemental qu'à un groupe spécifique de personnes, sachant que dans le contexte du VIH/sida, ce qui importe est le comportement à risque, bien plus que l'identité

sexuelle. Ainsi, l'expression hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes englobe des catégories variées telles que les « homosexuels », les « gays », les « bisexuels », les hommes offrant leurs services sexuels aux hommes... Ces termes renvoient à des constructions identitaires qui diffèrent d'un groupe à un autre et d'un contexte socioculturel à un autre.

**Précautions universelles :** il s'agit de pratiques standards, par exemple le port de gants, de vêtements de protection, de masques et de lunettes (en cas de risque d'éclaboussures) pour éviter tout contact avec les tissus, le sang et les liquides corporels en vue de lutter contre les infections. Elles doivent être utilisées universellement dans les établissements de santé pour minimiser le risque d'exposition à des agents pathogènes.

**Prévalence :** exprimée habituellement en pourcentage, la prévalence du VIH quantifie la proportion d'individus dans une population donnée qui est infectée par le VIH à un moment donné.

**Prévention combinée :** Elle inclut diverses actions : la communication pour le changement de comportement, l'accès aux préservatifs, la prise en charge IST, le conseil et le dépistage VIH, l'accès aux soins et le soutien et aux services de santé de la reproduction, la lutte contre la discrimination et la protection des droits humains.

**Prévention positive :** La prévention positive vise à promouvoir des relations sexuelles et affectives saines chez les personnes vivant avec le VIH, en vue de réduire la transmission du virus. Les actions de la prévention positive sont développées par et pour des personnes vivant avec le VIH. À la fin des années 1990, les programmes de prévention positive ont commencé à être adoptés. Aujourd'hui, le rôle des personnes vivant avec le VIH dans la prévention constitue un élément important de la riposte au sida. Dans cette perspective, diverses activités programmatiques sont mises en œuvre, telles que le soutien aux groupes d'entraide et à la responsabilisation des communautés, le conseil dans le contexte du dépistage du VIH et de la planification familiale, la participation de personnes séropositives aux programmes d'éducation, et des activités sur les changements de comportements destinées aux personnes séropositives ou aux partenaires sérodifférents. La réussite de tout programme de prévention positive dépend de la participation de personnes vivant avec le VIH à toutes les étapes des actions (identification, planification, mise en œuvre, évaluation).

**Réduction de Risques :** La réduction de risques est un ensemble intégré d'interventions de prévention, de traitement et de soin auprès des personnes utilisant des drogues injectables visant à réduire le risque de transmission du VIH et de l'hépatite virale à travers les pratiques d'injection (notamment l'utilisation de seringues ou de matériel d'injection souillés). L'ensemble complet de services comprend les neuf interventions suivantes : 1) Programmes d'échange d'Aiguilles et de Seringues (PAS), 2) Traitements de substitution aux opiacés (TSO) et autres traitements de la dépendance, 3) Dépistage du VIH et Conseil, 4) Traitement antirétroviral, 5) Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles, 6) Programmes de distribution de préservatifs pour les UDI et leurs partenaires sexuels, 7) Information, Education et Communication (IEC) ciblées sur les UDI et leurs partenaires sexuels, 8) Vaccination, diagnostic et

traitement de l'hépatite virale, 9) Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose (TB).

**Sérodiscordant (ou séro-différent) :** c'est un terme utilisé pour décrire un couple dont l'un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif.

**Séroprévalence :** par rapport à l'infection à VIH, c'est la proportion de personnes présentant des signes sérologiques évidents d'infection à VIH (présence d'anticorps du VIH) à un moment donné.

**Statut sérologique :** terme générique indiquant la présence ou l'absence d'anticorps dans le sang. Il se réfère souvent au statut sérologique par rapport au VIH.

**Stigmatisation et discrimination :** la stigmatisation et la discrimination associées au VIH constituent l'un des plus importants obstacles à la prévention des nouvelles infections, et à l'accès universel aux services de prévention, de soins, de traitement et d'appui en rapport avec le VIH. La stigmatisation est définie comme étant un processus de dévaluation des personnes vivant avec le VIH ou affectées par le VIH ainsi que de certaines populations. La discrimination, qui fait suite à la stigmatisation, renvoie à toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraires à l'égard d'une personne.

**Surveillance de deuxième génération :** élaborés à partir d'un système national existant de collecte des données, les systèmes de surveillance du VIH de deuxième génération sont conçus pour évoluer en s'adaptant à des épidémies qui diffèrent. Par exemple, la surveillance du VIH dans un pays qui connaît une épidémie à prédominance hétérosexuelle sera totalement différente de la surveillance dans un pays où l'infection s'observe principalement chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou chez des consommateurs de drogues injectables. Cette forme de surveillance tend à améliorer la qualité et la diversité des sources d'information en élaborant et mettant en œuvre des protocoles standardisés et rigoureux et en utilisant des méthodes et des outils appropriés.

**Surveillance :** analyse, interprétation et rétro-information permanentes de données collectées de manière systématique, généralement à l'aide de méthodes qui se distinguent par leur pertinence, leur uniformité et leur rapidité plutôt que par leur précision ou leur exhaustivité.

**Système Communautaire :** Le système communautaire se définit comme étant les structures et mécanismes à travers lesquels les communautés et les organisations communautaires interagissent, coordonnent et délivrent leur réponse aux défis et aux besoins de leur communauté. Le Renforcement des Systèmes Communautaire inclut 6 composantes :

- 1) Environnements propices et sensibilisation : y compris l'engagement et la sensibilisation communautaires aux fins d'améliorer les environnements politiques et juridiques et le cadre de gouvernance et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé
- 2) Réseaux, relations, partenariats et coordination communautaires : favoriser des activités, des prestations de service et une sensibilisation efficaces, optimiser l'utilisation des ressources et l'impact et travailler de façon coordonnée, en

collaboration 3) Renforcement des ressources et des capacités : y compris les ressources humaines ayant des capacités personnelles, techniques et organisationnelles adaptées, les ressources financières (notamment un financement opérationnel et de base) et matérielles (infrastructures et informations, ainsi que technologies et produits médicaux et autres indispensables) 4) Activités communautaires et prestation de services : accessibles à tous ceux qui en ont besoin, fondées sur des éléments probants et s'appuyant sur une évaluation par la communauté des ressources et des besoins 5) Renforcement de l'organisation et des capacités de direction, y compris la gestion, la responsabilisation et les capacités de direction des organisations et des systèmes communautaires 6) Suivi et évaluation et planification, y compris des systèmes de suivi et d'évaluation, l'évaluation de la situation, la collecte et la constitution de preuves, l'apprentissage, la planification et la gestion des connaissances.

**Test** (cf. *Conseil et test volontaires*).

**Traitement de substitution aux opiacées** : les traitements de substitution aux opiacés, par la méthadone ou la buprénorphine, sont très efficaces pour réduire les pratiques d'injection à risques pour le VIH. Les traitements de substitution aux opiacés améliorent l'accès et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral et réduisent également la mortalité.

**Travailleur(se)s du sexe (TS)** : cette expression marque l'absence de jugement de valeur et souligne surtout les conditions de vente de services sexuels. D'autres formulations sont possibles : « hommes, femmes, personnes vendant des services sexuels » ou « professionnel(l)es du sexe ». La clientèle des travailleur(se)s du sexe peut également être appelée « hommes, femmes, personnes achetant des services sexuels ».

**Trois principes (les)** : il s'agit d'un cadre d'action contre le VIH/sida qui offre une base pour la coordination des activités de tous les partenaires ; une autorité nationale de coordination de la riposte au sida, avec un mandat multisectoriel à large assise ; et un système convenu de suivi et d'évaluation au niveau des pays.

**Usagers de drogues injectables (UDI)** : cette expression, ou les expressions « consommateurs, consommatrices de drogues injectables », sont préférables à des termes comme *toxicomanes* ou *drogué(e)s* qui sont perçus comme péjoratifs et font plus penser à une exclusion.

**Vulnérabilité** : la vulnérabilité se réfère à des opportunités inégales, à une exclusion sociale, au chômage ou à l'emploi précaire, et autres facteurs sociaux, culturels, politiques et économiques qui rendent une personne plus exposée au VIH et de développer le sida. Ces facteurs peuvent inclure le manque de connaissances et de compétences nécessaires pour se protéger du VIH et pour protéger les autres, l'accessibilité, la qualité et la couverture des services, et les facteurs sociétaux tels que la violation des droits humains ou les normes sociales et culturelles. Ces normes peuvent inclure des pratiques, des croyances et des lois qui stigmatisent certaines populations, limitant leur capacité à accéder ou à utiliser les services et les outils de prévention, de traitement, de soins et d'appui liés au VIH. Ces facteurs, pris un à un ou ensemble, peuvent créer ou exacerber la vulnérabilité individuelle et collective au VIH.

## Annexe : Liste des participants aux ateliers de l'élaboration du PSN 2012-2016

<b>PARTICIPANTS</b>	<b>INSTITUTION</b>
SAMIR BOUARROUJ	ATIOS
HEDIA CHAOUACHI	ATIOS
BILEL MAHJOUBI	ATL MST SIDA TUNIS
SKANDER GAJIM	ATL MST SIDA TUNIS
MED RIDHA KAMOUN	ATL MST SIDA TUNIS
HASSEN HANINI	ATL MST SIDA TUNIS
MED HABIB BEN AMARA	ATPDS
BAKHTA TARHOUNI	ATSR
ZOHRA TURKI	ATSR
SALEM LAJNEF	ATUPRET
MOHAMED TOUNSI	ATUPRET
TAREK KSANTINI	ATUPRET
KILANI CHABBOUH	CNOM
ABDELAZIZ MASSOUDI	CNOMD
FAOUZI JENHANI	CNTS
ZIED MHIRSI	CONSULTANT
TOBI SAIDEL	CONSULTANTE
NISSAF BEN ALAYA	CONSULTANTE
SONIA BEN MERIEM	CONSULTANTE
AMEL NOUIRA	CONSULTANTE
MOUNIRA TALBI	CRT
FETHI RIAHI	DGPS
MOHAMED SALAH BEN AMMAR	DGS
DRIDI LASSAAD	DIRECTION DE L'ORIENTATION UNIVERSITAIRE MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
SONIA KHALFALLAH	DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE NABEUL
CHEDLIA ABDELJAOUED	DMSU
LATIFA KESRAOUI	DMSU
MONCEF SIDHOM	DSSB
KAMEL HILI	DSSB
BILEL ABIDI	DSSB
MAWAHEB DRIDI	FCMS
MOHAMED HSAIRI	INSTITUT DE LA SANTE PUBLIQUE
HENDA TRIKI	INSTITUT PASTEUR
MED RIDHA BAKLOUTI	JEUNESSE SCOLAIRE
SANA DRIDI	JMSF
BOCHRA BEL HADJ HMIDA	JURISTE
FERCHICHI WAHID	JURISTE
FATHI BEN MAALLEM	JURISTE
ASMA JLIZI	LABORATOIRE DE VIROLOGIE
AMINE SLIM	LABORATOIRE DE VIROLOGIE
LOTFI CHEMLI	MAS
AZIZA TRABELSI CHARAABI	MAS
ABDELHAMID SAKLI	MINISTERE DE L'EDUCATION
ALI MRABET	MINISTERE DE LA DEFENSE
HAFEDH MED CHEDLY	MINISTERE DE LA JUSTICE
HALIM BOUCHOUCHA	MINISTERE DE LA JUSTICE

MOUNIR BEN JAMMOUR	MINISTERE DES AFFAIRES RELIGIEUSES
MED TAHAR MRABET	MINISTERE DES COMMUNICATIONS
MONIA DHAHBI	MINISTERE DU TOURISME
SOFIEN MHIRI	MINISTRE DE LA FEMME
KACEM ZEHRI	MINISTERE DE L'INTERIEUR
HASSEN BEN SLIMANE	MINISTERE DE L'EDUCATION
MOUFIDA DRIDI	MINISTERE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DE L'EMPLOI
ALI GARRAOUI	OMS
FAOUZIA OUEZINI	ONFP
REBEH CHERIF	ONFP
FATMA TEMIMI	ONFP
HAYET JEDIDI	ONFP
MYRIAM BEN MAMOU	ONUSIDA
HELA KHARRAT	PCT
AHMED MAAMOURI	PNLS
SALMA LAYOUNI	PNLS
FAOUZI ABID	PNLS
LASSAAD SOUA	PNUD
ZIED DOURI	POPULATION CLE
FERDAOUS SRARFI	RAHMA
FADHEL BEN MEHREZ	RAHMA
BECHIR CHAMAKH	SCOUTS
BECHIR CHAMMAKH	SCOUTS
SELWA MRAD	SERVICE DE PEC FARHAT HACHED
MOHAMED CHAKROUN	SERVICE DE PEC FATTOUMA BOURGUIBA
HANENE TIOURI BENAÏSSA	SERVICE DE PEC LA RABTA
LAMIA AMMARI	SERVICE DE PEC LA RABTA
AÏDA BERRICHE	SERVICE DE PEC LA RABTA
RIM ABDELMALEK	SERVICE DE PEC LA RABTA
MOHAMED ZRIBI	SERVICE D'HYGIENE SFAX
WAHID MELKI	SOCIETE TUNISIENNE DE PSYCHIATRIE
HASSEN JEBARA	SRSSB MONASTIR
CHAHRAZED KALLEL	SRSSB SFAX
ABDELKADER GARBOUJ	SRSSB TUNIS
SOUFIA BESBES	STBC
LAMIA BEN HASSINE	UGP/ONFP
HAMDI AMMAR	UGP/ONFP
KHAREIDDINE KHALED	UGP/ONFP
MERIEH JERBI	UGP/ONFP
NADIA TRABELSI	ULB
CHOKRI BEN YAHIA	UNFPA