

République Tunisienne

Ministère de la Santé



Plan Stratégique National de la riposte au VIH/sida et aux IST (2015-2018) en Tunisie



Direction des Soins de Santé de Base (D.S.S.B)

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



Plan Stratégique National de la riposte au VIH/sida et aux IST (2015-2018) en Tunisie

Préface du Ministre de la Santé : Son Excellence Monsieur le Professeur Mohamed Salah Ben Ammar

C'est un grand plaisir de voir aboutir ce document si important pour la lutte contre le VIH et les IST afin de pouvoir suivre l'épidémie, orienter les plans de riposte et planifier les interventions sur des analyses, des études et des critères basés sur l'évidence scientifique. Mes félicitations sont adressées en premier lieu à ceux qui ont participé à l'élaboration de ce document et particulièrement à la DSSB, aux membres du PNLIS et à l'équipe nationale et internationale pour la qualité de leur travail et leur application dans l'élaboration de ce nouveau Plan Stratégique National de lutte contre les VIH /Sida et les IST 2015-2018.

Les experts nationaux et internationaux qui ont procédé à l'analyse de la situation et de la riposte face à l'épidémie du VIH/sida en Tunisie montrent des résultats probants qui ont permis de stabiliser l'épidémie sur les cinq dernières années. Ces résultats ont été acquis malgré un contexte économique national et international difficile, ils découlent de la mobilisation permanente du Gouvernement Tunisien appuyé par le mouvement associatif national, les agents de santé et les partenaires techniques et financiers qui nous soutiennent.

L'adhésion de la Tunisie à la Déclaration Politique sur le VIH/sida « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida », que nous avons manifestée à la réunion de Haut Niveau en juin 2011 à New York, s'inscrit dans la dynamique internationale pour l'atteinte des objectifs mondiaux de lutte contre le sida, dont l'échéance est fixée à 2015 par les États membres des Nations Unies. Ils se déclinent également pour nous par l'atteinte des trois zéro : **Zéro nouvelle infection, Zéro décès lié au sida, Zéro discrimination.**

Dans notre pays, nous avons de multiples besoins de développement sanitaire et social, le VIH reste encore un important problème de santé parmi les priorités nationales afin de prévenir les risques auxquels nos concitoyens sont exposés. En effet, nous ne devons pas perdre de vue que des personnes, notamment des jeunes et des femmes, sont confrontées aux risques d'être infectées du fait de leurs multiples vulnérabilités.

Le caractère multisectoriel de la riposte nationale face au VIH, nécessite également le renforcement des collaborations entre les différents secteurs ministériels, le secteur associatif et le secteur privé.

Bien entendu le secteur de la santé continuera de jouer son rôle et son leadership pour une meilleure intégration des services en partenariat avec le secteur associatif et le secteur privé pour élargir l'offre et l'accès à la prévention et aux soins à nos concitoyens qui en ont le plus besoin. C'est pour nous la meilleure façon d'atteindre les objectifs de l'Accès Universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien.

Permettez-moi, par conséquent de placer le présent Plan Stratégique National de lutte contre les IST et le VIH/sida 2015-2018 de la Tunisie, dans une perspective de solidarité nationale avec les personnes touchées, de responsabilité partagée pour le renforcement des acquis de la prévention et de la prise en charge.

Au moment où notre pays se prépare à accueillir en 2015, le 18ème International Conférence on AIDS and STI's in Africa (ICASA), l'année même où la communauté internationale devra dresser le bilan des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), nous incite ensemble à redoubler d'efforts pour la mise en œuvre de notre plan d'action.

Enfin je saisi cette opportunité pour adresser tous mes remerciements aux partenaires techniques et financiers, qui en nous soutenant, nous ont permis d'enregistrer des acquis en termes de prévention et de soins.

Avant-propos de la Directrice de la DSSB : Docteur Rafla Tej Dallagi

Le Plan Stratégique National (PSN) de la riposte au VIH/sida et aux IST 2015-2018 en Tunisie, est pour nous le résultat d'un engagement du Ministère de la Santé et de sa Direction des Soins de Santé de Base (DSSB) pour déterminer le cadre organisationnelle de la lutte contre le VIH et les IST en Tunisie.

Les experts nationaux et internationaux qui ont procédé à l'analyse de la situation et de la réponse montrent des résultats encourageants. Ils découlent de la mobilisation de tous les acteurs de la lutte contre le sida, institutionnels, société civile incluant les associations des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH), qui en conjuguant leurs efforts ont permis de stabiliser et de maintenir la Tunisie dans une épidémie à basse prévalence. Toutefois, cette analyse de la situation et les données issues des récentes études, nous montrent une dynamique évolutive de l'épidémie parmi les populations les plus exposées au risque. Aussi, nous devons apporter une attention particulière et un soutien informatif et éducationnel à ces populations pour les accompagner afin qu'elles changent leurs comportements à risque.

C'est sur la base de ce constat et de ces évidences scientifiques que nous avons actualisé notre PSN de la riposte au VIH/sida et aux IST 2015-2018 qui s'inscrit résolument dans l'atteinte de l'Accès Universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien.

Comment devons-nous traduire ces options stratégiques en actions concrètes ?

Tout d'abord en adhérent au mouvement international pour l'atteinte des objectifs mondiaux de lutte contre le VIH à savoir : des objectifs ambitieux pour la réduction des nouvelles infections à VIH, de la discrimination et des décès liés au sida. Cette vision marquera aussi un engagement au plus haut niveau de l'Etat ainsi qu'au niveau de toutes les parties prenantes nationales.

Nous avons opté pour une approche d'intégration du VIH dans les services de santé publique pour aborder le post 2015, et également sortir le VIH de son isolement pour ancrer la riposte au VIH sur le long terme, tant en ce qui concerne la connaissance du statut sérologique, le dépistage en consultation prénatale, la prévention, la prise en charge, le suivi biologique, le soutien psychologique et social..

Nous devons désormais, développer une approche opérationnelle de la mise en œuvre de ce plan se traduisant par une démarche pragmatique qui offre des services de prévention de qualité à toute la population tunisienne et particulièrement aux personnes qui sont les plus exposées au risque IST/VIH. La même démarche pragmatique doit nous permettre d'assurer les soins, le soutien à toutes les PVVIH en Tunisie et dont l'état de santé nécessite une prise en charge et un accès aux médicaments antirétroviraux. Enfin, assurer une couverture de services de proximité tels que les hôpitaux de jour, les espaces communautaires de prévention pour rapprocher l'offre de dépistage, de prévention et de soins dans les régions à fortes concentrations de populations clés.

C'est là à notre sens, une vision de santé publique équitable qui prend en compte les droits humains dans le contexte socio-culturel de la Tunisie.

Je formule mes sincères remerciements et l'expression de ma reconnaissance pour le soutien qu'ils nous ont apporté :

A tous les acteurs nationaux du secteur sanitaire public et privé, du secteur communautaire et des PVVIH pour leur implication et leur participation à toutes les étapes du processus d'élaboration de ce document.

-Aux membres du comité de pilotage du présent PSN, aux personnes-ressources, aux consultants nationaux et internationaux pour leur disponibilité et leur professionnalisme tout au long de ce processus.

-Aux partenaires techniques et financiers pour leur accompagnement et leur soutien.

Mes remerciements s'adressent tout particulièrement à l'UNICEF, l'OMS et l'ONUSIDA et son Directeur Exécutif qui en visitant récemment notre pays nous a apporté son soutien pour la poursuite de nos efforts pour mettre fin à l'épidémie de sida.

Mes remerciements s'adressent également au CCM Tunisie ainsi qu'au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ainsi qu'aux autres partenaires bilatéraux et multilatéraux pour leurs apports techniques et financiers dans le processus d'élaboration de la note conceptuelle sur le VIH qui devraient nous permettre un complément de financement à côté du financement national.

Remerciements de la Coordinatrice du PNLS : Madame le Docteur Hayet Hamdouni

L'élaboration du **Plan Stratégique National de la riposte au VIH/sida et aux IST 2015-2018 en Tunisie** est l'aboutissement concret d'un long processus de réflexion et une première étape du dialogue pays recommandé par tous nos partenaires internationaux, que le PNLS a pris en considération.

En effet, la démarche de révision et d'actualisation du PSN s'est appuyée sur une réelle concertation dans toutes les régions du pays et avec tous les acteurs impliqués, elle marque ainsi la volonté politique des autorités tunisiennes de préserver ensemble les acquis de la prévention et de la prise en charge afin d'intensifier la riposte nationale au VIH.

Aussi, permettez-moi d'adresser mes chaleureux remerciements à toutes celles et tous ceux qui y ont participé aussi bien les collègues du secteur de la santé, des autres ministères, de la société civile tunisienne impliquée dans la lutte contre le sida, des représentants des PVVIH ainsi que les consultants nationaux et internationaux.

Le travail d'analyse de la situation de l'épidémie de VIH, mené dans le cadre du processus de révision du PSN 2012-2016, a suivi plusieurs étapes conduites simultanément. Les données épidémiologiques les plus récentes ont été traitées pour mettre en évidence les dynamiques actuelles de l'épidémie, les facteurs de risque et la distribution des nouvelles infections. Les résultats des différentes enquêtes bio-comportementales et les estimations de taille des populations clés conduites au cours des cinq dernières années et actualisées en 2014, ont été utilisés pour affiner l'information stratégique et pour établir les différentes projections.

A partir de cette analyse de situation et de la réponse, nous avons défini les grandes options du PSN prenant en compte la dynamique de l'épidémie en Tunisie, les besoins préventifs, sanitaires et sociaux des PVVIH et des personnes les plus exposées au risque.

L'approche du cadre d'investissement nous a également amené à déterminer les interventions à haut impact et la priorisation.

Quatre résultats d'impacts, suivis de résultats d'effets et de produits ont été adoptés, ils s'inscrivent tous dans les perspectives internationales de l'accès universel :

- Résultat d'impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2018.
- Résultat d'impact 2 : La mortalité des PVVIH est réduite d'au moins 60% d'ici 2018.
- Résultat d'impact 3 : Les droits humains des PVVIH et des populations clés sont assurés d'ici 2018.
- Résultat d'impact 4 : La gouvernance, la coordination et le suivi évaluation de la riposte nationale au VIH/sida sont efficaces.

Le caractère multisectoriel de la riposte nationale face au VIH reste un principe directeur stratégique qui a été clairement exprimée par les orientations contenues dans le présent document. Au-delà du Ministère de la Santé, les autres secteurs ministériels continueront à apporter leur contribution au côté des associations de la société civile, du secteur privé et des représentants des PVVIH pour relever les multiples défis de cette épidémie en termes de droits humains médical, social et préventif.

Le cadre de résultats du PSN de la riposte au VIH/sida et aux IST 2015-2018 constitue le référentiel auquel tous les partenaires nationaux et les partenaires au développement se référeront pour conjuguer leurs efforts au niveau de la mise en œuvre sous la coordination du PNLS.

Je souhaite vivement que l'élan collaboratif et la synergie, démontrés lors du processus de planification stratégique se poursuive autour de l'atteinte des résultats nationaux. L'accès universel des PVVIH et leurs familles aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui dans l'équité et le respect du genre et des droits humains est pour nous un impératif que nous devons réaliser ensemble.

Enfin, mes remerciements s'adressent également à tous les partenaires techniques et financiers qui ont appuyé la Tunisie dans le processus de formulation de ce PSN, tant du point de vue technique que financier.

Résumé exécutif

Le Programme National de Lutte contre le Sida et les IST, avec l'ensemble des partenaires de la réponse nationale au VIH, a conduit une révision du PSN de la riposte au VIH et aux IST, fondé sur les résultats factuels de la revue annuelle du PSN 2012-2016.

La démarche de révision a été réalisée selon une approche participative, inclusive et multisectorielle. Les différents acteurs des divers secteurs (publics et société civile) et les partenaires techniques et financiers ont pris part aux consultations tant au niveau central qu'au niveau régional. Les réflexions de toutes les parties prenantes ont été synthétisées, dans le cadre de l'analyse de la dynamique de l'épidémie et de l'analyse de la riposte. Les recommandations issues des entretiens avec les parties prenantes ont servi de base pour la détermination des priorités du PSN 2015-2018, qui a également tenu compte des résultats de la revue à mi-parcours.

Pour opérationnaliser le PSN 2015-2018, un plan de mise en œuvre a été élaboré à partir d'une programmation opérationnelle régionale. Les budgets du plan de mise en œuvre et du cadre de performances accompagneront le PSN révisé 2015-2018.

La démarche globale de l'analyse de la situation épidémiologique et de la riposte nationale face aux IST et au VIH a visé la détermination et l'adéquation entre la dynamique de l'épidémie d'une part, telle qu'elle apparaît actuellement en Tunisie, et les interventions déployées pour y faire face (riposte) d'autre part. L'analyse a fait ressortir les points saillants en termes qualitatifs et quantitatifs, mais aussi en termes d'allocation des ressources mobilisées pour la réalisation des objectifs.

Force est de constater que l'initiative de la DSSB et du PNLIS de réviser et d'actualiser le PSN 2012-2016 est très pertinente dans le contexte actuel du pays et du profil de l'épidémie de VIH en Tunisie.

Le travail d'analyse de la situation épidémiologique du VIH/sida, mené dans le cadre du processus de révision du PSN 2012-2016, a suivi plusieurs étapes conduites simultanément à l'analyse de la réponse. Les données épidémiologiques les plus récentes ont été traitées pour mettre en évidence les dynamiques actuelles de l'épidémie, les facteurs de risque et la distribution des nouvelles infections. Les résultats des différentes enquêtes séro-comportementales et les estimations de taille des populations clés conduites au cours des cinq dernières années ainsi que celles menées en 2014, ont été utilisées pour les différentes projections. Ces résultats ont été complétés par les données de la sécurité transfusionnelle ainsi que celles des CCDAG, de la pharmacie centrale et de la prise en charge médicale au niveau du secteur public et du secteur privé. Dans certains secteurs, les données demeurent parcellaires, notamment sur les populations clés et autres groupes vulnérables (estimation de taille, données socio-comportementales, couverture et impact des programmes de prévention, etc.). Des lacunes et des défis persistent sur le terrain, qu'il importe de mettre en lumière afin de les prendre en considération pour assurer une information stratégique plus robuste et des actions plus efficaces. Les différentes sources de données utilisées dans le cadre de cet exercice sont les suivantes. Elles ont été systématiquement analysées et mise en perspectives.

Depuis la notification du premier cas en 1985 et jusqu'au 31 décembre 2013, un nombre cumulé de 1895 cas de VIH/sida et un nombre cumulé de 576 décès dus au SIDA ont été reportés à la DSSB. Le nombre de PVVIH est de 1319 correspondant à une prévalence de

0,012. A ce stade de l'épidémie de VIH/sida en Tunisie, grâce à la réduction significative de la morbidité et de la mortalité liées au SIDA, on note une tendance vers un accroissement, année après année, du nombre de PVVIH.

En effet, avec l'amélioration de la notification des cas de VIH/SIDA, l'introduction et la généralisation de la trithérapie depuis l'année 2000 et l'augmentation de l'offre de conseil et du dépistage du VIH par l'ouverture de 25 CCDAG depuis 2009, nous comptons chaque année plus d'infection à VIH que de décès liés au SIDA et par conséquent une progression continue du nombre de PVVIH.

Malgré la tendance globale à la stabilisation de l'incidence du VIH/SIDA depuis le début de l'épidémie, l'évolution se profile selon les périodes par trois caractéristiques :

- De 1986 à 1994 : le nombre de nouveaux cas a tendance à augmenter pour atteindre un premier pic de 92 nouveaux cas en 1994 correspondant à une incidence de 1,05/100 000 Habitants ;
- De 1995 à 2008 : Une tendance à la baisse avec une incidence de 0,51/100 000 Habitants en 2008 ;
- De 2009 à 2013 : Une tendance à l'augmentation avec un pic de 100 nouveaux cas en 2013 correspondant à une incidence de 0,85/100 000 Habitants.

Grace l'exercice de triangulation et au croisement des différentes sources de données, des résultats des trois séries d'enquêtes séro-comportementales et aux enquêtes qualitatives menées auprès des experts, des cliniciens, des PVVIH et des populations clés et au processus de validation mené par le programme national, l'épidémie de VIH en Tunisie est caractérisée par :

- **Épidémie du VIH en Tunisie est de basse prévalence** : Une épidémie de type concentrée parmi les populations clés, puisque la séroprévalence a été supérieure à 5% au cours des enquêtes séro-comportementales de 2009 et 2011 et confirmée par l'enquête de 2014
- **Épidémie stable au niveau de la population** : Ce qui marque l'importance de la réponse en termes de prévention et de prise en charge. Le sex-ratio montre que les hommes sont deux fois plus touchés que les femmes, ce qui confirme la répartition des modes de transmission
- **Épidémie hétérogène sur le plan géographique** : Plutôt urbaine (Grand-Tunis)
- **Épidémie « cachée »** : Un pourcentage important de personnes ne connaissent pas leur statut sérologique. Similitude épidémiologique de la région du Maghreb et du Moyen Orient

Le programme national dispose actuellement de données très riches grâce aux trois séries d'enquêtes séro-comportementales, à la cartographie de ces populations avec des estimations de taille, mais les données restent pas assez représentatives de l'ensemble du pays et limitées aux zones côtières et aux grandes villes.

Une riposte nationale efficace devrait fournir une information, des services et un soutien dans le domaine du VIH aux populations les plus vulnérables ou dont le risque d'être exposées est le plus élevé. Il est fondamental de savoir dans quelles mesures le VIH est présent dans diverses populations. Ces populations peuvent être mieux identifiées grâce à la répétition de la surveillance de deuxième génération par la réalisation d'enquêtes séro-comportementales de qualité, une cartographie participative et des consultations avec les populations vulnérables, les Personnes Vivants avec le VIH et les prestataires de services.

Le profil de l'épidémie de VIH en Tunisie et les enjeux qu'il soulève, constitue un défi important vis-à-vis des objectifs de l'accès universel, qui ne peuvent être atteints que si l'on peut dépister le maximum

des personnes atteintes, afin de les faire bénéficier des services de prévention (prévention combinée, PTME notamment) et orientation accompagnée pour la prise en charge médicale et le continuum de soins.

C'est tout l'enjeu à résoudre pour la Tunisie : avec une épidémie à VIH de faible prévalence, il faut beaucoup d'efforts pour une information stratégique et une action robuste permettant d'identifier les personnes touchées par le VIH qui ignorent leur statut sérologique et aller vers les objectifs de couverture de l'accès universel

Les résultats de la prise en charge de l'infection par le VIH en Tunisie se distinguent parmi les pays de la région MENA par une démarche visant l'atteinte des objectifs de l'accès universel aux services de prévention et de prise en charge selon une approche holistique. Ils nécessitent toutefois, un renforcement de la riposte nationale dans toutes ces dimensions.

L'analyse de la riposte face à l'épidémie de l'infection par le VIH en Tunisie montre que l'accès à la prévention et aux soins ont été constants depuis plusieurs années, ce qui témoigne de l'engagement national. Il est aujourd'hui important de faire évoluer la riposte nationale tant du point de vue quantitatif que qualitatif et d'améliorer les différentes composantes de la prise en charge des PVVIH.

Avec l'actualisation des recommandations nationales et avec l'initiation du TARV pour le seuil de 500 CD4/mm³ et les objectifs de l'accès universel, la demande de prise en charge et de prescription d'antirétroviraux risquent d'augmenter dans les prochaines années, il est par conséquent important d'anticiper la demande attendue de soins et de continuité du TARV. Par ailleurs, l'implémentation de la stratégie de dépistage devrait augmenter le nombre de nouvelles infections et l'accès aux soins.

Il s'agit aussi d'aligner les interventions de prise en charge sur les dynamiques de transmission du VIH en Tunisie en déterminant les zones prioritaires et les populations les plus touchées.

A cet effet, la contribution conjuguée du secteur public, du secteur parapublic, du secteur de libre pratique et du monde communautaire avec l'ensemble de leurs ressources humaines et compétences (médecins spécialistes et généralistes, pharmaciens, paramédicaux et personnels psychosociaux) est fondamentale. Elle pourrait, en effet, permettre de mieux faire face aux besoins et accroître les niveaux de couverture dans le domaine des soins et du traitement dans un souci d'équité.

En ce qui concerne la prise en charge des enfants et des femmes enceintes, d'importants efforts sont également nécessaires car il est aujourd'hui inacceptable que des enfants continuent d'être infectés par le VIH alors que des moyens efficaces existent pour prévenir leur infection. Comme il est inacceptable que leur accès aux soins soit moindre que celui des adultes.

Le VIH continue d'avoir un impact disproportionné sur les populations clés en Tunisie (PS et clients, HSH, UDI) et le programme de prise en charge du VIH doit prendre en compte cette réalité en s'adaptant aux besoins spécifiques de ces populations et en prenant en compte les disparités régionales (dynamique de l'épidémie, poids de l'épidémie sur les populations clés).

L'analyse de la situation et de la riposte¹, a identifié des informations dans le contexte de la dynamique de l'épidémie en Tunisie. Cette synthèse est le résultat d'un travail de réflexion de

¹ Chapitre III et Tableau récapitulatif des réalisations, des difficultés et des principaux aspects de révision du PSN

toutes les parties prenantes y compris les partenaires techniques et financiers. Représentants du Ministère de la Santé (DSSB – PNL), du Ministère des Affaires Sociales, des membres du CCM Tunisie y compris les membres représentant des populations clés et des PVVIH, des associations (ATIOST, ATLMST/SIDA-Tunis, ATUPRET, association RAHMA et association DAR ESSALAM), de l'Unité de Gestion du Fonds mondial, de l'ONUSIDA et de l'OMS et de l'équipe conjointe sur le VIH.

L'utilisation du concept de priorisation, fondée sur une analyse croisée du profil épidémiologique de la Tunisie, du contexte de vulnérabilité et de la disponibilité des ressources (financières, humaines et logistiques), mène vers une logique d'offre de services focalisée sur les zones et les populations qui en ont le plus besoin. Ainsi, le passage à l'échelle de certaines interventions à haut impact se fera en fonction de la dynamique de l'épidémie et de l'incidence des nouvelles infections.

L'approche du cadre d'investissement, consiste d'une part, à investir durablement les ressources mobilisées (ressources nationales du budget de l'Etat avec le principe de la « volonté de payer »², Fonds mondial (Série 6 (R6), TFM, nouveau modèle de financement « Note conceptuelle ») pour l'atteinte des résultats escomptés, selon le principe de la transparence et du devoir de rendre compte. D'autre part, il s'agira d'investir de manière efficace pour s'assurer du retour sur l'investissement, en mettant en relation les résultats atteints avec les bénéfices humains et financiers.

Le PSN 2015-2018 est élaboré sur la base de quatre Résultats d'impact

Résultat d'impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2018 dont la mise en œuvre s'articulera à sept résultats d'effet et leurs résultats produits

Résultat d'impact 2 : La mortalité des PVVIH est réduite d'au moins 60% d'ici 2018 dont la mise en œuvre s'articulera à quatre résultats d'effet et leurs résultats produits

Résultat d'impact 3 : Les droits humains des PVVIH et des populations clés sont assurés d'ici 2018 dont la mise en œuvre s'articulera à trois résultats d'effet et leurs résultats produits

Résultat d'impact 4 : La gouvernance, la coordination et le suivi évaluation de la riposte nationale au VIH/sida sont efficaces dont la mise en œuvre s'articulera à quatre résultats d'effet et leurs résultats produits

Le suivi évaluation du PSN 2015-2018 est mis en œuvre à travers un cadre de référence basé sur les 12 composantes d'un système de suivi et évaluation fonctionnel recommandé au niveau international. L'objectif de ce cadre est de permettre au système de suivi évaluation du pays de générer à tout moment et dans toutes les régions du pays, les informations sur la mise en

² Principe du FM dans le cadre du nouveau modèle de financement et de la note conceptuelle

œuvre des interventions pour orienter les prises de décisions, à tous les niveaux des institutions.

Une analyse de la situation financière et de la dépense en matière de sida doit être réalisée avec le soutien de l'ONUSIDA pour déterminer les flux financiers et les allocations budgétaires de la lutte contre le sida en Tunisie. Cet exercice doit permettre de dresser un état des lieux de la dépense ainsi qu'un panorama des besoins.

Le contexte financier international et la réduction des financements de la riposte au VIH ont amené la DSSB/PNLS à développer un argumentaire de plaidoyer auprès des autorités pour une mobilisation des ressources internes.

Pour une efficacité des actions, un plan de mobilisation des ressources sera élaboré et permettra d'une part d'identifier au niveau interne les nouvelles sources de financement et d'autre part de coordonner les interventions de mobilisation des ressources.

La gestion financière pour le PSN 2015-2018 se basera sur une approche d'efficacité et d'efficace des ressources selon les procédures rigoureuses de gestion garantissant que les fonds alloués produiront les résultats attendus. En collaboration avec les partenaires, et les expériences, les procédures de gestion et les outils modernes seront mis en place pour assurer la gestion rationnelle des fonds. Les plans d'achat et de décaissement précéderont les contrôles à priori et à posteriori qui seront assurés dans la gestion financière des fonds. En outre, le rapportage sera systématique pour permettre le rapprochement des fonds engagés et les résultats atteints.

Le processus d'élaboration du Plan stratégique 2015-2018 s'est appuyé sur une analyse de la situation et de la réponse articulée autour d'une revue participative du contexte épidémiologique du VIH en Tunisie, mais aussi du contexte politique, socio-économique, organisationnel, et institutionnel.

Une analyse de la riposte de la lutte et des dispositions en matière de financement permettent d'identifier les problèmes prioritaires et les domaines à améliorer. La planification de la réponse a pris en compte les principales dimensions de la lutte contre le VIH y compris les ressources du secteur, son financement, l'environnement de gouvernance et de leadership, notamment à travers le dialogue pays initié par le CCM Tunisie à l'occasion de l'élaboration de la note conceptuelle sur le VIH. Les initiatives et évolutions récentes telles que le Nouveau modèle de financement du Fonds mondial, la multisectorialité, la décentralisation et le renforcement du système de santé ont aussi été prises en compte. En outre, le présent PSN analyse la disponibilité, l'accès et l'utilisation des soins et services de lutte contre le VIH avec un focus particulier sur les populations-clés au regard des résultats des enquêtes bio-comportementales de 2009, 2011 et 2014 qui confirment le caractère concentré de l'épidémie. Les autres populations vulnérables ont été prise en compte au regard de leur niveau d'exposition au risque et de leur contexte de vie.

Table des matières

CHAPITRE 1 : PROCESSUS D'ELABORATION ET DE REVISION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA RIPOSTE AU VIH/SIDA ET AUX IST 2015-2018	17
CHAPITRE 2 : CONTEXTE GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE, SOCIO-ECONOMIQUE ET SANITAIRE DE LA TUNISIE	19
2.1 SITUATION GEOGRAPHIQUE	19
2.2 CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	19
2.3 CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE	20
2.4 CONTEXTE SANITAIRE DE LA TUNISIE	21
CHAPITRE 3 : RESUME DE L'ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH/SIDA ET DE L'ANALYSE DE LA RIPOSTE AU VIH EN TUNISIE	24
3.1 INTRODUCTION	24
3.2 CONTEXTE DU VIH DANS LA REGION DE L'AFRIQUE DU NORD ET DU MOYEN-ORIENT (MENA)	24
3.3 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE L'ÉPIDÉMIE	25
3.4 ANALYSE DE LA DYNAMIQUE DE L'ÉPIDÉMIE	26
3.4.2 ÉTUDE DE LA DISTRIBUTION DES CAS DE VIH/SIDA PAR GENRE	29
3.4.3 ÉTUDE DE LA DISTRIBUTION DES CAS DE VIH/SIDA PAR ÂGE	29
3.4.4 DISTRIBUTION DES CAS DE VIH/SIDA PAR RÉGION	30
3.4.5 DISTRIBUTION DES CAS DE VIH/SIDA EN FONCTION DE LA NATIONALITÉ	31
3.4.5 ANALYSE DES MODES DE TRANSMISSION DU VIH/SIDA EN TUNISIE :	32
3.4.6 RESULTATS DES DIFFÉRENTS MODELES	36
3.5 : CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	39
3.7 RESUME DE L'ANALYSE DE LA RIPOSTE DANS LE CONTEXTE DES ENGAGEMENTS NATIONAUX :	41
3.5.1 ANALYSE DE LA RIPOSTE NATIONALE	41
DANS LE DOMAINE DU DEPISTAGE.	42
DANS LE DOMAINE DE LA PRISE EN CHARGE	45

DANS LE DOMAINE DE CONTINUITE DES SOINS	47
DANS LE DOMAINE DU SYSTEME COMMUNAUTAIRE ET ASSOCIATIF	49
CHAPITRE 4 : PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA RIPOSTE AU VIH/SIDA ET AUX IST 2015-2018	51
4.1 APPROCHE DE LA PLANIFICATION STRATEGIQUE AXEE SUR LES RESULTATS	51
4.2 VISION DE LA RIPOSTE NATIONALE ET STRATEGIES A L'HORIZON 2018	51
4.2.1 LES OBJECTIFS DES CIBLES 90-90-90 :	
4.2.2 OUTIL D'EVALUATION BASEE SUR LE GENRE DES INTERVENTIONS NATIONALES DE LUTTE CONTRE LE VIH	
4.3 PRINCIPES DIRECTEURS DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL	52
4.4 FONDEMENTS DE LA DEMARCHE DE PRIORISATION DU PSN	53
TABLEAU INDICATIF DES POPULATIONS PRIORITAIRES	54
4.5 APPROCHE DU CADRE D'INVESTISSEMENT	55
4.6 CHAINE DES RESULTATS DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2015-2018	55
4.6.1 RESULTATS D'IMPACT	56
4.6.2 RESULTATS D'IMPACT ET D'EFFETS	56
4.7 DESCRIPTION DE L'ATTEINTE DES RESULTATS	57
CHAPITRE V : CADRE INSTITUTIONNEL DE LA MISE EN ŒUVRE	61
5.1 CADRE INSTITUTIONNEL ET DE MISE EN ŒUVRE DE LA RIPOSTE NATIONALE DE LA LUTTE CONTRE LES IST-VIH/SIDA EN TUNISIE	61
COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (CNLS)	61
5.1.1 FONCTIONNEMENT :	62
5.1.2 LE PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET IST (PNLS)	62
5.1.2.1 LE GROUPE TECHNIQUE CENTRAL A POUR MISSION D'ASSURER :	62
5.1.2.2 LE PNLS EST COMPOSE ACTUELLEMENT DU PERSONNEL SUIVANT :	63
5.1.4 CADRE INSTITUTIONNEL REGIONAL : COMITE REGIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET IST	63
5.1.4.1 LES CRLS SONT CHARGES DANS LES REGIONS :	63

5.1.5	ORGANES DE CONCERTATION, DE PARTENARIAT DE LA MISE EN ŒUVRE NATIONALE	63
5.1.5.1	L'OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION (ONFP)	63
5.1.5.2	MINISTERES SECTORIELS	64
5.1.5.3	ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES (ONGS)	64
5.1.5.4	LES GROUPES DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	64
5.1.5.5	COUNTRY COORDINATING MECHANISM (CCM)	65
5.1.5.6	EQUIPE CONJOINTE DES NATIONS UNIES SUR LE SIDA	65
5.1.5.7	FORUM NATIONAL DES PARTENAIRES	65
5.1.6	OPERATIONNALISATION ET MISE EN ŒUVRE DU PSN 2015-2018	66
5.1.6.1	PLANS REGIONAUX	66
5.1.7	SYSTEME DE REFERENCE ET DE CONTRE REFERENCE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PSN 2015-2018.	66
	CHAPITRE VI : SUIVI EVALUATION	68
6.1	PLAN DE SUIVI EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE 2015-2018	68
	CHAPITRE VII : MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES	68
7.1	MECANISME DE MOBILISATION DES RESSOURCES	68
7.2	MECANISME DE GESTION FINANCIERE	69
7.3	ANALYSE PAR L'OUTIL JANS	69
7.3.1	ANALYSE DE LA SITUATION ET PROGRAMMATION	69
7.3.2	PROCESSUS	69
	ANNEXES	71
	ANNEXE 1 : ANALYSE DES DETERMINANTS DE L'EPIDEMIE	71
	ANNEXE 2 : TABLEAU RECAPITULATIF DES REALISATIONS, DES DIFFICULTES ET DES PRINCIPAUX ASPECTS DE REVISION DU PSN	73
	ANNEXE 3 : MATRICE DU CADRE DE RESULTAT DU PSN REVISE ET PRINCIPALES STRATEGIES	78

AELB : Accidents d'Exposition Aux Liquides Biologiques
AES : Accident d'Exposition au Sang
ATIOST : Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le Sida et la Toxicomanie
CCC : Communication pour le Changement de Comportement
CCDAG : Centre de Conseil et de Dépistage Anonyme et Gratuit
CCM : Country Coordinating Mechanism
CNLS : Comité National de Lutte contre le Sida
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CPN : Consultation Périnatale
CRLS : Comités Régionaux de Lutte contre le Sida.
CSB : Centre de Santé de Base
CSP : Code du Statut Personnel
DP : Déclaration Politique
DSSB : Direction des Soins de Santé de Base
DT : Dinar Tunisien
FMI : Fonds Monétaire International
GARPR : Global AIDS Response Progress Reporting (ex- indicateurs UNGASS)
GFATM : Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme
GS++ : Groupe de Soutien des PVVIH
HCR : Haut-Commissariat pour les Réfugiés
HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
HVB : Hépatite virale B
HVC : Hépatite virale C
IEC : Information, Éducation et Communication
INS : Institut National de Statistique
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
MARPS : Most-At-Risk Populations
MAS : Ministère des Affaires Sociales
MDN : Ministère de la Défense Nationale
MI : Ministère de l'Intérieur
MJ : Ministère de la Justice
ND: Non Disponible
OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONFP : Office National de la Famille et de la Population
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PCT : Pharmacie centrale de Tunisie
PN : Programme National
PNLS/IST : Programme National de Lutte contre le Sida et les IST
PNLT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PO : Plan opérationnel
PSN : Plan Stratégique National
PTF : Partenaires Techniques et Financiers
PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant (du VIH)
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
S&E : Suivi et Evaluation
SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
TARV : Traitement Antirétroviral
TME : Transmission Mère-Enfant
TS/PS : Travailleuse de Sexe/Professionnelle du Sexe
UDI : Usagers de Drogues Injectables
UG : Unité de Gestion
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
WB : Western Blot

Chapitre 1 : Processus d'élaboration et de révision du Plan Stratégique National de la riposte au VIH/Sida et aux IST 2015-2018

Le Programme National de Lutte contre le Sida et les IST, avec l'ensemble des partenaires de la réponse nationale au VIH, a conduit une révision du PSN de la riposte au VIH et aux IST, fondé sur les résultats factuels de la revue annuelle du-PSN 2012-2016.

En effet, le PSN/IST/VIH 2012- 2016³ a fait l'objet d'une revue interne menée entre avril et juin 2013. Elaboré sous le leadership du CNLS/PNLS à travers le Comité de Pilotage mis en place à cet effet, la revue à mi-parcours et la révision du PSN ont été réalisées dans une approche participative impliquant les représentants des acteurs des différents secteurs, des bénéficiaires et les partenaires techniques et financiers (PTF) impliqués dans la lutte contre le VIH/sida en Tunisie. Cet exercice a fait ressortir quelques insuffisances :

- Au niveau de la conception du PSN 2012-2016 : certains axes et effets nécessitent des adaptations et une révision, prenant en compte la dynamique de l'épidémie et les données contextuelles.
- Au niveau du leadership : faiblesse du leadership dans la riposte nationale, qui nécessite une appropriation et un renforcement structurel du cadre institutionnel.
- Au niveau des capacités de la mise en œuvre : généralement les activités réalisées sont celles qui ont bénéficié d'un financement par le Fonds mondial de lutte contre le Sida la Tuberculose et le Paludisme (FM), à l'exception des activités de prise en charge thérapeutique des PVVIH qui sont en grande partie mises en œuvre et financées par le budget national.
- Certaines cibles à atteindre dans les différents domaines paraissent surestimées.

Aussi, dans le cadre de la démarche de révision et d'actualisation du PSN, il s'agissait de prendre en considération l'ensemble des observations formulées durant les rencontres avec des parties prenantes afin d'adapter les orientations à l'analyse de la dynamique de l'épidémie et l'état d'avancement de la riposte nationale.

Plusieurs étapes, se sont articulées entre octobre 2013 et décembre 2013 :

- Une revue documentaire a été menée sur la base des documents disponibles et rapports de mise en œuvre les plus récents.
- Des consultations et des rencontres avec les parties prenantes : du Ministère de la Santé (DSSB, PNLS), du CCM-Tunisie, de l'Unité de gestion du Fonds mondial, des rencontres avec les responsables des associations impliquées dans la riposte nationale, des échanges avec les experts nationaux, des échanges avec les représentants de l'ONUSIDA, de l'équipe conjointe des Nations Unies sur le VIH et de l'OMS. En outre les professionnels de santé y compris dans les régions ont été rencontrés ainsi que les associations de PVVIH, des focus group et discussions avec les populations clés à l'occasion de plusieurs réunions.
- Des rencontres de concertation avec l'équipe de suivi-évaluation pour harmoniser et élaborer le cadre de performances.
- Des réunions régulières avec le comité de pilotage de suivi du processus de révision du PSN.

³ Plan stratégique national de la riposte au VIH/sida et aux IST (2012-2016) en Tunisie, synthèse analyse en annexe

- Un atelier de restitution et de pré-validation des principales orientations, tenu à Tunis le 26 décembre 2013 en présence d'un panel national de participants y compris les régions⁴.
- Un atelier de validation du PSN 2015-2018 tenu le 02 Octobre 2014 en présence des acteurs nationaux et associatifs des différentes régions et en présence de Monsieur le Ministre de la Santé⁵.

La démarche de révision a été réalisée selon une approche participative, inclusive et multisectorielle. Les différents acteurs des divers secteurs (publics et société civile) et les partenaires techniques et financiers ont pris part aux consultations tant au niveau central qu'au niveau régional. Les réflexions de toutes les parties prenantes ont été synthétisées, dans le cadre de l'analyse de la dynamique de l'épidémie et de l'analyse de la riposte. Les recommandations⁶ issues des entretiens avec les parties prenantes ont servi de base pour la détermination des priorités du PSN 2015-2018, qui a également tenu compte des résultats de la revue à mi-parcours.

L'ensemble de la démarche de révision du PSN 2015-2018 s'est inscrite dans le processus de dialogue pays recommandé par le Fonds mondial dans le cadre de l'élaboration de la note conceptuelle sur le VIH qui sera soumise dans le cadre du nouveau modèle de financement du FM.

Dans le cadre du processus de planification axée sur les résultats, un cadre de résultats a été élaboré. Les résultats à atteindre ont été inscrits dans le présent document. Il s'agit des résultats d'impact (les évolutions attendues sur le long terme et l'incidence des nouvelles infections), des résultats d'effets (changements de comportements et/ou structurels) et des résultats de produits (mise en place de services dans les différents domaines).

A la fin du processus de planification stratégique, une analyse par l'outil JANS a été réalisée.

Pour opérationnaliser le PSN 2015-2018, un plan de mise en œuvre a été élaboré à partir d'une programmation opérationnelle régionale. Les budgets du plan de mise en œuvre et du cadre de performances accompagneront le PSN révisé 2015-2018.

La prise en compte des suggestions issues de l'atelier de validation du 02 octobre 2014 a permis d'enrichir le document et de produire une version finale du PSN 2015-2018.

⁴ Atelier de restitution et de validation des principales orientations, tenu à Tunis le 26 décembre 2013 en présence d'un panel national de participants

⁵ Atelier de validation du PSN 2015-2018 tenu le 02 Octobre 2014 à Tunis

Chapitre 2 : Contexte géographique, démographique, socio-économique et sanitaire de la Tunisie

2.1 Situation géographique

Située en Afrique du Nord, la Tunisie s'étend sur une superficie de 162 155 km². Le pays est limité au sud par la Libye, à l'ouest par l'Algérie, au nord et à l'est par un littoral de 1 300 km ouvert sur la Méditerranée dans un ensemble sous régional dénommé le Maghreb. La Tunisie constitue un carrefour entre l'Europe, d'une part et le Moyen-Orient et l'Afrique, d'autre part.

2.2 Contexte sociodémographique

La Tunisie a incontestablement un parcours original, la distinguant de tous les pays arabomusulmans et africains. L'abolition de la polygamie, intervenue dès l'indépendance (1956) associée à une politique de planification familiale et aux progrès du système de santé, explique en grande partie, le modèle de transition observé en Tunisie.

- La population totale du pays a été multipliée par 2.6 depuis l'indépendance, passant de 3,780 millions habitants en 1956 à 10,329 millions habitants en 2010, et 10,673 millions habitants en 2011. Elle serait de 12.028 millions d'habitants vers l'année 2020. Son accroissement naturel s'est nettement réduit : 3,2% en l'an 1966, 2,35 % (1984-1994) et 1,21% (1994-2004) et 1,20 en 2010. Ce taux sera, selon les estimations de la division de la population des Nations Unies (2004) de 0,87 % pour la période 2020-2025.
- La baisse de la mortalité infantile a eu pour conséquence un accroissement de l'espérance de vie à la naissance qui est passée de 37 ans à la fin des années 1940 à 52 ans à la fin des années 1960 et à 74.5 ans en 2009 (72.5 ans pour les hommes et 76.5 ans pour les femmes). Le taux de mortalité infantile (TMI) qui avoisinait les 200 pour mille en 1956, atteint 17,8 pour mille en 2009. Selon les projections de l'INS, le TMI serait de 10,0 pour mille en 2020 et de 8,0 pour mille à l'horizon 2030. La chute spectaculaire des naissances et de la mortalité infantile sont dues à l'interaction de différentes stratégies :
 - La promulgation, dès Août 1956, du Code du Statut Personnel (CSP), interdisant la polygamie.
 - La mise en œuvre, dès le début des années 1960, d'une politique généralisée de planning familial et de réduction des naissances.
 - L'intégration de la santé maternelle et infantile et de la santé de la reproduction aux programmes nationaux prioritaires, depuis 1960 : suivi des grossesses, vaccinations, suivi post natal et planification familiale.

Ces stratégies ont évolué et ont été mises à jour au fil du temps, dans un environnement économique de lutte contre la pauvreté, d'une plus grande accessibilité des filles à l'enseignement obligatoire et d'une amélioration constante de l'accès aux soins surtout pour, les maladies transmissibles et, en particulier, celles touchant la petite enfance.

2.3 Contexte socio-économique

La Tunisie⁷ a certes connu une réduction considérable de la pauvreté et une amélioration des indicateurs sociaux, toutefois d'importantes disparités socio-économiques subsistent. Le problème des disparités régionales était au cœur de l'agitation sociale qu'ont connue les villes de Sidi Bouzid, Kasserine et Thala dans la région centre-est du pays. Globalement, la côte orientale est plus développée que les régions de l'ouest et du sud. La population et l'activité économique sont principalement concentrées dans le nord-est (gouvernorat⁸ de Tunis) et dans le centre-est (gouvernorat de Sfax), 75 % des emplois non agricoles se trouvant dans la région côtière. Il s'ensuit une importante variabilité de la consommation moyenne et de la pauvreté d'une région à l'autre. En 2000, si l'indice de pauvreté (moyenne nationale) s'élevait à 18,4 %, il variait en fait de 6,9 % dans le district de Tunis à 30,8 % dans le centre-ouest. De même, le chômage est tout particulièrement aigu dans l'arrière-pays. En moyenne, depuis 2004, le taux de chômage dépasse 22,6 % dans les régions de Jendouba, Le Kef, Kasserine et Gafsa.

L'analyse selon les variables géographiques ou socio-économiques⁹ démontre de fortes disparités sur certains indicateurs. La proportion d'enfants de 3-4 ans révolus déclarés être inscrits dans un programme d'encadrement de type préscolaire, de 44% en moyenne, varie de 81% pour les enfants des ménages les plus riches à 13% pour ceux des ménages les plus pauvres, soit une variation de 1 à 6 fois (variation plus forte que la variation selon le milieu qui est de 3 fois ou celle entre les régions qui est de 4 fois). La proportion de femmes enceintes pratiquant les quatre consultations prénatales varie elle aussi selon ces différentes variables, mais on note que la variation est plus forte selon le niveau d'étude de la mère et peut être particulièrement faible dans certaines régions ou gouvernorats. L'analyse multidimensionnelle croisée des privations (MODA en anglais) selon les définitions standards montre des situations de multi privation des enfants et justifie que les analyses plus poussées et plus adaptées au contexte du pays soient conduites.

Entre 2010 et 2013, le taux de chômage est passé respectivement de 13 % à 16,5 %, avec des pics à 18,3 % en 2011 et 17,6 % en 2012. D'après l'INS¹⁰ tunisien, le chômage touche 15,9 % de la population active dans le pays. Il dépasse les 20 % chez les diplômés de l'enseignement supérieur.

Pour l'année 2013, la Tunisie devra rembourser 4,445 millions de dinars de dettes (un dinar vaut 0,62 dollar américain) contre 4,123 millions de dinars pour l'exercice 2012. Pour ce qui est du déficit budgétaire, le taux est passé de 1% du PIB (environ 651 millions de dinars) en 2010 à 6,8% (5.265 millions de dinars) en 2013, et devrait s'établir à 5,8% du PIB (4,852 millions de dinars) en 2014.

Quant à l'inflation, jugée élevée, elle devrait se stabiliser autour de 6% durant l'année en cours, selon les mêmes prévisions du FMI. Par contre, l'INS a fait savoir que l'indice des prix à la consommation (IPC) au mois de septembre était de 6,2. Cette tendance inflationniste devrait baisser en 2014 pour atteindre 4,7%.

Depuis la révolution de 2011, la situation sociale dans le pays a été marquée par de fortes tensions qui s'expriment par des revendications salariales, des manifestations des demandeurs d'emplois, et des grèves qui affectent le fonctionnement des services publics mais également des entreprises privées. Selon l'inspection du travail¹¹, sur les six premiers mois de l'année

⁷ Document de stratégie pays intérimaire 2012 - 2013 Banque africaine de développement.

⁸ Un gouvernorat est l'unité principale de découpage administratif de la Tunisie.

⁹ Multiple Indicators Cluster Survey – Enquête Grappe à Indicateurs Multiples (MICS4)

¹⁰ Institut national de la statistique.

¹¹ Inspection du travail.

2011, le nombre des grèves était en augmentation de 130 % par rapport à la même période de 2010.

Le chômage, en particulier celui des jeunes diplômés qui a atteint 23 % en 2010 alors qu'il était de 15 % en 2005, a émergé au premier rang des problèmes sociaux et politiques révélés par la révolution. Ce chômage structurel résulte en partie d'une inadéquation entre le système de formation universitaire et les besoins du secteur privé et de la qualité même de la formation qui produit des diplômés n'ayant pas suffisamment de compétences requises pour intégrer le monde de l'entreprise. En outre, le chômage touche davantage les femmes que les hommes, respectivement 27,4 % et 15 %¹², 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.

La révolution du 14 janvier 2011 a profondément et durablement modifié le contexte et les formes d'interventions des partenaires nationaux et internationaux. Les interventions dans les différents domaines, notamment, au plan sanitaire et social doivent d'une part être flexibles pour s'adapter aux changements qui ne manqueront pas d'intervenir dans les prochaines années et d'autre part, elles doivent être guidées par la recherche de l'efficacité et l'efficience pour l'atteinte des résultats sociaux et sanitaires.

A ces éléments s'ajoutent aujourd'hui, les besoins d'une extension des services de prévention, de soins et de soutien et leur rééquilibrage en faveur des régions défavorisées. En effet, le contexte socio-économique, démographique et sanitaire de la Tunisie tel que décrit met en évidence des facteurs structurels susceptibles d'alimenter les comportements à risque et la vulnérabilité des populations face aux IST et au VIH/sida. Ces facteurs structurels influencent non seulement l'accès à la prévention et aux soins, mais également les comportements sexuels des populations les plus socialement vulnérables. Toute riposte en matière de lutte contre le VIH/sida qui se veut globale et efficace doit en tenir compte. C'est à travers ces impératifs sanitaires, socio-économiques et en synergie avec les secteurs de développement que les priorités du présent PSN de riposte au VIH/sida et aux IST 2015-2018 ont été conçues.

2.4 Contexte sanitaire de la Tunisie

L'État tunisien a toujours considéré la santé publique et l'éducation comme des priorités nationales en leur allouant des moyens financiers importants¹³. Ainsi, en 2000, 8,5 % du budget de l'État étaient consacrés aux dépenses publiques pour la santé, et 16 % aux dépenses pour l'éducation. La politique nationale de santé tunisienne vise à assurer l'équité, l'accessibilité physique et financière aux structures de soins tout en essayant de maîtriser les coûts ; l'objectif final étant de satisfaire au mieux les besoins des populations.

La politique de santé en matière de vaccination permet à plus de 90 % des enfants tunisiens de moins d'un an d'être vaccinés, en particulier contre la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole, l'hépatite virale B et Haemophilus influenzae type B. Le système de soins est assez développé avec trois niveaux de prise en charge (primaire, secondaire et tertiaire) :

¹² Enquête nationale sur l'emploi de 2011.

¹³ Étude de la réglementation des médicaments en Tunisie. K. Boukef. Essaydali N°76. Juin 2000.

Le secteur public est le principal fournisseur des soins de santé, surtout pour les prestations de première ligne et la médecine préventive ainsi que pour les soins hospitaliers. Sa part représente environ 40% de la consommation en médicaments. Il est organisé en trois niveaux :

- Niveau 1 : Les centres de soins de santé de base. Ceux-ci assurent les soins courants et les actions de prévention. Ils sont également considérés comme structures de premier niveau les hôpitaux de circonscription et les maternités périphériques.
- Niveau 2 : Les hôpitaux régionaux. Installés le plus souvent au niveau du chef-lieu de chaque gouvernorat, ils assurent au minimum des prestations de médecine générale, chirurgie générale, obstétrique, pédiatrie, ORL et ophtalmologie.
- Niveau 3 : Les hôpitaux universitaires ou centres hospitalo-universitaires. Ils ont pour mission principale de dispenser des soins hautement spécialisés. Ils sont localisés dans les régions abritant des 4 facultés de médecine (Tunis, Sousse, Monastir, Sfax) et les gouvernorats limitrophes aux régions universitaires (Ariana, Ben Arous, Manouba, Bizerte, Nabeul, Mahdia, Kairouan, Gabès).

A côté du secteur public, s'est développé en Tunisie un secteur parapublic assez important qui comprend les polycliniques appartenant à la CNSS qui offrent des services de soins aux salariés du secteur privé et les services médicaux autonomes de certaines grandes entreprises, ainsi que les services de santé de certains ministères (Intérieur, Défense, Justice).

Le secteur privé est constitué du réseau de médecine générale ou spécialisée, des grossistes-répartiteurs, des pharmacies d'officine, des laboratoires d'analyse médicale, et d'un certain nombre de structures d'hospitalisation (cliniques polyvalentes ou spécialisées). Ce secteur représente 7 % du personnel paramédical, 48 % du personnel médical, 83 % des pharmaciens et 72 % des médecins dentistes⁶. Les cliniques représentent environ 11 % de l'offre globale mais cette offre est caractérisée par une très forte disparité géographique puisqu'elle est localisée essentiellement le long des côtes et dans les zones où vivent les populations les plus solvables.

Certaines prestations réalisées essentiellement ou exclusivement dans des structures privées, par exemple l'hémodialyse, sont entièrement prises en charge par la CNAM.

Concernant la première ligne, en 2013, les 2104 centres de santé de base (CSB- structures de première ligne de santé publique) sont repartis sur l'ensemble du territoire tunisien et assurent un paquet minimal des soins primaires intégrés avec des actions de prévention (gratuites pour l'ensemble de la population) et des soins courants. Les programmes nationaux de santé de base sont gérés par la DSSB du MS. Par ailleurs, l'ONFP a aussi une approche intégrée de la santé reproductive et dispose des structures au niveau des chefs-lieux des 24 gouvernorats du pays fournissant des services gratuits y compris la prise en charge des IST. Vingt-cinq CCDAG ont été créés durant les cinq dernières années (depuis 2009).

Le renforcement de la première ligne constitue une des priorités sanitaires dans le pays pour améliorer l'accessibilité aux services de prévention et de prise en charge des problèmes de santé et pour améliorer la qualité de ces services. Les programmes nationaux notamment ceux ciblant la santé de la mère et de l'enfant sont bien implantés. L'intégration des services de PTME a concerné dans un premier lieu les maternités et vient d'être généralisée dans les CSB depuis Juillet 2014.

Cependant, des faibles taux d'utilisation de certains services (prise en charge des IST, dépistage de l'infection à VIH) de la part de certaines catégories de la population (les hommes, les jeunes célibataires et les personnes les plus exposés au risque au VIH c'est-à-dire les HSH,

les UDI et les PS) indiquent que les CSB ne sont pas utilisés de manière efficace dans la riposte du système de la santé au VIH. Les services de prévention et de prise en charge des IST et du VIH ne sont pas suffisamment adaptés pour répondre aux besoins spécifiques des populations les plus à risque (HSH, UDI et PS). Le manque des capacités et l'attitude parfois stigmatisante et moralisatrice des prestataires de services entravent l'accès des personnes les plus à risque aux services de prévention, de soins et de soutien.

Les CCDAG, réalisation importante dans le domaine du dépistage et de la prévention, n'ont pas complètement atteint leurs objectifs, faute de promotion, et de moyens et de qualité de service pour attirer les populations les plus à risque (HSH, UDI, PS).

Le secteur privé est en train de se développer, cependant les médecins de ce secteur qui peuvent être sollicités par les personnes les plus à risque ne sont pas suffisamment informés de la stratégie nationale de lutte contre le VIH. En plus, le nombre des médecins de libre pratique ayant les compétences de fournir des soins aux PVVIH reste assez limité.

Les pharmacies privées qui sont, selon les enquêtes comportementales, les premières structures de recours pour les populations les plus à risque pour l'achat des préservatifs ou des seringues et aussi l'achat des médicaments pour les IST (automédication) ne sont pas toutes sensibilisées à la problématique du VIH et pourraient parfois refuser des services aux populations les plus à risque.

La prise en charge médicale des PVVIH est assurée par quatre services hospitalo-universitaires à Tunis, Sousse, Monastir et Sfax.

Le niveau sanitaire régional représenté par le service régional des soins de santé de base assure la mise en œuvre des différents programmes nationaux au niveau des gouvernorats en collaboration avec les équipes des circonscriptions sanitaires installées au niveau des délégations (deuxième niveau administratif venant juste après le local). Toutefois, ces services régionaux avec leur équipe médicale (y compris un médecin point focal sida dans chaque région) ne disposent pas toujours des moyens et des capacités nécessaires pour assurer la gestion et la coordination du PNLS au niveau du gouvernorat d'autant plus que les structures régionales ne sont pas encore opérationnelles.

Chapitre 3 : Résumé de l'analyse de la situation épidémiologique du VIH/sida et de l'analyse de la riposte au VIH en Tunisie

3.1 Introduction

La démarche globale de l'analyse de la situation épidémiologique et de la riposte nationale face aux IST et au VIH a visé la détermination et l'adéquation entre la dynamique de l'épidémie d'une part, telle qu'elle apparaît actuellement en Tunisie, et les interventions déployées pour y faire face (riposte) d'autre part. L'analyse a fait ressortir les points saillants en termes qualitatifs et quantitatifs, mais aussi en termes d'allocation des ressources mobilisées pour la réalisation des objectifs.

Il s'agit de permettre à toutes les parties prenantes, acteurs institutionnels, publics et privés, acteurs de la société civile et personnes bénéficiaires, de prendre part à cette réflexion, pour une prise de décision fondée sur des résultats éprouvés, fondés sur l'évidence scientifique de l'analyse de la situation épidémiologique et de la riposte, afin de rendre plus efficace l'utilisation des ressources pour réduire les écarts dans la mise en œuvre de l'accès universel.

Bien connaître l'épidémie et la riposte est une condition nécessaire mais non suffisante pour agir contre la propagation du VIH. En effet, il ne peut y avoir d'actions efficaces sans engagement de toutes les parties prenantes dans le diagnostic des besoins et dans le déploiement de solutions. Cependant, cette analyse trouve ses limites là où il n'y a pas ou peu d'informations de terrain disponibles. En effet, lorsque des sujets sont trop peu documentés car peu investis par les acteurs nationaux, il n'est pas possible de tirer des conclusions sur leurs rôles et impacts dans l'évolution de l'épidémie. Cette analyse cherche à éclairer au mieux un certain nombre d'insuffisances dans l'état actuel des connaissances sur le VIH en Tunisie, que la recherche et l'action devront combler dans les années à venir.

Force est de constater que l'initiative de la DSSB et du PNLIS de réviser et d'actualiser le PSN 2012-2016 est très pertinente dans le contexte actuel du pays et du profil de l'épidémie de VIH en Tunisie.

La démarche de révision a été réalisée selon une approche participative, inclusive et multisectorielle. Les réflexions ci-dessous résumées, des différents acteurs des divers secteurs (publics et société civile) et les partenaires techniques et financiers qui ont pris part aux consultations tant au niveau régional qu'au niveau national ont servi de base pour la détermination des priorités du PSN 2015-2018¹⁴.

3.2 Contexte du VIH dans la région de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient (MENA)

Avec 225.000 personnes infectées et 22.000 nouvelles infections supplémentaires pour l'année 2013, «L'épidémie n'est pas énorme mais ce qui est inquiétant plutôt c'est la tendance de l'épidémie (...). En quelques années, on est passé d'à peine 10.000 infectés à 225.000» a souligné le directeur exécutif d'ONUSIDA¹⁵.

La hausse des nouvelles infections à VIH place les pays arabes parmi les régions du monde où l'épidémie de VIH progresse le plus rapidement. Les nouvelles infections par le VIH et l'accès limité aux soins restent les défis majeurs pour lutter contre le sida au Moyen-Orient malgré

¹⁴ PSN IST/VIH révisé pour la période 2015-2018

¹⁵ Michel Sidibé Directeur Exécutif de l'ONUSIDA

certain progrès, a déclaré le directeur exécutif d'ONUSIDA. Même si l'épidémie reste dans la région très « concentrée » sur les populations à risques : HSH, PS, UDI, migrants. Les nouvelles contaminations augmentent dans le monde arabe alors qu'elles sont en baisse de 35% au niveau mondial. La région MENA, ne dispose que de 13 % à 18 %¹⁶ de couverture médicale et seulement 8 % de couverture pour la PTME « 11 % des enfants qui ont le sida ont accès au traitement », contrairement à certains pays africains au demeurant très touchés par l'épidémie et dont les taux de couverture atteignent parfois près de 80 %. La discrimination à l'endroit des populations à risque et « toutes les politiques et lois qui sont pénalisantes » figurent également parmi les principaux obstacles auxquels font face ces mêmes populations.



Figure 1 : Couverture globale des besoins en TARV Overall coverage of ART needs (source UNAIDS 2012)

La Ligue arabe a adopté sa première stratégie de lutte contre la maladie et une convention pour « protéger les populations vivant avec le VIH ». La nouvelle stratégie inclut 10 objectifs alignés sur ceux fixés dans la déclaration politique de 2011 sur le VIH/sida de l'Assemblée générale des Nations Unies, tout en entretenant une vision plus large pour une génération sans sida après 2015. Les 10 objectifs de la stratégie englobent : réduire de plus de 50 % l'incidence du VIH au sein des populations les plus exposées au risque d'infection ; éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants, accroître la couverture du traitement antirétroviral jusqu'à 80 % ; lutter contre la stigmatisation et la discrimination ; améliorer le financement de la lutte contre le sida, lutter contre la vulnérabilité particulière des femmes et des filles et revoir les politiques relatives aux restrictions de déplacement.

3.3 Synthèse de l'analyse de l'épidémie

Le travail d'analyse de la situation épidémiologique du VIH/sida, mené dans le cadre du processus de révision du PSN 2012-2016, a suivi plusieurs étapes conduites simultanément à l'analyse de la réponse. Les données épidémiologiques les plus récentes¹⁷ ont été traitées pour

¹⁶ La région de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient (MENA) présente des taux de couverture encore plus faible (<20%), mais la dynamique de l'épidémie y est considérablement plus réduite (le nombre de PV VIH y est estimé à 300.000).

¹⁷ Données actualisées du PNLS à la date du 12/05/2014

mettre en évidence les dynamiques actuelles de l'épidémie, les facteurs de risque et la distribution des nouvelles infections. Les résultats des différentes enquêtes séro-comportementales et les estimations de taille des populations clés conduites au cours des cinq dernières années ainsi que celles menées en 2014, ont été utilisées pour les différentes projections. Ces résultats ont été complétés par les données de la sécurité transfusionnelle ainsi que celles des CCDAG, de la pharmacie centrale et de la prise en charge médicale au niveau du secteur public et du secteur privé. Dans certains secteurs, les données demeurent parcellaires, notamment sur les populations clés et autres groupes vulnérables (estimation de taille, données socio-comportementales, couverture et impact des programmes de prévention, etc.). Des lacunes et des défis persistent sur le terrain, qu'il importe de mettre en lumière afin de les prendre en considération pour assurer une information stratégique plus robuste et des actions plus efficaces. Les différentes sources de données utilisées dans le cadre de cet exercice sont les suivantes. Elles ont été systématiquement analysées et mise en perspectives.

- PNLS : Rapports et bases de données Excel 2011, 2012 et 2013.
- CCDAG : Données de surveillance /dépistage du VIH (tableaux Excel, Rapport revue du dispositif).
- Donneurs de sang : Bases données Excel, thèses de médecine.
- Enquêtes séro-comportementales de 2009 et de 2011 et 2014.
- Les données de la cartographie des populations clés.
- Les différents rapports sur la riposte au SIDA en Tunisie.
- Le Rapport MoT : Etudes des modes de transmission du VIH/SIDA, 2011.
- Les Résultats de SPECTRUM, 2013.
- Enquêtes qualitatives réalisées dans le cadre de cette consultation.
- Analyse de la file active du diagnostic, de prise en charge et de la prévention (PNLS, ONG, pôles de prise en charge...).
- Publications : Pub-Med, rapports des organismes nationaux (DSSB) et internationaux : ONUSIDA, GARP¹⁸.

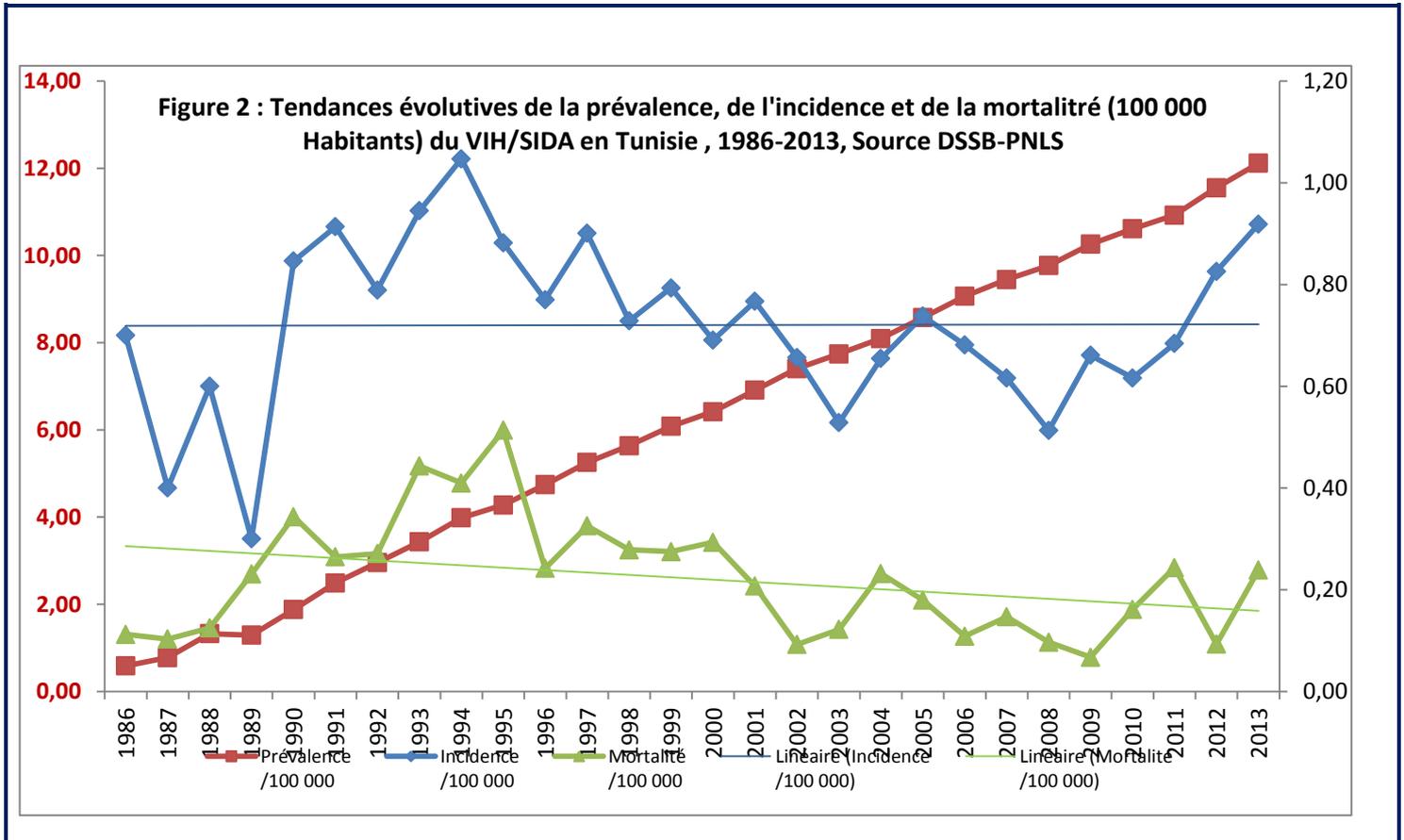
3.4 Analyse de la dynamique de l'épidémie

La dynamique de l'épidémie VIH/sida reste déterminée par le rythme auquel les nouvelles infections se produisent par rapport au nombre de décès dus au SIDA.

Depuis la notification du premier cas en 1985 et jusqu'au 31 décembre 2013, un nombre cumulé de 1895 cas de VIH/sida et un nombre cumulé de 576 décès dus au SIDA ont été reportés à la DSSB. Le nombre de PVVIH est de 1319 correspondant à une prévalence de 0,012. A ce stade de l'épidémie de VIH/sida en Tunisie, grâce à la réduction significative de la morbidité et de la mortalité liées au SIDA, on note une tendance vers un accroissement, année après année, du nombre de PVVIH.

¹⁸ Rapport d'Activité sur la Riposte au sida- Tunisie 2012-2013.

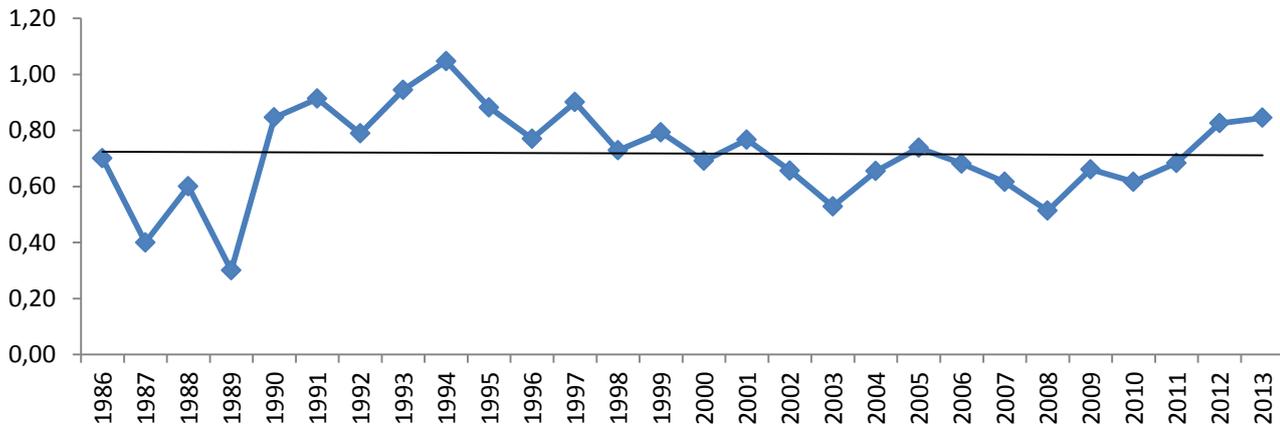
En effet, avec l'amélioration de la notification des cas de VIH/SIDA, l'introduction et la généralisation de la trithérapie depuis l'année 2000 et l'augmentation de l'offre de conseil et du dépistage du VIH par l'ouverture de 25 CCDAG depuis 2009, nous comptons chaque année plus d'infection à VIH que de décès liés au SIDA et par conséquent une progression continue du nombre de PVVIH. (Figure 2).



Malgré la tendance globale à la stabilisation de l'incidence du VIH/SIDA depuis le début de l'épidémie, l'évolution se profile selon les périodes par trois caractéristiques (figure 3)

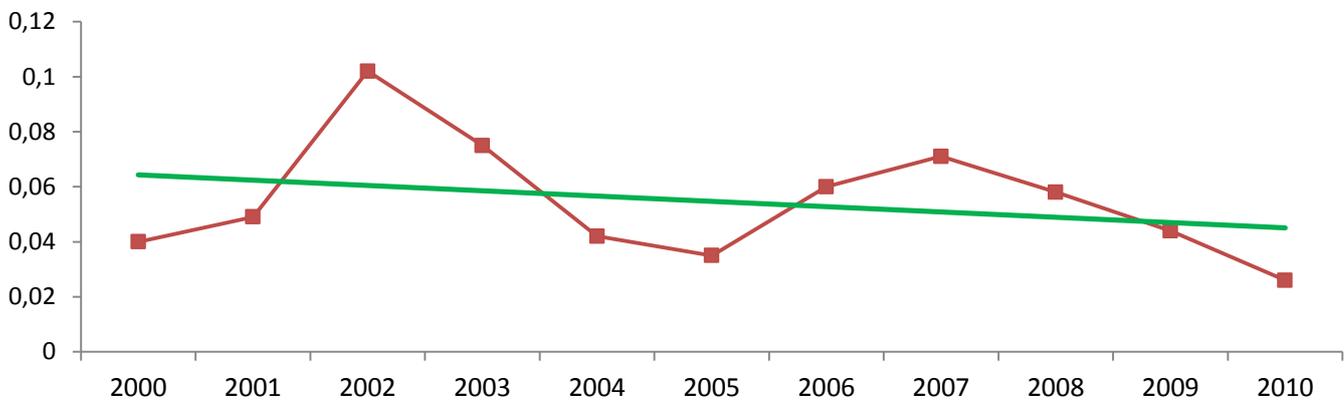
- De 1986 à 1994 : le nombre de nouveaux cas a tendance à augmenter pour atteindre un premier pic de 92 nouveaux cas en 1994 correspondant à une incidence de 1,05/100 000 Habitants ;
- De 1995 à 2008 : Une tendance à la baisse avec une incidence de 0,51/100 000 Habitants en 2008 ;
- De 2009 à 2013 : Une tendance à l'augmentation avec un pic de 100 nouveaux cas en 2013 correspondant à une incidence de 0,85/100 000 Habitants.

Figure 3: Evolution de Incidence du VIH/SIDA (par 100 000), Tunisie 1986 – 2013, Source PNLS



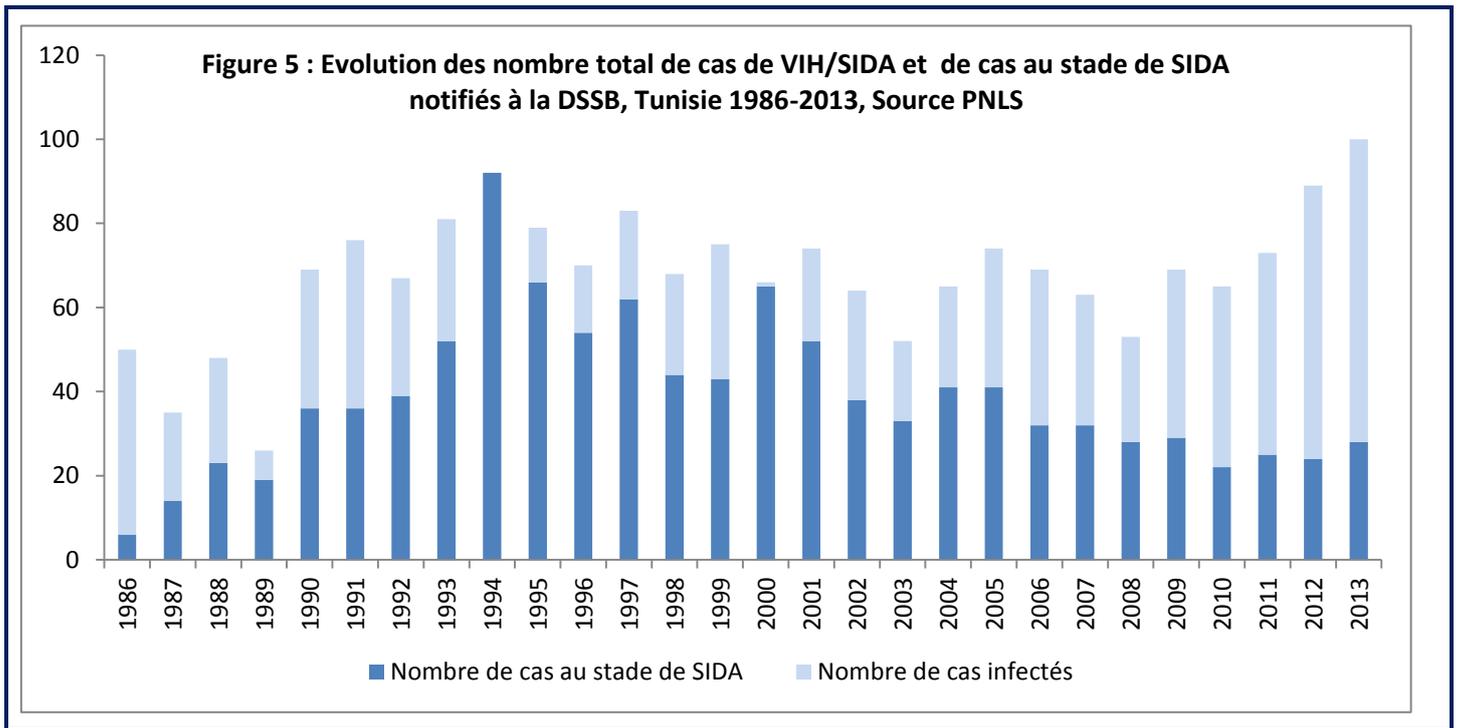
L'analyse des tendances évolutives de séropositivité au VIH lors du dépistage systématique des donneurs de sang montre la même tendance à la baisse entre 2000 et 2010 (respectivement 0,004% et 0,0026%) que celle observée sur les données de notification¹⁹ (figure 4).

Figure 4: Evolution de la proportion de positivité au VIH par 1000 poches au niveau national



Depuis le début de l'épidémie, on constate une fluctuation de la proportion des cas au stade de SIDA mais qui restait supérieure à la moitié des cas. Depuis 2004, une tendance à la baisse de cette proportion a été observée. Cette baisse s'est accélérée depuis 2009 pour atteindre près du tiers des cas en 2013. Cette tendance est en partie expliquée par le développement de l'offre de conseil et dépistage du VIH et la mise en place d'un système de suivi évaluation de la riposte au VIH/sida et des IST depuis 2009.

¹⁹ Source : Olfa Ksantini. Evaluation de l'activité des structures transfusionnelles en Tunisie de 2000 à 2010. Thèse de Médecine, Faculté de Médecine de Tunis, 2013.



3.4.2 Etude de la distribution des cas de VIH/SIDA par genre

L'analyse des tendances évolutives des cas de VIH/SIDA par genre montre qu'il y a une tendance à la baisse du sex-ratio en faveur des femmes sans pour autant dépasser les hommes. Les hommes constituent toujours le plus grand moteur de l'épidémie en Tunisie, bien que l'épidémie à VIH semble connaître une croissance récente parmi les femmes, témoignant de la prédominance de la transmission hétérosexuelle. Par conséquent, la riposte au VIH devrait tenir compte de cette évolution et de l'influence complexe de tous les déterminants de l'infection par le VIH notamment la culture, les normes sexo-spécifiques, la pauvreté et la marginalisation sociale des populations et des groupes les plus vulnérables parmi lesquels certaines catégories de femmes.

Diagramme 1 : Progression de l'épidémie VIH/SIDA par genre en Tunisie depuis 1986 à 2013



3.4.3 Etude de la distribution des cas de VIH/SIDA par âge

Depuis le début de l'épidémie, les jeunes étaient affectés de manière prédominante avec un âge moyen de 33,2 ans : 33,8 ans pour les sujets de sexe masculin versus 31,9 ans pour les sujets de sexe féminin. La distribution des nouveaux cas de VIH par tranches d'âge était marquée par la prédominance des jeunes âgés de moins de 30 ans qui ont représenté plus de la moitié des

nouveaux cas avant 1995. Cette tranche d'âge est devenue de moins en moins touchée au profit des adultes jeunes âgés de 30 à 44 ans qui ont représenté 46% des nouveaux cas en 2013 contre 34% pour les jeunes âgés de moins de 30 ans

Figure 9 : Evolution de l'âge moyen des nouveaux cas de VIH/SIDA de 1986 à 2013 selon le genre, Source PNLs

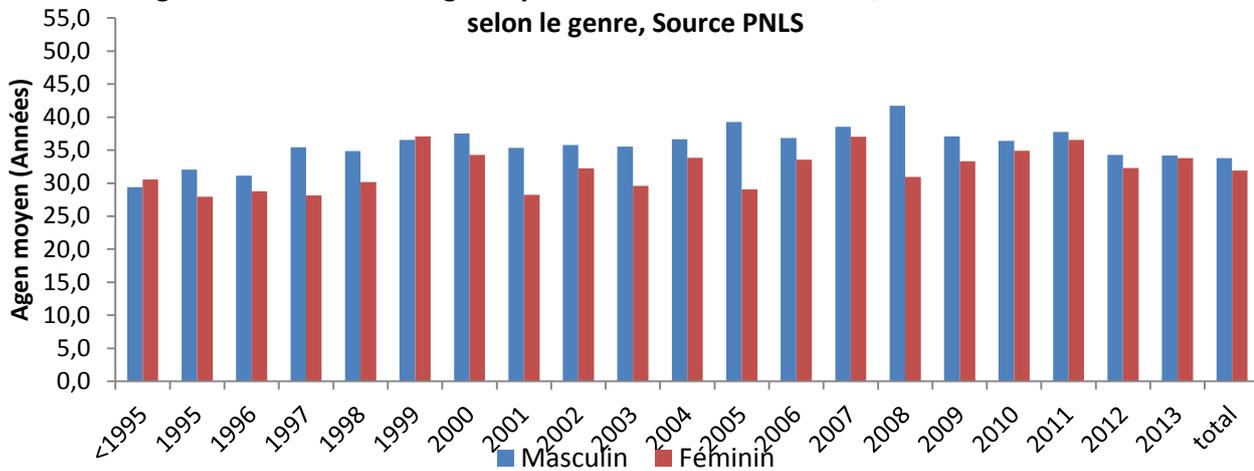
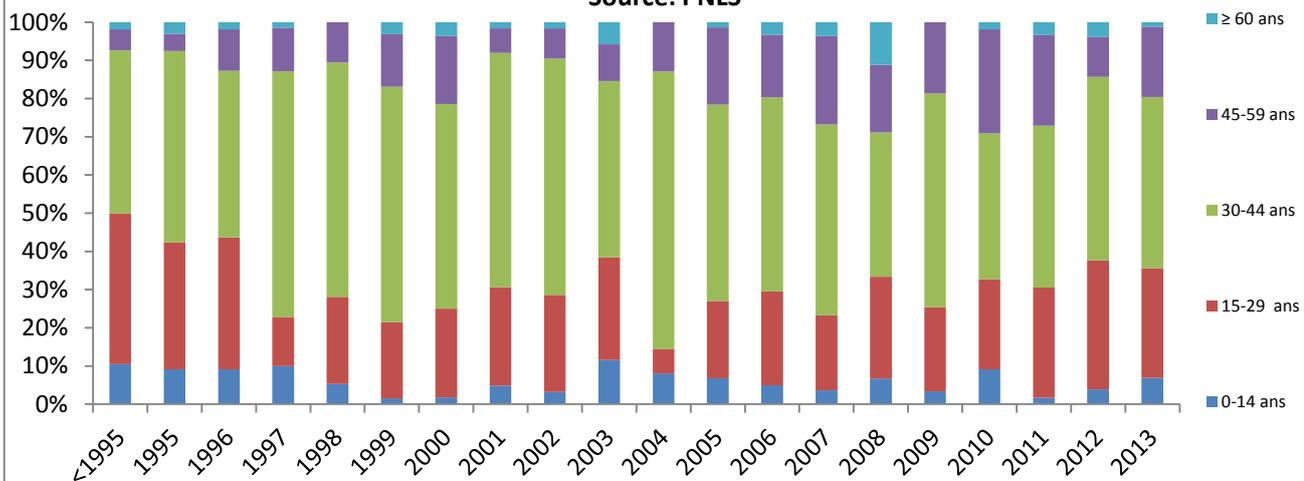


Figure 10 : Distribution des cas de VIH/SIDA notifiés à la DSSB par âge de 1986 à 2013, Source: PNLs

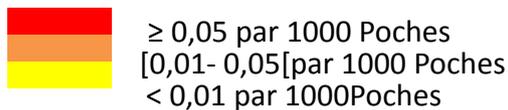
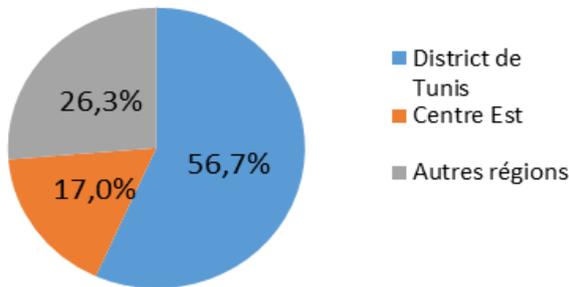


3.4.4 Distribution des cas de VIH/SIDA par région

Les informations précises sur l'origine géographique des cas de VIH notifiés à la DSSB ainsi que les lieux de la contamination restent insuffisantes. La distribution des cas notifiés à la DSSB entre 1986 et 2009 par grandes régions selon les résultats d'une thèse de médecine soutenue en 2013 à la Faculté de Médecine de Tunis²⁰, a montré que le Grand-Tunis et le Centre-Est ont totalisé 83% de l'ensemble des cas depuis le début de l'épidémie. Ce qui corrobore les données des dons de sang (Carte n°1) et la constatation faite par la plupart des experts interviewés lors de la révision actuelle du PSN qui classe l'épidémie de VIH/SIDA comme une épidémie urbaine avec une répartition tout au long des zones côtières.

²⁰ Manel Najar Thèse de doctorat de Médecine FMT 2013

Figure 9: Répartition des cas VIH/SIDA par grandes région (1986-2009) Source : Manel Najjar, Thèse de doctorat en Médecine, FMT-2013



3.4.5 Distribution des cas de VIH/SIDA en fonction de la nationalité

Depuis l'année 2000, on assiste à une augmentation de plus en plus importante de cas de VIH parmi les autres nationalités. Le ratio autre nationalités/Tunisiens est passé de 0 en 1986 à plus de 2 en 2013 (Annexe 2). Les PVVIH de nationalité tunisienne sont essentiellement prises en charge dans le secteur public dans quatre pôles de diagnostic et de prise en charge : Tunis, Sousse, Monastir et Sfax. En revanche, les PVVIH étrangers sont essentiellement pris en charge par le secteur privé dans deux grands pôles à Tunis et à Sfax et leur nombre semble être beaucoup plus important que celui notifié à la DSSB. D'après les entretiens menés auprès des infectiologues de libre pratique, qui ne disposent pas de données précises, un chiffre global entre 500 et 600 PVVIH de nationalité étrangère a été estimé. Le principal motif de consultation de ce sous-groupe est la confirmation du diagnostic (surtout parmi les personnes de nationalité Libyenne) suivi par la prise en charge thérapeutique (pour les personnes originaires d'Afrique Subsaharienne). Certaines de ces personnes consultent des médecins en Tunisie à cause de l'offre de soins en matière de VIH et également pour éviter la stigmatisation et la marginalisation dans leur propre pays. La notification des situations de personnes étrangères n'est pas faite de façon systématique et seuls les cas qui nécessitent un test de confirmation sont identifiés. Selon l'enquête menée auprès d'un échantillon d'environ dix médecins de libre pratique, ces derniers ont tous souligné des problèmes majeurs en rapport avec la complexité de l'accès au traitement antirétroviral pour ces PVVIH. Le croisement des différentes sources d'informations pour l'estimation précise de la taille de cette population n'a pu être fait par manque de données précises du secteur privé, de la PCT et de la CNAM à la date de remise de ce rapport.

3.4.5 Analyse des modes de transmission du VIH/SIDA en Tunisie :

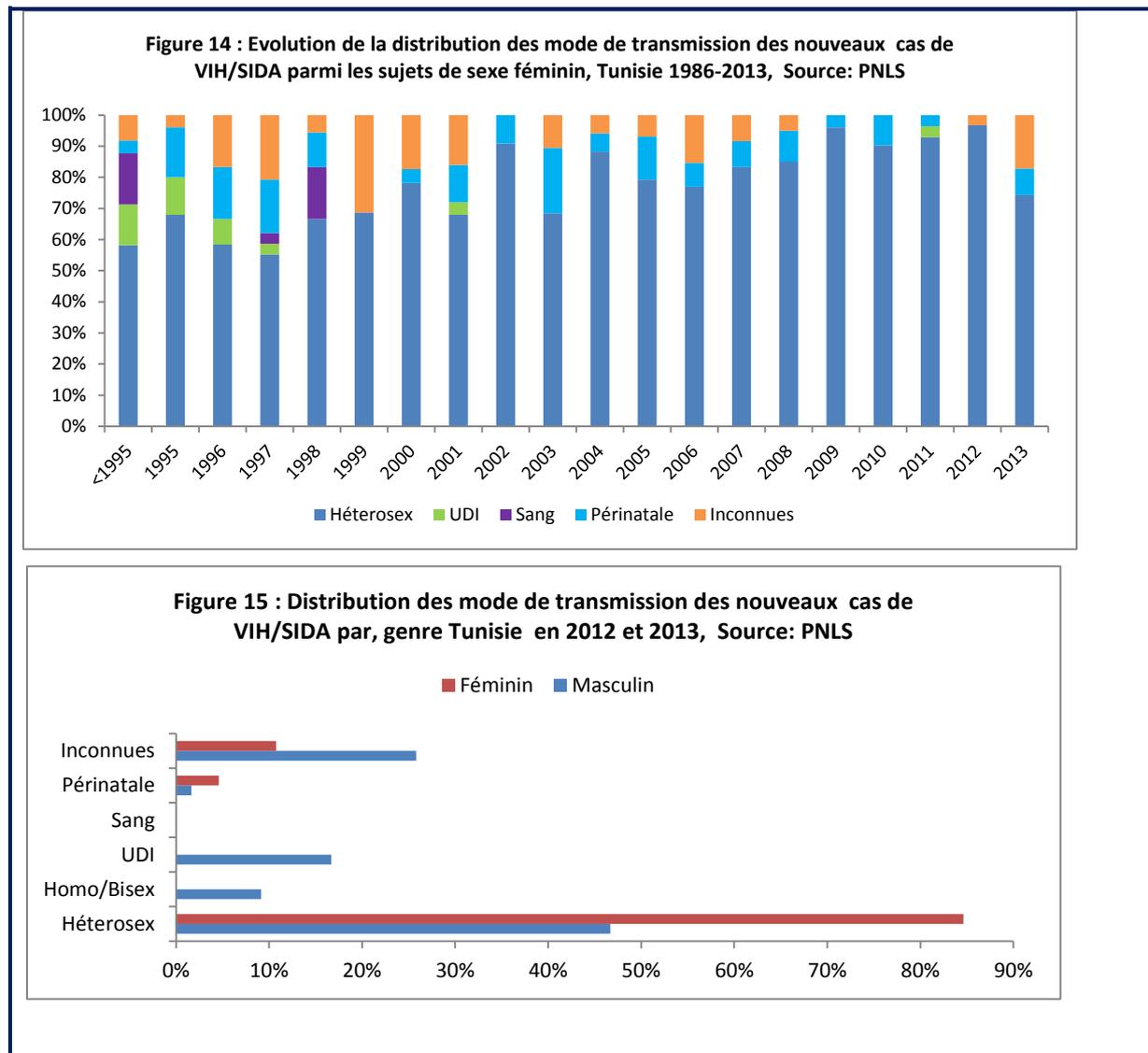
L'analyse des modes de transmissions des nouveaux cas notifiés à la DSSB depuis le début de l'épidémie en 1986 a montré que ceux-ci diffèrent en fonction du genre (Figures 12-15) :

Pour les hommes, deux périodes différentes se distinguent :

- Avant 1995, le mode de transmission le plus fréquent était l'usage de drogues par voie injectable ;
- De 1996 à 2013 c'est la transmission sexuelle qui prédomine.

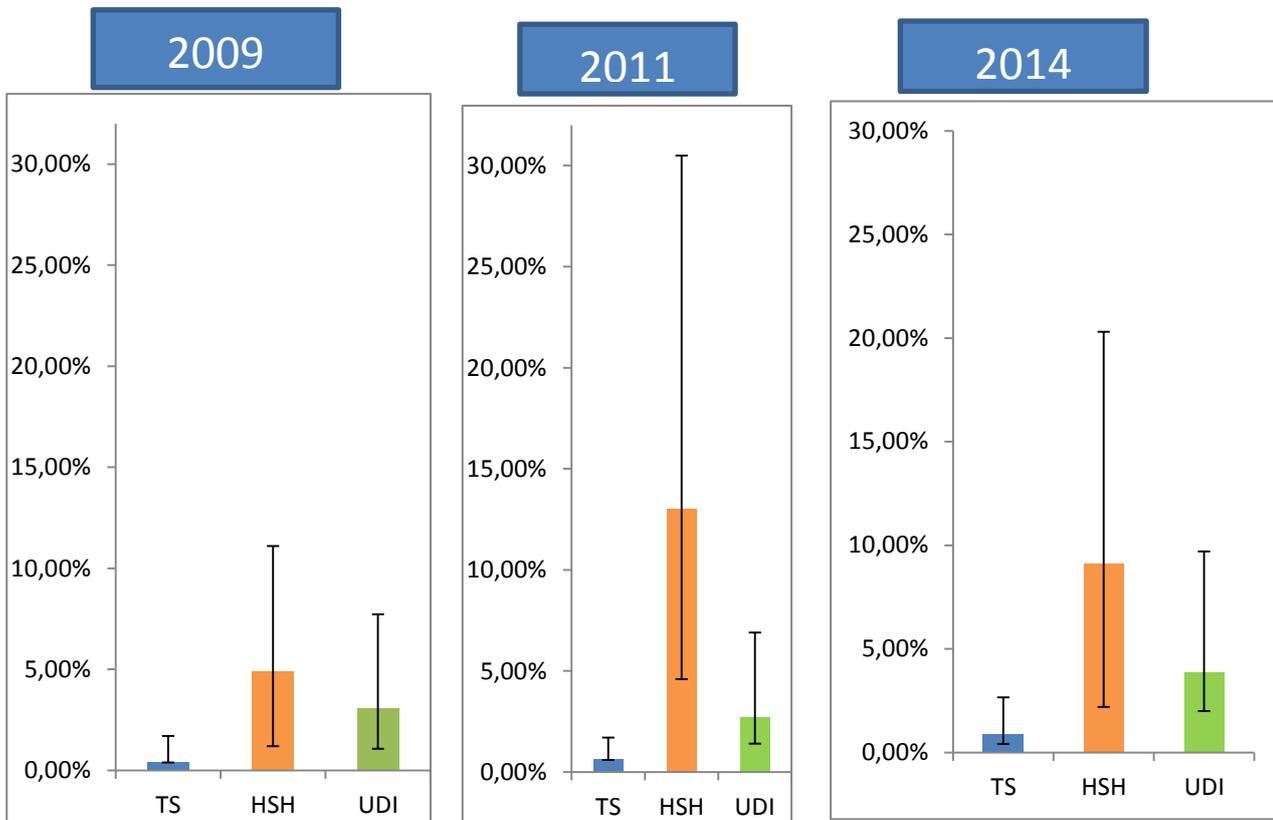
Pour les femmes, la transmission hétérosexuelle était le principal mode depuis le début de l'épidémie.





Depuis 2011, la Tunisie a caractérisé son épidémie comme concentrée sur la base de deux études séro-comportementales menées en 2009 et 2011 ayant montré que la prévalence du VIH est supérieure à 5% parmi les HSH. Une Troisième étude séro-comportementale a été menée en 2014 et a confirmé qu'il s'agit d'une épidémie concentrée (figures 16 et 17). L'exercice de l'analyse des modes de transmission mené en 2011 s'est appuyé sur les résultats de différentes enquêtes ainsi que les estimations des tailles des populations les plus à risque (MARPS),

Figure 16 : Prévalence (%) de l'infection au VIH chez les populations clés, Enquêtes séro-comportementale 2009 – 2011 - 2014



Les résultats de la cartographie menée par les différentes ONG impliquées dans la lutte contre le VIH complétés par les avis des experts ont conclu que les nouvelles infections attendues en 2012 proviendraient à 80% des groupes MARPS (HSH, UDI et TS) et leurs partenaires sexuels et les 20% restantes du reste de la population (partenaires occasionnels et couples stables).

Cependant, l'analyse des données du programme de 2012 et 2013 a montré que le mode de transmission hétérosexuel était le plus fréquent et a représenté 61% des cas : 47% pour les hommes et 85% pour les femmes (Figures 12-15). L'usage de drogues intraveineuses et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes constituait le deuxième et troisième mode de transmission chez les hommes avec respectivement 17% et 9% des cas. Le mode de transmission reste inconnu pour 26% des hommes et 11% des femmes et serait en rapport, le plus probablement, avec des comportements à risque que les personnes n'osent pas déclarer. L'analogie des résultats des projections sur les modes de transmission élaborées dans le cadre des différents modèles (MoT-2011, SPECTRUM-2013) et les données du programme reste limitée voire discordante.

Ceci pourrait être en partie expliqué par le fait que les nouveaux cas notifiés représentent les cas nouvellement diagnostiqués et dont la date d'infection pourrait remonter à plusieurs années et ne reflètent pas, par conséquent les nouvelles infections. A ceci s'ajoute le fait que le dépistage instauré depuis 2009 ne couvre pas les populations clés qui restent très peu accessibles probablement en rapport avec la stigmatisation et la marginalisation exercées sur ces groupes de la population du fait de leurs comportements.

Figure 17.1 : Prévalence (%) de l'infection au VIH chez les TS, Enquêtes séro-comportementale 2009 – 2011 - 2014

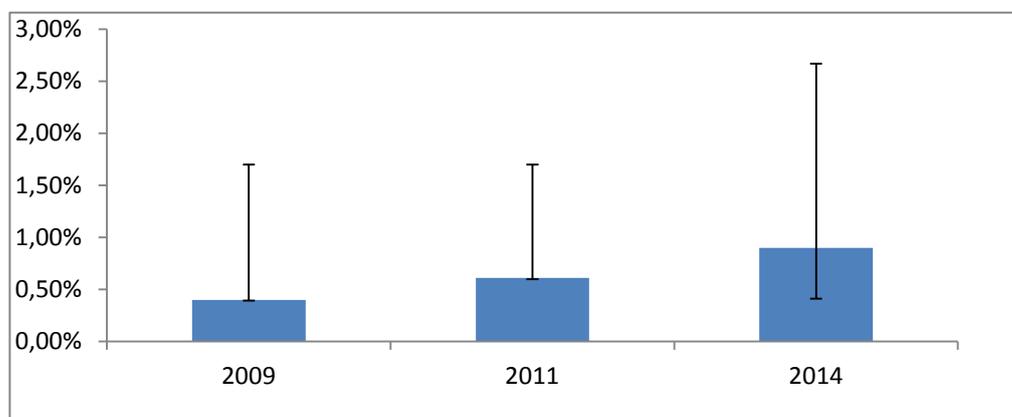


Figure 17.2 : Prévalence (%) de l'infection au VIH chez les HSH, Enquêtes séro-comportementale 2009 – 2011 - 2014

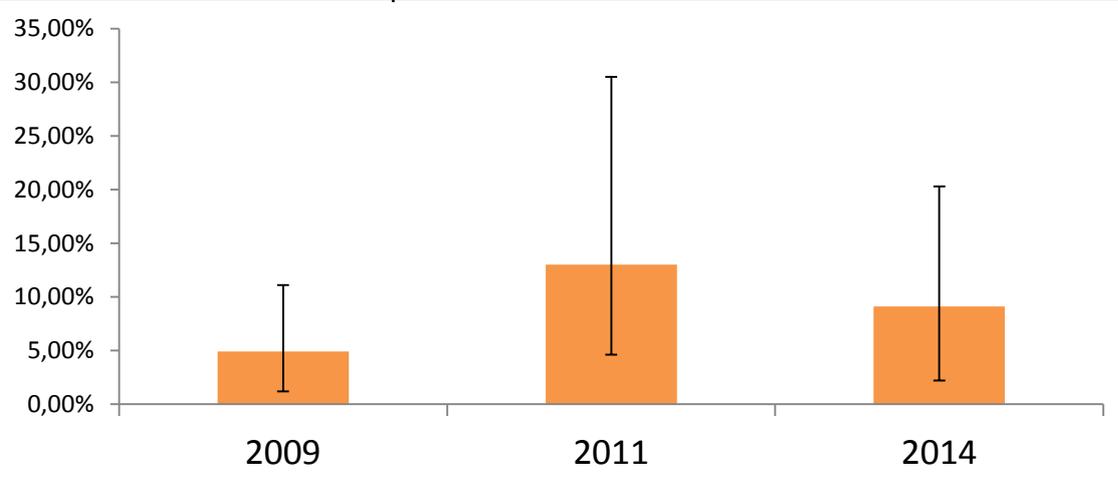
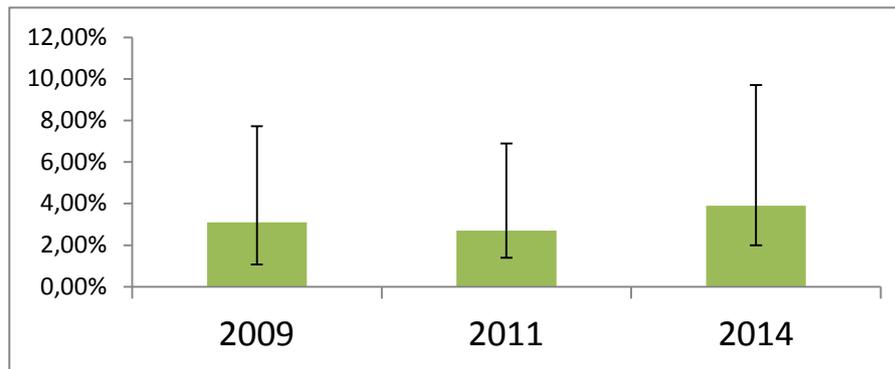


Figure 17 3 : Prévalence (%) de l'infection au VIH chez UDI, Enquêtes séro-comportementale 2009 – 2011 - 2014



3.4.6 Résultats des différents modèles

Deux séries d'études séro-comportementales ont été menées en Tunisie et ont contribué à analyser les modes de transmission et à la détermination des nouveaux taux d'infection à VIH lors de l'exercice sur les modes de transmission (MoT-2011) et l'actualisation des projections faites par SPECTRUM-2013.

L'exercice sur les modes de transmission (MoT) mené en 2011 grâce aux résultats de la cartographie et des enquêtes séro-comportementales, a montré que les HSH, suivi de loin par les UDI, doivent faire l'objet d'une attention particulière. L'analyse a montré aussi qu'il est important de s'occuper particulièrement de la population sexuellement active (figure 18).

Sur le plan national, la prévalence estimée par le MoT-2011 pour la population des adultes de 15-49 ans est de 3413 cas correspondant à une proportion de prévalence du VIH de 0,06% ; elle a varié de 0,1% pour le Grand Tunis à 0,05% pour les zones côtières et 0,02% pour les zones rurales situées à l'intérieur du pays. Quant à l'incidence attendue pour l'année 2012, elle a été estimée à 837 nouvelles infections avec les données sérologiques et comportementales ajustées par l'équipe MoT et validées par les experts nationaux. Ces estimations étaient de 439 pour le Grand Tunis, 450 pour les zones côtières et 23 pour les zones rurales situées à l'intérieur du pays.

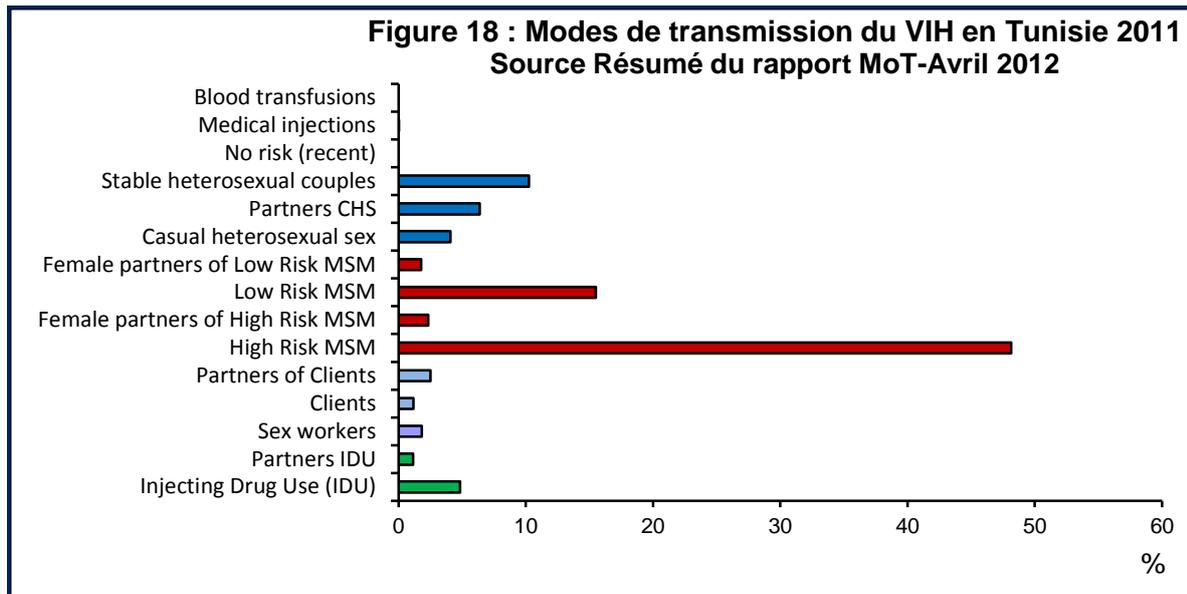
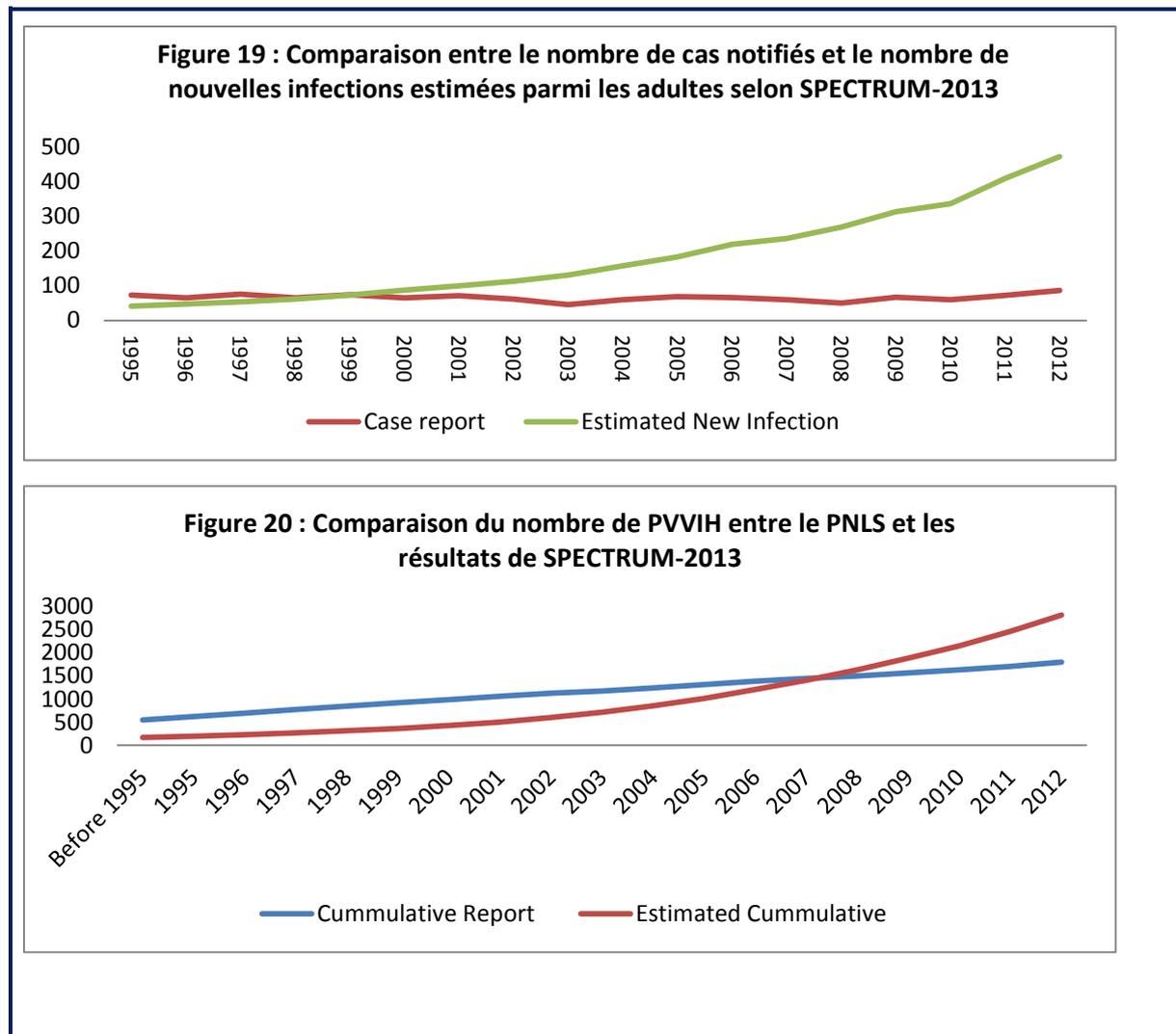


Tableau 1 : Comparaison des estimations faites par les modèles en 2011 et 2013 et les données de notification du PNLS en 2012

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

Les estimations faites par les deux modèles sont nettement supérieures et très différentes des données observées réellement en 2012 selon le PNLS ce qui fait les remarques suivantes :

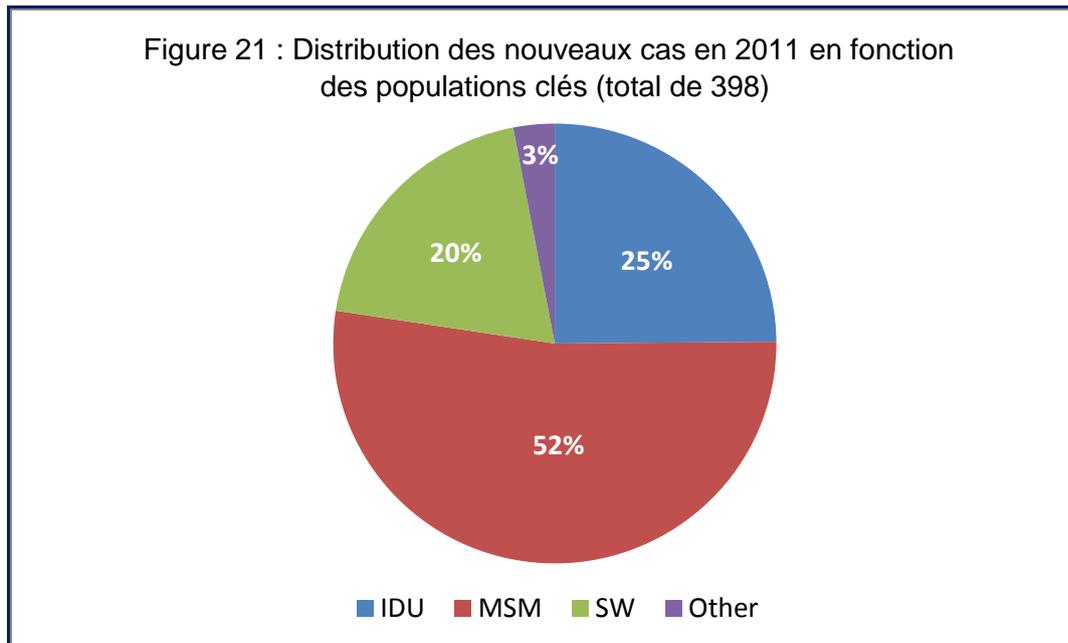
- La nécessité de renforcer l'information stratégique (enquêtes et données du suivi évaluation) pour l'appréciation de l'épidémie du VIH en Tunisie, notamment l'appréciation de la taille des populations clés particulièrement pour les différentes régions du pays.
- Il s'agit d'une épidémie cachée et les estimations faites par le MoT indique qu'il y aura beaucoup d'efforts à faire pour le dépistage et la prévention de l'infection auprès des populations clés et notamment les HSH et dans les zones urbaines (Grand Tunis et zones côtières). Afin de mieux cerner l'épidémie VIH en Tunisie, les efforts de prévention doivent être renforcés et décentralisés dans une approche de prévention combinée basée sur la promotion du dépistage communautaire ainsi que le dépistage ciblé en milieu clinique et en dehors des milieux de soins (ONG et CCDAG) le suivi des personnes dépistés...



Le poids respectif des différents modes de transmission varie également selon les régions et selon les populations, mettant en évidence des dynamiques de transmission différentes au plan géographique et populationnel.

Un tel profil d'épidémie faible en population générale contraste donc avec des taux de prévalence du VIH dépassant 5% (Annexe 2) dans certains sous-groupes de population, ce qui en santé publique définit une épidémie concentrée.

Il s'agit d'une épidémie « cachée » et les estimations faites par le MoT indiquent qu'il y aura beaucoup d'efforts à faire pour le dépistage et la prévention de l'infection à VIH auprès des populations clés et notamment les HSH et dans les zones urbaines (Grand Tunis et zones côtières).



Le VIH continue d'avoir un impact disproportionné sur les populations clés en Tunisie (PS et clients, HSH, UDI) et le programme de prise en charge du VIH doit prendre en compte cette réalité en s'adaptant aux besoins spécifiques de ces populations et en prenant en compte les disparités régionales (dynamique de l'épidémie, concentration de l'épidémie sur les populations clés).

3.5 : Conclusions et perspectives

Grace l'exercice de triangulation et au croisement des différentes sources de données, des résultats des trois séries d'enquêtes séro-comportementales et aux enquêtes qualitatives menées auprès des experts, des cliniciens, des PVVIH et des populations clés et au processus de validation mené par le programme national, l'épidémie de VIH en Tunisie est caractérisée par :

- **Épidémie du VIH en Tunisie est de basse prévalence** : Une épidémie de type concentrée parmi les populations clés, puisque la séroprévalence a été supérieure à 5% au cours des enquêtes séro-comportementales de 2009 et 2011 et confirmée par l'enquête de 2014
- **Épidémie stable au niveau de la population** : Ce qui marque l'importance de la réponse en termes de prévention et de prise en charge. Le sex-ratio montre que les hommes sont deux fois plus touchés que les femmes, ce qui confirme la répartition des modes de transmission
- **Épidémie hétérogène sur le plan géographique** : Plutôt urbaine (Grand-Tunis)
- **Épidémie « cachée »** : Un pourcentage important de personnes ne connaissent pas leur statut sérologique. Similitude épidémiologique de la région du Maghreb et du Moyen Orient

Le programme national dispose actuellement de données très riches grâce aux trois séries d'enquêtes séro-comportementales, à la cartographie de ces populations avec des estimations de taille, mais les données restent pas assez représentatives de l'ensemble du pays et limitées aux zones côtières et aux grandes villes.

Toutefois certaines limites ont été soulevées en rapport avec :

- Les efforts de dépistage et de prévention auprès des MARPS
- La qualité des données et surtout les données manquantes
- Recueil de données de surveillance de manière systématique

- La disponibilité des données pour l'analyse
- Le circuit de collecte des données dans le cadre du plan national de suivi évaluation
- La Décentralisation de l'analyse des données

Une riposte nationale efficace devrait fournir une information, des services et un soutien dans le domaine du VIH aux populations les plus vulnérables ou dont le risque d'être exposées est le plus élevé. Il est fondamental de savoir dans quelles mesures le VIH est présent dans diverses populations. Ces populations peuvent être mieux identifiées grâce à la répétition de la surveillance de deuxième génération par la réalisation d'enquêtes séro-comportementales de qualité, une cartographie participative et des consultations avec les populations vulnérables, les Personnes Vivants avec le VIH et les prestataires de services.

La collecte et l'analyse permanente d'informations stratégiques en vue d'évaluer la situation épidémiologique et la riposte sont essentielles pour comprendre les réalités actuelles et l'évolution de l'épidémie afin d'adapter de manière appropriée les programmes de prévention du VIH. Le cours évolutif de l'épidémie VIH en Tunisie sera déterminé par la taille de la ou des populations vulnérables et par la fréquence et la nature des liens entre les sous populations.

Pour mieux connaître son épidémie, le pays devrait mieux comprendre la dynamique de la transmission du VIH dans les populations touchées et la manière dont ces groupes interagissent avec d'autres groupes et avec la population dans son ensemble.

Il est ainsi recommandé de renouveler les exercices de cartographie pour des estimations fiables de la taille des populations clés et les modélisations déjà initiées depuis 2009 (MoT et SPECTRUM) de manière périodique, en complétant les données manquantes par le recueil et l'analyse des données du suivi évaluation de manière systématique et par la réalisation d'une série d'enquêtes séro-comportementale de façon périodique.

Le profil de l'épidémie de VIH en Tunisie et les enjeux qu'il soulève, constitue un défi important vis-à-vis des objectifs de l'accès universel, qui ne peuvent être atteints que si l'on peut dépister le maximum des personnes atteintes, afin de les faire bénéficier des services de prévention (prévention combinée, PTME notamment) et orientation accompagnée pour la prise en charge médicale et le continuum de soins.

C'est tout l'enjeu à résoudre pour la Tunisie : avec une épidémie à VIH de faible prévalence, il faut beaucoup d'efforts pour une information stratégique et une action robuste permettant d'identifier les personnes touchées par le VIH qui ignorent leur statut sérologique et aller vers les objectifs de couverture de l'accès universel.

3.7 Résumé de l'analyse de la riposte dans le contexte des engagements nationaux :

La Tunisie a réaffirmé, auprès des différentes instances internationales notamment la réunion de Haut Niveau en juin 2011 à New York et à de nombreuses occasions, son engagement à œuvrer avec la communauté internationale en vue de lutter contre cette maladie et d'en contenir la propagation. Le programme national de lutte contre le Sida et les maladies sexuellement transmissibles (PNLS) a été mis en place en 1987. Depuis 1992, le PNLS est appuyé par le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) qui est composé de quatre sous-comités techniques couvrant les domaines prioritaires de la lutte contre le VIH a) Surveillance épidémiologique du VIH/Sida, b) information, éducation et communication (IEC), c) Prise en charge médicale et psychologique des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et d) sous-comité d'Éthique et de législation.

L'analyse de la riposte nationale²¹ a dressé un bilan des résultats enregistrés dans le cadre de la mise en œuvre du cadre stratégique national 2012-2016 et a identifié pour chaque axe stratégique les forces et les faiblesses.

Le résumé de ce bilan est succinctement présenté ci-dessous :

Le PSN 2012-2016 s'articule autour de quatre axes stratégiques couvrant les dix objectifs énoncés dans la Déclaration Politique (DP) sur le VIH/sida de l'Assemblée Générale des Nations Unies de 2011. Il s'agit de :

- **Axe stratégique 1** : Réduction des nouvelles infections à VIH par l'amélioration de l'accès universel à la prévention chez les populations vulnérables, et en particulier celles ayant des comportements à risque (MARPS).
- **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 PVVIH et de leur entourage affecté.
- **Axe stratégique 3** : Réforme du cadre juridique et promotion des droits humains pour la garantie de la dignité de la personne et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida.
- **Axe stratégique 4** : Mise en place de mécanismes efficaces et durables pour la riposte à l'infection par le VIH/sida.

3.5.1 Analyse de la riposte nationale

L'accès universel à la prise en charge de l'infection à VIH et particulièrement au TARV précoce est un enjeu mondial qui concerne tous les pays. Depuis Mai 2010, la prescription du TARV et le suivi clinique et immunologique des PVVIH sont harmonisés entre les différents services de prise en charge et reposent sur des recommandations nationales élaborées par un groupe d'experts nationaux.

Les résultats de la prise en charge de l'infection par le VIH en Tunisie se distinguent parmi les pays de la région MENA par une démarche visant l'atteinte des objectifs de l'accès universel aux

²¹ Revue Annuelle du Plan Stratégique Nationale de la Riposte à l'infection au VIH en Tunisie (2012-2016) Rapport 2012

services de prévention et de prise en charge selon une approche holistique. Ils nécessitent toutefois, un renforcement de la riposte nationale dans toutes ces dimensions.

L'analyse de la riposte face à l'épidémie de l'infection par le VIH en Tunisie montre que l'accès à la prévention et aux soins ont été constants depuis plusieurs années, ce qui témoigne de l'engagement national.

Il est aujourd'hui important de faire évoluer la riposte nationale tant du point de vue quantitatif que qualitatif et d'améliorer les différentes composantes de la prise en charge des PVVIH.

Dans le domaine du dépistage.

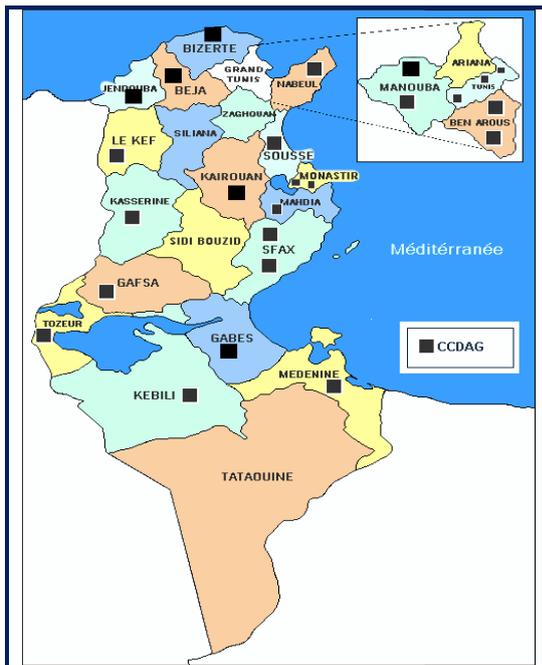
Le dispositif actuel de dépistage est centré sur les CCDAG avec un personnel formé.²² Les normes actuelles exigent une confirmation de la séropositivité par un test Western Blot (WB) réalisée par le laboratoire de virologie de référence (Hôpital Charles Nicolle-Tunis) et dont le coût est plus élevé, plus long à réaliser avec le risque que les personnes identifiées séropositives ne récupèrent pas leur résultat de confirmation. Ceci peut constituer le premier niveau de la « cascade du dépistage ». L'OMS recommande dans les pays aux ressources limitées, un algorithme de dépistage basé sur une séquence de 2 ou 3 tests rapides (et/ou ELISA), sans WB²³. Cet algorithme n'est pas très adapté au contexte tunisien actuel.

En dehors du dépistage obligatoire dans le cadre du don de sang, la stratégie actuelle de dépistage repose sur une demande individuelle de dépistage à l'initiative de toute personne souhaitant connaître son statut sérologique vis à vis du VIH dans le cas d'une situation d'exposition à un risque²⁴. Malheureusement, force est de constater, au regard de l'analyse des files actives des structures de dépistage que cette démarche ne draine pas encore les personnes les plus à risque. Le dépistage ciblé, jusque-là proposé à la femme enceinte, n'était pas correctement respecté et le dépistage au cours des IST et du certificat pré-nuptial est rarement proposé. L'absence de stratégie de dépistage explique qu'environ 30% des PVVIH sont encore notifiés à un stade tardif (stade C) de l'infection et 50% ignorent leurs statuts sérologiques.

²² Formation pilote sur l'organisation du dépistage volontaire et le counseling pré et post test en Tunisie, rapport du Dr Kémal CHERABI et du Dr Malkin, novembre 2007

²³ Revue du dispositif national de Conseil et Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH (CDAG) TUNISIE Décembre 2011 – Janvier 2013 VERONIQUE BORTOLETTI – CHAFIK GHORBEL

²⁴ Stratégie nationale de dépistage du VIH en Tunisie



Carte 2 : Localisation géographique des CCDAG

L'analyse de la riposte au VIH a montré que la référence d'une PVVIH nouvellement diagnostiquée vers les centres de prise en charge de l'infection à VIH semble poser quelques problèmes. Il n'existe pas de mécanisme d'accompagnement des personnes qui découvrent leur séropositivité, à l'exception de quelques initiatives associatives.

Le dépistage à l'initiative du soignant ou du prestataire de service devra être développé, et systématisé pour certains groupes (patients ayant des signes et symptômes, ayant une tuberculose, une IST, femmes enceintes, populations clés).

Il est néanmoins indispensable de développer et faire connaître la stratégie nationale de dépistage du VIH validée en Avril 2014, qui donne un cadre définissant la place et les conditions de mise en œuvre des différents modèles de dépistage, et de préciser les objectifs et cibles, ainsi que les normes et standards. La stratégie nationale de dépistage vise surtout à renforcer et élargir le conseil et test VIH à l'initiative du soignant dans les structures de santé, à intensifier le conseil et test volontaire dans les structures de santé, les CCDAG et les ONG et à renforcer le conseil et test VIH auprès des populations clés. Les principaux axes de travail de la stratégie de dépistage figurent dans l'annexe 3.

Un des défis sera d'offrir aux populations clés le dépistage du VIH au sein d'un paquet d'interventions spécifiques de prévention et de soins (prévention combinée). Ces services étant actuellement encore peu disponibles à l'échelle nationale.

En effet, l'orientation des interventions vers les populations clés ne doit pas seulement concerner le dépistage et les interventions de prévention, mais surtout l'atteinte d'un niveau maximal de couverture en matière de prise en charge du VIH, dans les régions les plus touchées par l'épidémie. Selon l'analyse des files actives des centres de dépistage, les populations clés ne représentent que près de 10% des clients – PS autorisées (1,3%), PS clandestines (2,2%), UDI (4%), HSH (2,1%) – dont 5,8% seulement pour les centres ONFP, 11,5% pour les centres des

ONG et ceux des CSSB/ hôpitaux²⁵. On peut donc considérer que le dépistage n'est pas ciblé sur les populations les plus à risque.

Il est intéressant de souligner que deux centres seulement, La Marsa²⁶ et le 9 Avril²⁷ rapportent 87% (300 à La Marsa, 96 au centre du 9 Avril) des HSH ayant fréquenté les CCDAG, suggérant un possible effet de « bouche à oreille » parmi ce groupe. Les PS clandestines semblent avoir plus souvent recours aux centres de l'ONFP (74% - 352/474, dont 134 à Nabeul) contre 8% pour les centres ONG et 17,5% pour les centres des CSSB/DRSP/hôpitaux. Enfin, les UDI fréquentent surtout les ONG et les centres des CSSB/DRSP/hôpitaux ; seuls 3% sont rapportés par les centres ONFP.

On remarque ici un fait intéressant : Les données cumulées montrent qu'au cours des 3 années du dispositif 58% (36/62) des tests positifs proviennent des centres CSSB/DRSP/Hôpitaux, 31% des centres ONGs et seulement 11% de ceux de l'ONFP, ce qui plaide pour l'approche dite du ciblage. En effet, les populations clés concentrent l'épidémie avec des taux de prévalence assez élevés et nombre de nouvelles infections leurs sont attribuables (ce n'est pas très clair, il y a aussi 2 CCDAG : La Marsa et 9 Avril). Le traitement du plus grand nombre de PVVIH dans ces groupes spécifiques pourrait donc permettre d'obtenir à l'échelle de sous-populations l'effet préventif qui a été modélisé récemment pour illustrer le concept de « Treatment as Prevention (TasP) »²⁸. L'accès universel à la prise en charge pour les populations clés permettrait donc de faire disparaître à terme les principaux moteurs de l'épidémie en Tunisie. Ainsi, l'approche « Test, Treat and retain » pourrait trouver chez les populations clés tout son intérêt.

De ce point de vue et compte-tenu des recommandations récentes de l'OMS sur les stratégies de dépistage selon les contextes épidémiques, l'utilisation de combinaisons de trousse de tests rapides pour confirmer une infection à VIH devrait être appliquée dans le contexte de la Tunisie, comme dans de nombreux pays d'Afrique sub-saharienne à épidémies mixtes ou concentrées. . Actuellement, pour réduire le nombre des perdus de vue, l'algorithme de dépistage recommande de référer et accompagner la personne vers un service de prise en charge pour confirmation du test et soins.

La mise en œuvre des recommandations proposées dans la présente analyse de la riposte doit permettre de surmonter certains des obstacles majeurs identifiés et ainsi augmenter l'accès et l'utilisation des services :

- Promouvoir et accompagner le dépistage en prénatal pour atteindre 100% des femmes enceintes et prévenir la transmission mère-enfant du VIH, cela passe par une proposition systématique du test VIH faite par les soignants à toutes les femmes enceintes consultant en prénatal selon l'approche opt out, mais aussi par une incitation des femmes à utiliser les services (consultations prénatales, accouchement en milieu de soins) dans le cadre du programme maternité sans risque et de la stratégie nationale de PTME. Le dépistage VIH par le test rapide en prénatal a été

25 Revue du dispositif national de Conseil et Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH (CDAG) TUNISIE Décembre 2011 – Janvier 2013 VERONIQUE BORTOLETTI – CHAFIK GHORBEL

26 Voir carte d'implantation des CCDAG

27 Voir carte d'implantation des CCDAG

28 Voir Granich RM, Gilks CF, Dye C, et al. Lancet 2009 Jan 3 ; 373(9657) :48-57 ainsi que De Cock KM, Gilks CF, Lo YR, et al. Lancet 2009 Jan 3 ; 373(9657) :

mis en place dans 7 gouvernorats (Tunis, Manouba, Ben Arous, Ariana, Sousse, Monastir, Sfax) depuis le 1er Juillet 2014.

- Réduire au maximum les occasions manquées de dépistage initié par les prestataires, l'offre doit s'adresser aux populations les plus exposées au risque mais « l'obligation de proposition » du test s'adresse aux soignants devant une tuberculose, une IST, consultations ou hospitalisations pour des symptômes évocateurs d'infection à VIH, personnes ayant des comportements à risque ou partenaire d'une PVVIH
- Cibler les populations clés, car elles sont plus exposées au risque d'infection à VIH et avec des taux de prévalence particulièrement élevés et elles constituent ce qu'on a l'habitude d'appeler des « moteurs de l'épidémie ». L'offre de conseil et de dépistage doit être systématiquement portée au-devant d'eux à travers des interventions diversifiées : campagnes mobiles, dépistage en stratégie avancée qui consiste à aller vers les populations, dépistage communautaire à travers les ONG, proposition de dépistage durant les interventions de prévention combinée, amélioration de la qualité des services dans les CCDAG, intervention des éducateurs pairs, etc
- Mettre en place un système de référence pour l'accompagnement des personnes identifiées séropositives au VIH, notamment celles issus des milieux vulnérables, pour éviter les perdus de vue du dépistage (référence active utilisant au besoin des accompagnateurs psycho-sociaux issus du monde communautaire). L'objectif est aussi bien aujourd'hui de dépister pour inciter les personnes séronégatives à le rester, que de dépister le maximum de personnes séropositives afin qu'elles accèdent à une prise en charge précoce et optimale. A moyen et long terme, le résultat en termes de santé publique sera plus efficient, puisqu'une fois traitées par des antirétroviraux avec une suppression virologique, les PVVIH ne sont plus susceptibles de transmettre le VIH et les personnes séronégatives auront ainsi toutes les chances de le rester.

Dans le domaine de la prise en charge

Les données de l'année 2012 et celles de 2013, montrent que le nombre de personnes bénéficiant du TARV selon les projections du PSN a été largement atteint par rapport au seuil de 350/mm³ de CD4 de l'OMS. Elles sont estimées 546 PVVIH sous antirétroviraux (fin décembre 2013) avec un taux de couverture d'environ 42%. Un second constat issu des entretiens qui enrichi l'analyse de la réponse dans le domaine de la prise en charge indique qu'il n'y a pas en principe de restriction d'accès aux antirétroviraux en Tunisie pour les personnes qui le nécessitent et ceci doit être considéré comme un acquis du CNLS/PNLS. Bien que la cible prévue ait été pleinement atteinte, du point de vue de ce qui avait été prévu, il demeure des questions sur le fait de savoir si toutes les personnes éligibles au traitement se présentent pour une prise en charge médicale au moment opportun. Les entretiens avec les soignants constatent que les PVVIH accèdent encore trop souvent tardivement aux soins, puisqu'environ 30% d'entre elles découvrent concomitamment une infection opportuniste et/ou une néoplasie et en même temps l'infection par le VIH. Ceci indique une probable « cascade de perdus de vue » entre le moment du dépistage de l'infection par le VIH et le moment de la prise en charge médicale et biologique.

En outre, la prise en charge des populations migrantes (ressortissants des pays voisins, étudiants étrangers originaires d'Afrique Subsaharienne qui résident en Tunisie...), n'est pas comptabilisée dans la file active nationale à l'exception des personnes qui achètent leurs TARV à la PCT. En effet, la prise en charge des populations migrantes est assurée par certains médecins

cliniciens exerçant à l'hôpital ou en libre pratique²⁹ parmi lesquels certains ont soulevé des difficultés d'accès aux ARV et la nécessité de clarifier le dispositif qui facilitera leurs interventions médicales auprès de ces populations (environ 500 à 600 selon la file active des praticiens de libre pratique) avec le problème persistant de la circulaire n°16/2000 du 27 février 2000. L'enquête qualitative auprès d'un échantillon de médecins spécialistes et exerçant en libre pratique devra être approfondie pour estimer de manière plus précise le nombre de ressortissants étrangers candidats à une prise en charge médicale et un suivi de l'infection par le VIH.

On constate, cependant, quelques variations des habitudes de prescription d'un site à l'autre. Cela a pu entraîner quelques difficultés en matière de gestion des approvisionnements et des stocks. Comme l'ont signalé les PVVIH, le pays a connu certaines ruptures de stock et des retards ou des changements de prescription, en particulier le switching des PVVIH sous d4T et sous indinavir dont l'usage n'est plus recommandé. En effet, les quantifications, commandes et répartitions sont effectuées sur la base des recommandations nationales élaborées en Mai 2010 et actualisées en Décembre 2013 selon les dernières recommandations internationales et celles de l'OMS, ainsi que les données des files actives issues des 4 centres de prise en charge. L'impact positif des recommandations sur l'harmonisation des prescriptions d'antirétroviraux avec un taux de conformité du TARV aux recommandations passant de 78% en 2010 à 98% en 2012. L'analyse de 460 prescriptions d'antirétroviraux en 2012 a montré que 68,5% des PVVIH recevaient une trithérapie de première ligne, 21,5% une trithérapie de deuxième ligne et 10% diverses associations d'antirétroviraux. Tout en restant conformes aux recommandations, des modifications du TARV sont possibles en raison essentiellement d'un échec immuno-virologique, d'une intolérance, ou d'une toxicité.

Toutefois, il demeure un faible taux d'observance thérapeutique parmi les patients traités, estimé entre 35 % et 50 % ce qui expose au risque de résistance aux antirétroviraux, la disponibilité intermittente des tests de résistance, les difficultés d'accès aux antirétroviraux de troisième ligne et l'absence de stratégie nationale de récupération des perdus de vue sous TARV.

Les estimations pour les commandes d'antirétroviraux sont certes orientées par les données de consommation, mais cela peut ne pas suffire à anticiper certaines pratiques de changement de prescriptions pour les raisons citées. Des ruptures de stocks liées à cette cause, délicates à gérer au niveau national par le PNLS, ce d'autant que les mécanismes de commandes d'antirétroviraux diffèrent selon le mode de financement de l'Etat ou à travers la subvention du Fonds mondial mais qui demandent dans les deux quelques mois pour l'acquisition des médicaments. La réduction des disparités d'utilisation des antirétroviraux en 1ère et 2ème ligne de traitement, dont la standardisation est recommandée par l'OMS pour faciliter le passage à l'échelle des programmes de prise en charge et en réduire les coûts, nécessite le respect des recommandations nationales en matière de thérapeutique ARV qui a été actualisée en décembre 2013. La question de l'utilisation des médicaments génériques continue de se poser tant du point de vue de la législation que du point de vue de l'accès à des prix pratiqués par les laboratoires internationaux, pour les autres pays de la région. Il faut également encourager les prescriptions à bases de formes combinées fixes dans le but d'améliorer la tolérance et renforcer l'observance.

²⁹ Enquête qualitative auprès des médecins spécialistes exerçant en libre pratique à Tunis et Sfax notamment, pour estimer la taille et le profil des populations étrangères suivie pour le VIH en Tunisie.

A la lumière des informations recueillies, l'utilisation des antirétroviraux dans les sites de prise en charge médicale semble respecter globalement les recommandations nationales, et par conséquent les recommandations internationales, sur la base desquelles les recommandations de la Tunisie ont été conçues et récemment révisées.³⁰ Celle-ci devrait viser plusieurs objectifs, dont le premier est celui d'adapter les nouvelles recommandations de l'OMS publiées en juin 2013, mais aussi d'établir un meilleur consensus national entre les équipes de prescripteurs en standardisant mieux les pratiques.

En dépit du fait que tous les soignants fassent état d'une proportion de perdus de vue (PDV) élevée, entre 10 % et 20 % selon les files actives, estimée à partir des décès et des personnes traitées qui ne reviennent pas régulièrement aux consultations médicales ou encore celles qui ont une « mobilité médicale »³¹, il est difficile de chiffrer les perdus de vue sans étude spécifique sur ce sujet. Tous les interlocuteurs rencontrés, soignants et acteurs associatifs, s'accordent sur les dangers de la « cascade de la prise en charge » c'est-à-dire un décalage entre les personnes dépistées et les personnes engagées dans une prise en charge médicale. Cette situation risque de devenir une problématique si rien n'est prévu dans le sens d'une démarche active de prévention et de recherche des perdus de vue.

Parmi les recommandations les plus importantes de ce domaine, il y a la nécessité d'élargir l'offre de soins au plan géographique par l'ouverture de nouveaux pôles de prise en charge et l'ouverture d'hôpitaux de jour en particulier dans les centres où les files actives sont les plus importantes.

Dans le domaine de continuité des soins

L'analyse de la riposte en Tunisie, fait également ressortir que la continuité des soins, (terme plus approprié pour expliquer les autres dimensions de la prise en charge globale), pose encore problème malgré l'existence d'un « Dispositif National de prise en charge Psychologique et social des PVVIH en Tunisie »³², sous l'égide de la DSSB et en partenariat avec les associations et le Ministère des affaires sociales.

En effet, la prise en charge psychologique et sociale est intégrée à la prise en charge globale des PVVIH à travers les interventions coordonnées et cohérentes des psychologues, des assistantes sociales affectées dans les 4 pôles de prise en charge thérapeutique de l'infection par le VIH. A côté des professionnels, les acteurs associatifs issus des principales associations tunisiennes de lutte contre le Sida dont celles qui regroupent les PVVIH, et de prévention des toxicomanies, s'associent pour mettre en œuvre l'accompagnement psychosocial des PVVIH. Ainsi, les PVVIH ont été placées au cœur du dispositif en tant que bénéficiaires et acteurs de la continuité entre la prévention et les soins.

Le dispositif, n'est pas fonctionnel dans tous les pôles de prise en charge et les accompagnateurs socio-sanitaires (taux de réalisation est estimé à 33%) ne bénéficient pas de la reconnaissance de leur fonction. L'analyse de la riposte a constaté d'importantes disparités en matière de mise en œuvre de ce programme. Le paquet de services n'est pas systématique dans tous les centres et le plus souvent hétérogène d'un site de prise en charge à l'autre, qui se reflète

30 Trithérapie antirétrovirale, recommandations de pratiques cliniques 2013. Avec le pilotage scientifique du PNLS et l'appui du Fonds Mondial

31 « Mobilité médicale », il s'agit des personnes qui changent de site de prise en charge sans prévenir le médecin prescripteur

32 Dispositif National d'accompagnement psychologique et social des PVVIH en Tunisie 2008/2009.

par une faible utilisation de l'offre de soins et de continuité de soins attestée par un taux d'observance thérapeutique estimée entre 35% et 50% en 2012. A cela s'ajoute un accroissement des résistances aux antirétroviraux.

Plusieurs problématiques ont été soulevées à ce sujet :

- La difficulté des patients à respecter l'observance des TARV, malgré les mesures d'accompagnement qui au demeurant ne sont pas systématiques dans tous les centres de prise en charge.
- La persistance des difficultés de l'accès aux soins pour certains patients demeurant très loin des centres de prise en charge.
- La situation de précarité sociale de certains patients qui nécessite un accompagnement renforcé et un appui psycho-social.
- La coordination entre les services publics de prise en charge et le secteur de libre pratique.
- La coordination entre les services sociaux publics et ceux offerts par le personnel recruté dans le cadre de la subvention VIH financée par le Fonds mondial.
- Le coût élevé des antirétroviraux (produits princeps) et l'absence d'une stratégie nationale de traitement par les antirétroviraux génériques

Une préparation au traitement, à l'observance et l'éducation thérapeutique, une clarification du circuit de la prise en charge une application des recommandations avec une simplification des protocoles thérapeutiques (utilisation des formes combinées fixes) et des mesures spécifiques pour la prévention et la recherche active des perdus de vue doivent également être intégrées aux composantes du « Dispositif National de prise en charge Psychologique et social des PVVIH en Tunisie », et prévoir son évaluation prochaine.

Avec l'actualisation des recommandations nationales et avec l'initiation du TARV pour le seuil de 500 CD4/mm³ et les objectifs de l'accès universel, la demande de prise en charge et de prescription d'antirétroviraux risquent d'augmenter dans les prochaines années, il est par conséquent important d'anticiper la demande attendue de soins et de continuité du TARV. Par ailleurs, l'implémentation de la stratégie de dépistage devrait augmenter le nombre de nouvelles infections et l'accès aux soins.

C'est tout l'enjeu de cette révision du PSN qui doit amener le pays vers une planification optimale du programme de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH. C'est également l'enjeu de la décentralisation et de la diversification de l'offre de soins et de prise en charge, pour une couverture des besoins à travers le territoire national.

Il s'agit aussi d'aligner les interventions de prise en charge sur les dynamiques de transmission du VIH en Tunisie en déterminant les zones prioritaires et les populations les plus touchées.

A cet effet, la contribution conjuguée du secteur public, du secteur parapublic, du secteur de libre pratique et du monde communautaire avec l'ensemble de leurs ressources humaines et compétences (médecins spécialistes et généralistes, pharmaciens, paramédicaux et personnels psychosociaux) est fondamentale. Elle pourrait, en effet, permettre de mieux faire face aux besoins et accroître les niveaux de couverture dans le domaine des soins et du traitement dans un souci d'équité.

En ce qui concerne la prise en charge des enfants et des femmes enceintes, d'importants efforts sont également nécessaires car il est aujourd'hui inacceptable que des enfants continuent d'être

infectés par le VIH alors que des moyens efficaces existent pour prévenir leur infection. Comme il est inacceptable que leur accès aux soins soit moindre que celui des adultes.

Le VIH continue d'avoir un impact disproportionné sur les populations clés en Tunisie (PS et clients, HSH, UDI) et le programme de prise en charge du VIH doit prendre en compte cette réalité en s'adaptant aux besoins spécifiques de ces populations et en prenant en compte les disparités régionales (dynamique de l'épidémie, poids de l'épidémie sur les populations clés).

Dans le domaine du système communautaire et associatif

Au cours de ces dernières années, les associations impliquées dans la lutte contre le VIH en Tunisie, ont vu leurs capacités se renforcer et ont développé des initiatives pour participer à la réponse nationale de lutte contre les IST et le VIH.

Les associations en partenariat avec le PNLIS ont lancé des programmes de sensibilisation et de prévention de proximité en direction des populations clés notamment les HSH, les UDI et les PS. Il s'agit de programmes pionniers qui se basent sur la réduction des risques sexuelles et des risques liés à l'injection de drogue, l'échange de seringues articulés à l'éducation par les paires, la prévention et le changement de comportement, la promotion de la connaissance du statut sérologique, la médiation, le soutien psychologique et social et l'accès aux soins.

En plus de ces interventions de prévention de soutien et d'accompagnement, le réseau associatif tunisien de lutte contre le VIH a initié des interventions dans le domaine des droits humains. Outre le plaidoyer développé par la société civile, un observatoire tunisien du VIH, de l'Ethique et des Droits Humains a été promu pour :

- Participer à la **collecte des données** ayant trait aux différentes formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH/sida.
- **Plaider la protection des droits humains**, le respect de la dignité de la personne dans les différents contextes du VIH/sida en Tunisie.
- **Fournir une information** susceptible de refléter l'évolution de la riposte au VIH/sida en Tunisie.
- **Informers et sensibiliser sur la stigmatisation** et la discrimination dans les différents contextes du VIH/sida en Tunisie.
- Participer à la **promotion de l'éthique** dans les différents contextes du VIH/sida en Tunisie.

Cependant, ces associations qui sont les mieux placées pour atteindre les populations les plus à risque et dont les capacités ont été renforcées, leurs interventions se sont essentiellement concentrées sur certaines villes du littoral tunisien (Tunis, Sfax et à un moindre degré Sousse) et certains quartiers du Grand Tunis. Les interventions de ces associations ne couvrent pas tous les besoins des personnes les plus à risque (CCC, prévention de proximité, échanges des seringues et aiguilles ...) alors que les comportements à risque se développent dans différentes régions de la Tunisie. Des difficultés de ciblage et d'accès aux différents groupes à haut risque (HSH, UDI, PS) sont à souligner en raison d'un manque de moyens matériels et humains (personnel, compétence et expérience). En outre, les associations ne sont pas toujours bien outillées pour la mobilisation des ressources, pour le plaidoyer, pour l'adoption d'une approche de réduction des risques et une gestion axée sur les résultats, pour le dépistage communautaire et certaines activités de proximité.

Par ailleurs, on note quelques faiblesses dans la coordination entre associations, d'une part, et entre associations et organismes gouvernementaux d'autre part, au niveau national et au niveau des gouvernorats (absence de convention de partenariat entre le PNLS et les associations pour l'atteinte des résultats du PSN). Le nombre des associations actives dans le cadre de la lutte contre le sida est resté constant et limité. Ainsi, les activités des associations peuvent se chevaucher sur le terrain et certaines zones ou groupes de populations ne sont pas touchées par les mesures préventives. Certaines associations restent encore très peu actives fautes de moyens humains et financiers. La principale problématique consiste à permettre une meilleure couverture des besoins des populations clés dans les régions selon la dynamique de l'épidémie en Tunisie. Ainsi, pour lutter de façon adéquate contre le VIH, la création d'autres associations dans certaines régions côtières (Bizerte, Nabeul, Monastir) et de l'intérieur est à encourager (Béja, Kairouan, Gafsa, etc.). Par ailleurs, il est recommandé de renforcer les capacités et les ressources des associations existantes et d'établir une meilleure coordination entre elles sur le terrain.

Chapitre 4 : Plan Stratégique National de la riposte au VIH/sida et aux IST 2015-2018

4.1 Approche de la planification stratégique axée sur les résultats

L'analyse de la situation et de la riposte³³, a identifié des informations dans le contexte de la dynamique de l'épidémie en Tunisie. Cette synthèse est le résultat d'un travail de réflexion de toutes les parties prenantes : Représentants du Ministère de la Santé (DSSB – PNLS), du Ministère des Affaires Sociales, des membres du CCM Tunisie y compris les membres représentant des populations clés et des PVVIH, des associations (ATIOST, ATLMST/SIDA-Tunis, ATUPRET, association RAHMA et association DAR ESSALAM), de l'Unité de Gestion du Fonds mondial de l'ONUSIDA et de l'OMS et de l'équipe conjointe sur le VIH.

Les informations et les points de vue ont été mis en perspective pour aboutir à la description de la distribution de l'épidémie de l'infection par le VIH dans le temps, dans l'espace et dans les groupes de populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH.

Elle a identifié les facteurs qui favorisent la transmission du VIH et les dynamiques permettant de prévoir d'où viendront les nouvelles infections et comprendre comment l'environnement socio-économique et organisationnel influencent la dynamique de l'épidémie.

4.2 Vision de la riposte nationale et stratégies à l'horizon 2018

L'adhésion de la Tunisie à la Déclaration Politique sur le VIH/sida « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida », adoptée suite à la réunion de Haut Niveau en juin 2011 à New York, constitue le cadre de référence du PSN révisé pour la période 2015-2018.

*« Ceci nécessitera d'assurer à tous ceux qui en ont besoin et toutes les population vivant en Tunisie 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 » . Le Plan Stratégique National de la riposte au VIH/sida et aux IST 2015-2018 en Tunisie a adopté la vision de l'ONUSIDA « **Zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida** »*

« La période 2015-2018 constitue la consolidation de la vision prospective de la Tunisie en matière de riposte au VIH, qui est d'enrayer la propagation du VIH et inverser ainsi la tendance de l'épidémie conformément à ses engagements internationaux.

Cette vision s'inscrit dans la dynamique internationale pour l'atteinte des objectifs mondiaux de lutte contre le sida³⁴, dont l'échéance est fixée à 2015 par les États membres des Nations Unies et qui se déclinent comme suit :

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.

³³ Chapitre III et Tableau récapitulatif des réalisations, des difficultés et des principaux aspects de révision du PSN

³⁴ Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2018

- 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.

4.3 Principes directeurs du Plan stratégique national

Le PSN de la riposte à l'infection au VIH/sida et aux IST (2015-2018) 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. Dans le cadre du PSN, cette approche œuvre pour la promotion et la protection de ces droits pour lever les obstacles de l'accès à la prévention et aux soins. Elle incite à tenir compte consciemment et systématiquement des droits humains et du genre dans tous les aspects du développement des politiques et programmes institutionnels et associatifs.
- ⌘ **La planification axée 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 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 interventions. 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 axés sur le 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 renforcer les capacités des acteurs responsables régionaux afin qu'ils puissent répondre aux besoins spécifiques de la région, tout en respectant les grandes orientations nationales.
- ⌘ **L'intégration** du VIH dans les services de santé publique pour aborder le post 2015, et également sortir le VIH de son isolement pour ancrer et pérenniser la riposte au VIH sur le long terme.

4.4 Fondements de la démarche de priorisation du PSN

L'utilisation du concept de priorisation, fondée sur une analyse croisée du profil épidémiologique de la Tunisie, du contexte de vulnérabilité et de la disponibilité des ressources (financières, humaines et logistiques), mène vers une logique d'offre de services focalisée sur les zones et les populations qui en ont le plus besoin. Ainsi, le passage à l'échelle de certaines interventions à haut impact se fera en fonction de la dynamique de l'épidémie et de l'incidence des nouvelles infections.

L'établissement des priorités du **PSN de la riposte au VIH/sida et aux IST 2015-2018** est fondé sur une réflexion articulée autour des dimensions suivantes :

- L'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse qui a mis en exergue les évidences de la dynamique de l'épidémie en Tunisie (analyse des nouvelles infections, hétérogénéité géographique et populationnelle de l'épidémie, etc.) ;
- L'engagement des autorités nationales et des acteurs nationaux, afin de maintenir et d'augmenter les efforts dans le cadre du principe de la « volonté de payer »³⁵.
- Le niveau d'engagement des partenaires au développement dans le contexte international actuel.
- La prise en compte des besoins préventifs, sanitaires et sociaux des PVVIH et des personnes les plus exposées au risque.
- Le développement de l'information stratégique de la recherche et l'innovation.
- L'utilisation du cadre d'investissement pour une allocation budgétaire, la négociation et/ou la réallocation budgétaire des subventions domestiques et extérieures, alignées sur les priorités.
- La hiérarchisation basée sur des interventions à haut impact.

³⁵ Principe du FM dans le cadre du nouveau modèle de financement et de la note conceptuelle.

- La définition de résultats impacts, effets, produits et d'indicateurs réalistes correspondant à la mise en œuvre de stratégies qui ont fait la preuve de leur efficacité à l'échelle nationale et internationale.

L'identification de populations prioritaires

Tableau indicatif des populations prioritaires

Populations cibles	Facteurs de vulnérabilité	Facteurs de risque
Les PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> Situation parfois difficile d'accès aux soins. En cas d'accès aux soins, discontinuité de l'accompagnement psychosocial, alors qu'il existe des situations de difficultés socio-économiques. Situation d'auto-exclusion. Connaissance tardive du statut sérologique. Nombre élevé de perdus de vue dont une proportion non négligeable n'a jamais accédée aux soins. 	Séropositivité, rapports sexuels non protégés, partenaires multiples.
Les Travailleuses de Sexe	<ul style="list-style-type: none"> Les PS exerçant leur activité de façon légale bénéficient d'un suivi médical, et celles qui exercent leur activité clandestinement ne bénéficient d'aucun suivi médical. Faible niveau d'instruction et absence de protection sociale, juridique. Stigmatisation et violences sociales et sexuelles. Faible connaissance du statut sérologique. 	<ul style="list-style-type: none"> Faibles connaissances sur les IST/VIH et l'intérêt du préservatif. Fréquence élevée des rapports sexuels non protégés, dans un contexte de prévalence élevée des IST. Faibles capacités de négociation des rapports protégés aboutissant à une utilisation irrégulière du préservatif. Faible conscience du risque VIH. Violences sexuelles.
Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)	<ul style="list-style-type: none"> Marginalisation sociale. Stigmatisation et discrimination dans les centres de dépistage et les lieux de soins. Faible accès aux services de prévention et de prise en charge. Faible connaissance du statut sérologique. 	<ul style="list-style-type: none"> Multi partenariat sexuel, rapports sexuels non protégés, faible utilisation du préservatif, faible conscience du risque du VIH et VHB.
UDI	<ul style="list-style-type: none"> Marginalisation sociale. Méconnaissance de la population des UDI. Faible accès aux services Faible connaissance du statut sérologique VIH/VHB et le VHC. Pas d'accès aux services de réduction des risques ou au traitement de substitution. 	<ul style="list-style-type: none"> Prise de risque avec l'usage de drogues injectables. Partage de seringues, risques sexuels et faible conscience du risque du VIH et VHC.
Les populations carcérales	<ul style="list-style-type: none"> Promiscuité, faible accès aux services de prévention et de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> Risques sexuels entre hommes. Faible accès aux messages préventifs et au préservatif. Faible conscience du risque du VIH.
Les jeunes femmes et jeunes hommes et adolescents de 15 à 35 ans en contexte de vulnérabilité	<ul style="list-style-type: none"> Faible perception du risque, insuffisance des connaissances en matière de VIH, contexte social précaire, exclusion scolaire, désinsertion, grossesses non désirées précoces. Faiblesse des indicateurs de connaissances et des indicateurs de comportements 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports sexuels précoces, rapports sexuels non protégés, partenaires multiples, faible utilisation du préservatif, violences sexuelles.
Les populations migrantes	<ul style="list-style-type: none"> Faible connaissance de la taille de cette population. Faible accès aux services de prévention et de soins. Insuffisance des interventions de prévention spécifique et adaptée. 	<ul style="list-style-type: none"> Facteurs de risque et de vulnérabilité durant le parcours migratoire. Obstacles à l'accès à la prévention et aux soins. Faible connaissance du statut sérologique. Marginalisation sociale. Absence de droits et de statut.

Tableau 2 : Populations prioritaires et principaux facteurs de vulnérabilité

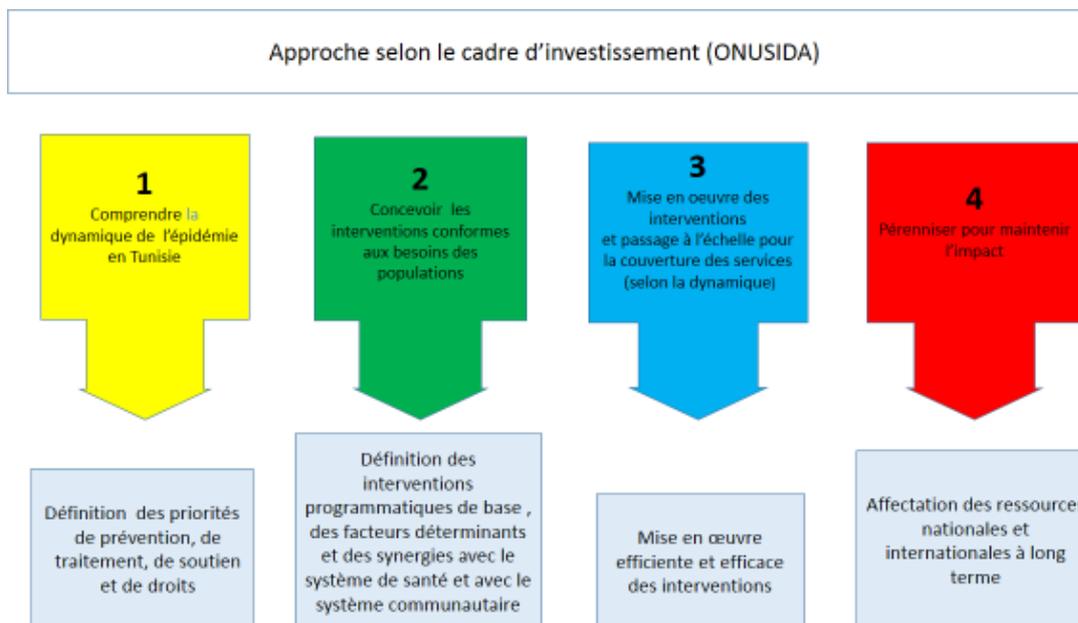
4.5 Approche du cadre d'investissement

Elle consiste d'une part, à investir durablement les ressources mobilisées (ressources nationales du budget de l'Etat avec le principe de la « volonté de payer »³⁶, Fonds mondial (Série 6 (R6), TFM, nouveau modèle de financement « Note conceptuelle ») pour l'atteinte des résultats escomptés, selon le principe de la transparence et du devoir de rendre compte. D'autre part, il s'agira d'investir de manière efficace pour s'assurer du retour sur l'investissement, en mettant en relation les résultats atteints avec les bénéfices humains et financiers.

L'élaboration du portefeuille d'investissements promue par l'ONUSIDA, s'est fondée sur une approche centrée sur les personnes. Cette orientation se décline par la mise en œuvre d'un paquet d'interventions cohérentes et durables pour améliorer la santé et les conditions de vie des populations les plus exposées au risque et des PVVIH ainsi que leurs ayants droit.

Les interventions seront financées selon leurs capacités à réduire les nouvelles infections par le VIH, à réduire la morbidité et le nombre de décès liés au VIH.

L'approche cadre d'investissement s'est développée sur la base de quatre (4) étapes : 1. Compréhension de la dynamique de l'épidémie en Tunisie, 2. Conception d'interventions conformes aux besoins des populations les plus exposées au risque, 3. Mise en œuvre des interventions selon les zones et couverture, 4. Pérennisation des ressources pour aller vers l'impact. A partir de la définition du paquet de services, de la combinaison d'activités dans les divers domaines, de la définition de cibles prioritaires conformes à la dynamique de l'épidémie en Tunisie les choix d'investissement des ressources seront assurés.



4.6 Chaîne des résultats du Plan Stratégique National 2015-2018

L'approche de la planification axée sur les résultats adoptée durant l'élaboration du présent PSN, a été initiée dans le cadre du dialogue pays recommandé par les partenaires avec la participation

³⁶ Principe du FM dans le cadre du nouveau modèle de financement et de la note conceptuelle

de tous les acteurs et de tous les secteurs tant à l'échelle centrale qu'au niveau décentralisé, afin de s'assurer de la responsabilisation des acteurs à tous les niveaux vers des résultats définis en commun.

L'adhésion au concept de la chaîne de résultats, par les parties prenantes durant l'élaboration du présent PSN, nous a permis de construire les différents niveaux de résultats, leur hiérarchie, leur lien de causalité et les synergies nécessaires entre ces résultats. Enfin cette approche a permis d'établir des priorités pour l'investissement des ressources.

Le cadre de résultats constitue le référentiel auquel tous les partenaires nationaux et partenaires au développement se référeront pour conjuguer leurs efforts au niveau de la mise en œuvre.

4.6.1 Résultats d'impact

Résultat d'impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2018

Résultat d'impact 2 : La mortalité des PVVIH est réduite d'au moins 60% d'ici 2018

Résultat d'impact 3 : Les droits humains des PVVIH et des populations clés sont assurés d'ici 2018

Résultat d'impact 4 : La gouvernance, la coordination et le suivi évaluation de la riposte nationale au VIH/sida sont efficaces

4.6.2 Résultats d'impact et d'effets

Résultat d'impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2018

Résultats d'effet 1.1 : Au moins 80% de chacune des populations les plus exposées au risque, bénéficiant des programmes, adopte un comportement à moindre risque d'ici 2018 (PS, HSH,)

Résultats d'effet 1.2 : Au moins 50% des populations UDI ciblées adoptent un comportement de prévention des risques IST/VIH d'ici 2018

Résultats d'effet 1.3 : Au moins 80% de chacune des populations en contexte de vulnérabilité (populations carcérales, populations migrantes, clients/partenaires des populations clés) adopte des comportements à moindre risque d'ici 2018.

Résultats d'effet 1.4 : Au moins 50% des personnes vulnérables de 15-35 ans adoptent des comportements à moindre risque pour les IST et le VIH d'ici 2018.

Résultats d'effet 1.5 : Au moins 60% de personnes consultant pour une IST adoptent des comportements de prévention.

Résultats d'effet 1.6 : Le taux de TME du VIH est réduit de 90% d'ici 2018 parmi les enfants suivis nés de mère séropositive.

Résultats d'effet 1.7 : Au moins 60% des formations sanitaires mettent en œuvre les mesures de précautions standards pour la sécurité transfusionnelle et les accidents d'exposition au VIH d'ici 2018.

Résultat d'impact 2 : La mortalité des PVVIH est réduite d'au moins 60% d'ici 2018

Résultats d'effet 2.1 : Au moins 80% des PVVIH (enfants et adultes) diagnostiqués survivent 12 mois après l'initiation du TARV d'ici 2018

Résultat d'impact 3 : Les droits humains des PVVIH et des populations clés sont assurés d'ici 2018

Résultats d'effet 3.1 : Le respect des droits humains est effectif chez au moins 60% des PVVIH suivies d'ici 2018.

Résultats d'effet 3.2 : Le respect des droits sanitaires et sociaux est effectif chez au moins 80% des PVVIH et des populations clés suivies d'ici 2018.

Résultat d'impact 4 : La gouvernance, la coordination et le suivi évaluation de la riposte nationale au VIH/sida sont efficaces

Résultat effet 4.1 : La coordination, le leadership et le partenariat sont renforcés.

Résultat effet 4.2 : La participation des organisations communautaires est effective à la riposte nationale au VIH/sida.

Résultat effet 4.3 : Les informations stratégiques de qualité sur les IST et le VIH/sida sont produites, disponibles et utilisées pour la riposte nationale.

Résultat effet 4.4 : Les risques programmatiques et financiers sont minimisés.

4.7 Description de l'atteinte des résultats

Résultat d'impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2018

Dans le domaine de la prévention : il s'agit de préserver les acquis qui ont donné des preuves factuelles de réduction des comportements à risque, parmi la population générale, les jeunes et les personnes vulnérables.

A travers la mise en œuvre des effets et des produits liés à cet impact de réduire l'incidence de l'infection par le VIH dans la population, principalement parmi les personnes les plus exposées au risque (MARPS).

Dans le même temps, pour les populations les plus exposées au risque, c'est la conception



et la mise en œuvre d'un ensemble de services, selon une approche cohérente d'interventions combinées³⁷ qui s'articulent sur : La mise en œuvre du paquet d'interventions autour de la prévention combinée pour permettre les changements de comportements escomptés parmi les populations clés. L'un des enjeux essentiels réside aujourd'hui dans ce qu'il est convenu désormais d'appeler « la prévention combinée » qui vient traduire un changement de paradigme dans la mise en œuvre de la prévention. Les interventions de prévention combinée peuvent être initiées à la fois à partir des centres de dépistage mais également à partir des sites associatifs et des espaces communautaires de prévention.

Cette approche globale se décline par diverses interventions complémentaires :

- La communication pour le changement de comportement (CCC),
- L'accès aux préservatifs et au gel lubrifiant,
- La prise en charge syndromique des IST,
- Le conseil et dépistage du VIH,
- La mise en place de stratégie d'interventions biomédicales (prophylaxie pré et post-exposition, traitement comme prévention),
- La mise en place de stratégie de réduction des risques chez les UDI (programmes d'échanges de seringues et traitements de substitution aux opiacés),
- L'accès aux soins et aux services de santé de la reproduction,
- La lutte contre la discrimination et la protection des droits humains.

Les prestations de services auprès des TS et des HSH seront réalisées sur la base des normes nationales et internationales. Elles seront mises en œuvre par les acteurs communautaires et associatifs ainsi que par des professionnels de santé. Pour permettre une accessibilité aux services, des mesures d'accompagnement seront promues à travers la contribution des pairs éducateurs et des accompagnateurs socio-sanitaires/médiateurs.

L'objectif de ce récent concept est de construire les synergies nécessaires entre les stratégies de prévention dites comportementales (visant à changer les comportements individuels et collectifs à risque de transmission du VIH au profit de l'adoption de comportements plus sûrs), structurelles (visant à agir plus largement sur les facteurs sociaux, économiques, juridiques, culturels et éducatifs susceptibles de vulnérabiliser les personnes et les groupes les plus exposés à l'épidémie et de faire obstacle aux changements de comportement) et biomédicales.

La démonstration de l'intérêt du TARV comme outil de prévention de la transmission sexuelle du VIH (TasP) est récemment venu renforcer cet impact³⁸.

Le « Treatment as Prevention » (TasP) ou « traitement comme prévention » : l'usage du TARV à des fins thérapeutiques chez les personnes vivant avec le VIH pour réduire la charge virale plasmatique ou la quantité de virus présent dans le sang à un niveau très faible au-dessous du

³⁷ Highly Active HIV Prévention ou Prévention hautement active du VIH adapté du modèle de de K Holmes (HAHP) et C Celum

³⁸ Granich RM, Gilks CF, Dye C, et al. Lancet 2009 Jan 3 ; 373(9657) :48-57. Voir aussi : De Cock KM, Gilks CF, Lo YR, et al. Lancet 2009 Jan 3 ; 373(9657) :7-9.

seuil de détection, et diminuer fortement le risque de transmission du virus par voie sexuelle. Cette nouvelle approche a été inscrite dans l'actualisation des recommandations nationales sur la trithérapie antirétrovirale (2013) en tant indication du TARV quel que soit le nombre de CD4 chez le partenaire séropositif au sein d'un couple séro-discordant.

Afin de permettre de mesurer l'efficience et l'efficacité des interventions de prévention combinée les outils de collecte de données et leur circuit seront mis à la disposition des acteurs.

La stratégie nationale de la réduction des risques RdR liées aux drogues a pour but de réduire la transmission du VIH par voie injectable et améliorer l'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien des usagers de drogues en Tunisie.

Elle s'inscrit dans la mise en œuvre du PSN révisé de la riposte au VIH/Sida et aux IST 2015-2018 vise notamment la réduction des nouvelles infections et l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH ainsi que des personnes les plus exposées au risque. De façon plus spécifique, l'accès universel à la prévention, aux soins, au traitement et à l'appui sera assuré de façon équitable dans le respect des droits humains. Ces orientations se déclinent pour les usagers de drogues par : la mise en œuvre des interventions qui contribueront à l'atteinte des résultats du PSN qui se fondent sur des priorités correspondant au contexte de l'usage de drogues et à la dynamique de l'épidémie de VIH en Tunisie.

Programmes d'échange de Seringues (PES) dans le cadre de la démarche de réduction et « Conseil et Dépistage du VIH et Hépatites », pour la connaissance du statut sérologique des usagers de drogues :

Les principales interventions de réduction des risques parmi les populations clés :

- Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), dans le cadre de la prévention des risques sexuels.
- Programmes de distribution de préservatifs pour les UDI et leurs partenaires sexuels.
- Communication pour le changement de comportement (CCC) ciblées sur les UDI et leurs partenaires sexuels.
- Conseil et test VIH ciblé sur les populations clés et lien efficace avec les services de prise en charge.
- Traitement comme prévention pour le partenaire séropositif a sein d'un couple séro-discordant.
- Prophylaxie post-exposition après accident d'exposition au VIH (exposition aux produits biologiques contaminés, exposition sexuelle).
- TARV précoce et traitement des infections opportunistes.
- Traitement de la co-infection VIH-hépatite virale C.
- Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose.
- Prise en charge des troubles psychiatriques.
- Appui et soutien psychologique et social et aux droits humains.
- Appui à la réinsertion socio-professionnelle.
- L'auto-support.
- Activité occupationnelle et de redynamisation.

Résultat d'impact 2 : La mortalité des PVVIH est réduite d'au moins 60% d'ici 2018

Ce résultat d'impact se concrétisera à travers la réduction effective des taux de morbidité et de mortalité des PVVIH adultes et enfants.

L'atteinte des résultats d'effet entrainera l'élargissement de la couverture des programmes de prise en charge médicale, psycho-sociale et communautaire des PVVIH. L'adoption des recommandations OMS 2013, inscrites dans les recommandations nationales, ainsi que l'amélioration de la qualité de soins qui devra permettre de rapprocher l'offre vers les usagers par l'extension et l'ouverture de nouveaux centres de prise en charge globale dans d'autres régions et la création d'au moins 4 hôpitaux de jours dans les pôles de prise en charge. Ces hôpitaux de jour constituent des espaces d'accueil pour la prise en charge globale durable des PVVIH afin d'éviter les interruptions de la dynamique des soins, prévenir le risque de perdus de vue, développer des interventions communautaires...

La coordination entre le PNLT et le PNLN devra être assurée pour la proposition systématique du test VIH pour tous les patients tuberculeux et la référence systématique des patients dépistés positifs vers les structures de prise en charge. La mise en œuvre de cette recommandation implique un rapprochement des services, du personnel formé à tous les niveaux, la disponibilité des outils diagnostiques et, médicaments nécessaires en quantité suffisante ainsi que le suivi des recommandations nationales.

Dans le but d'atteindre l'objectif eTME : le paquet de services qui sera mis en œuvre se réfère aux recommandations internationales et aux récentes recommandations nationales (2013) en matière de prise en charge médicale et de PTME (TARV ; suivi clinique, échographique, biologique et immunovirologique ; accouchement à moindre risque ; contre-indication de l'allaitement maternel ; prophylaxie post-exposition du nouveau-né et diagnostic précoce de l'infection à VIH chez l'enfant). Ces interventions comportent une définition du circuit de prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH, le renforcement des capacités des structures de prise en charge en matière de plateau technique et de personnel compétent. Le renforcement du système d'approvisionnement, de stockage et de distribution des produits de santé pour éviter les ruptures de stocks.

Dans la mesure où plusieurs associations développent des programmes de prévention et d'offre de dépistage en direction des populations étrangères, comme elles l'ont exprimé, la logique en santé publique implique la prise en charge médicale des bénéficiaires en cas de séropositivité avec un accès aux antirétroviraux. Aussi pour appuyer cette initiative nationale solidaire, la Tunisie devra être soutenue financièrement pour assurer ce service.

Résultat d'impact 3 : Les droits humains des PVVIH et des populations clés sont assurés d'ici 2018

La stratégie élaborée, vise à mettre en place un cadre harmonieux d'action et de programmation intégrant une approche des droits humains et genre, pour assurer une riposte efficace à l'infection par le VIH, susceptible de réduire la stigmatisation et la discrimination et de protéger les droits des catégories à risque, en situation de vulnérabilité et des PVVIH. Les stratégies visent également créer un environnement favorable à accompagner le PSN, adopté par le ministère pour lutter contre l'infection à VIH/Sida durant la période 2015-2018. L'implication des

différents partenaires, notamment les départements gouvernementaux (Ministère de la Santé, Ministère de la Défense, Ministère de l'intérieur, des affaires sociales...) et les ONG's actives dans les domaines des droits de l'Homme et de lutte contre le Sida.

Dans le domaine des droits humains : La promotion de services pour la protection et le respect des droits humains s'articuleront autour de diverses interventions. La lutte contre toutes les formes de discrimination et de stigmatisation, le droit des PVVIH à la santé, à l'équité, à la dignité et au travail, l'accompagnement des PVVIH pour le recours aux services juridiques, les actions de plaidoyer auprès des leaders communautaires, des autorités administratives, ainsi que les actions pour l'acceptation sociale des PVVIH au sein de la population générale.

La contribution des PVVIH à travers le dispositif santé positive, dignité et prévention, constitue une des approches novatrices du PSN 2015-2018. Ce dispositif associe et accorde une responsabilité aux PVVIH à l'intérêt préventif du traitement (soutien à l'observance, contraception, procréation et parentalité, prévention sexuelle, dépistage et traitement des IST, auto-support).

Résultat d'impact 4 : La gouvernance, la coordination et le suivi évaluation de la riposte nationale au VIH/sida sont efficaces d'ici 2018

Ce résultat d'impact sera mis en œuvre avec une structuration de l'autorité nationale de lutte contre le Sida en Tunisie (CNLS et PNL) avec un renforcement du PNL en ressources humaines, un renforcement de la coordination nationale, la transparence dans la gestion des ressources disponibles et un fort partenariat avec les associations.

L'ensemble des résultats sera obtenu à travers la mobilisation des acteurs de santé et des acteurs de la société civile. Les rôles et les responsabilités de toutes les parties prenantes seront clarifiés, afin que chacun apporte sa contribution dans l'atteinte des résultats.

Chapitre V : cadre institutionnel de la mise en œuvre

5.1 Cadre institutionnel et de mise en œuvre de la riposte nationale de la lutte contre les IST-VIH/sida en Tunisie

Comité National de lutte contre le sida (CNLS)

Le Comité National de lutte contre le sida (CNLS) a été institué par un arrêté du Ministre de la Santé en 1992, Il représente l'organe supérieur de coordination de la lutte contre le VIH en Tunisie. Sous l'égide du Ministre de la Santé qui en est le Président et du Directeur Général de la santé qui en est le Vice-président, le CNLS assure les fonctions suivantes :

- Définir la politique générale de la lutte contre le VIH/sida en Tunisie et en fixer les grandes orientations et les résultats d'impacts, d'effets et de produits à atteindre.
- Planifier, coordonner et assurer le suivi évaluation de la riposte nationale.

- Assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources nationales et internationales.
- Assurer la cohérence de la mise en œuvre des interventions des différents partenaires.
- Orienter et impulser les activités de lutte contre les IST et le VIH/sida au niveau national et consolider la décentralisation de la riposte au niveau régional.
- Approuver les plans d'actions annuels, les budgets et suivre la mise en œuvre des interventions liées aux différents volets du programme multisectoriel de lutte contre les IST et le VIH.
- Renforcer le partenariat du secteur public avec les organisations de la société civile dont les associations de PVVIH et le secteur privé.
- Renforcer la concertation avec les partenaires techniques et financiers de la Tunisie

Le Comité National de Lutte contre le sida (CNLS) prend en compte le caractère multisectoriel de la riposte nationale et comprend des membres des ministères et des institutions publiques, de la société civile dont les représentants des PVVIH, du secteur privé et des partenaires techniques et financiers. Il est composé de quatre sous-comités, qui devront être renouvelés et avoir des attributions bien définies pour prendre en considération les besoins actuels de la riposte correspondant à la dynamique de l'épidémie en Tunisie :

Sous-comités	Prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH et de leurs familles.
Sous-comités	Surveillance épidémiologique.
Sous-comités	Ethique, droits humains et législation.
Sous-comités	Information, éducation et communication.

5.1.1 Fonctionnement :

Le secrétariat permanent du CNLS est assuré par le PNLS, géré par la DSSB, direction sous la tutelle du Ministère de la Santé. Le CNLS se réunit en session ordinaire une fois par an sur convocation de son président. La session annuelle permet de faire le bilan des recommandations de la session passée, de faire le bilan de la période et de définir les orientations pour l'année suivante. Il peut se réunir en session extraordinaire à la demande du président ou de la majorité des membres.

5.1.2 Le Programme National de Lutte contre le Sida et IST (PNLS)

Le PNLS, hébergé par la DSSB et géré par un groupe technique central, est l'organe d'exécution du CNLS. Il assure le suivi des activités de lutte contre le VIH et les IST mises en œuvre par les structures du Ministère de la Santé, les équipes sectorielles des différents ministères, les institutions publiques et privées et les organisations de la société civile y compris les PVVIH.

5.1.2.1 Le groupe technique central a pour mission d'assurer :

- Le secrétariat permanent du CNLS.
- La gestion du PNLS sur l'ensemble du territoire national.
- La coordination de l'ensemble des activités de lutte contre le VIH/ sida et les IST.

5.1.2.2 Le PNLS est composé actuellement du personnel suivant :

- Une coordinatrice nationale.
- Elle est aidée par le personnel de soutien horizontal des programmes de la DSSB : unité administrative et financière, unité de la pharmacie, agent des dépôts des médicaments et des réactifs, etc.
- Une équipe de soutien au programme, engagée temporairement par le Fonds mondial, composée d'une assistante administrative, une spécialiste en suivi et évaluation, une pharmacienne et un technicien chargé des antirétroviraux.

5.1.4 Cadre institutionnel régional : Comité régional de lutte contre le sida et IST

Le CNLS est décentralisé au niveau des régions à travers les 24 Comités Régionaux de Lutte contre le Sida (CRLS).

Il est composé de tous les partenaires qui interviennent au niveau des régions tant en ce qui concerne les institutions régionales que les associations partenaires. Le CRLS est le relais du CNLS/PNLS au niveau régional pour la coordination des interventions et des services dans la région.

Il prépare le plan régional budgétisé ainsi que le plan de suivi/évaluation régional et le rapport de la mise en œuvre, pour les adresser au PNLS qui se charge de la compilation et de la synthèse.

Le CRLS sera présidé par le Gouverneur ou son représentant avec un secrétariat assuré par la direction régionale de la santé publique (direction de la prévention). Il se réunira périodiquement tous les semestres, et il peut se réunir en session extraordinaire si nécessaire.

5.1.4.1 Les CRLS sont chargés dans les régions :

- Veiller à l'application des orientations nationales en matière de lutte contre le sida.
- Mettre en œuvre les orientations du PSN à l'échelle décentralisée.
- Assurer la couverture des besoins de prévention, de soins de traitement et de soutien au niveau régional.
- Assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources au niveau régional.
- Veiller au respect des droits des personnes et de l'éthique en matière de la lutte contre les IST et le sida.

5.1.5 Organes de concertation, de partenariat de la mise en œuvre nationale

5.1.5.1 L'Office National de la Famille et de la Population (ONFP)

L'ONFP est un organisme gouvernemental, placé sous la tutelle du Ministère de la Santé et disposant d'un cadre juridique lui permettant de signer des accords de subvention notamment avec les instances internationales. Depuis le début des années 90, l'ONFP a développé une stratégie nationale visant la lutte et la prévention contre les IST/VIH/sida et ce, par la mise en place de programmes de dépistage et de prise en charge des IST auprès des jeunes, des femmes et de leur conjoint. En tant que Bénéficiaire Principal de la série six du FM prolongé par

un financement dans le cadre du Mécanisme Transitionnel de Financement du Fonds mondial, l'ONFP assure le suivi et l'évaluation du programme de coopération avec le Fonds Mondial Sida. Le personnel de l'ONFP est appuyé par une Unité de Gestion (UG) complètement dédiée à la mission d'assurer le lien entre le Bénéficiaire principal et les sous bénéficiaires d'une part et le Fonds Mondial d'autre part. L'ONFP a également la charge de la mise en œuvre de 9 CCDAG au niveau des régions.

5.1.5.2 Ministères sectoriels

Le partenariat avec le secteur public dans la riposte nationale au Sida se traduit par l'engagement des acteurs du secteur public, plusieurs ministères contribuent également aux activités de prévention au niveau national et régional. Parmi les ministères les plus impliqués au regard de leur prérogatives nationales le Ministère des Affaires Sociales, le Ministère de la justice, des droits de l'Homme et de la justice transitionnelle, le Ministère de l'intérieur et de développement local, le Ministère de la Défense Nationale.

5.1.5.3 Organisations Non Gouvernementales (ONGs)

En Tunisie, l'implication des organisations de la société civile a été très précoce et efficace. Les associations nationales thématiques les plus connues en Tunisie sont l'Association Tunisienne de lutte contre les MST/SIDA (ATL-MST-SIDA), l'Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le Sida et la Toxicomanie (ATIOST) et l'Association Tunisienne de Prévention contre la Toxicomanie (ATUPRET). D'autres associations nationales et locales sont également actives dans la lutte contre le VIH. Elles travaillent en collaboration avec le PNLS et les associations thématiques.

Ces associations sont aujourd'hui des partenaires à part entière dans la riposte contre le VIH/sida et bénéficient de l'appui financier du Fonds mondial pour l'implémentation d'activités relatives à la prévention et au dépistage auprès des populations clés (PS, HSH, UDI) et à la prise en charge psychosociale des PVVIH.

Ainsi, les acteurs communautaires ont su se doter d'une expertise et d'une expérience avérée pour apporter une contribution de qualité à la riposte nationale contre le VIH/sida. Aussi dans le cadre de la mise en œuvre du présent PSN, le PNLS devra établir des conventions de partenariat pour une bonne couverture du territoire national, une réponse aux besoins locaux et l'atteinte des résultats nationaux.

5.1.5.4 Les groupes de personnes vivant avec le VIH

Les PVVIH, sont impliquées dans la riposte nationale en Tunisie. Elles sont représentées au CNLS ainsi qu'au CCM et contribuent à la mise en œuvre dans différentes associations Tunisiennes de lutte contre le VIH. Deux associations de PVVIH existent : la plus ancienne est l'association RAHMA et la plus récente l'association DAR ESSALAM. Ces deux associations devront être soutenues et leurs capacités renforcées afin qu'elles jouent un rôle plus important dans la riposte nationale. D'autres PVVIH se sont organisées avec l'appui du PNUD en "groupe de soutien" qui se réunit au sein de d'ATL/MST SIDA. Certaines PVVIH ont été recrutées dans le cadre du projet du Fonds mondial, pour intervenir en tant qu'accompagnateurs socio-sanitaires qui aident à la résolution de certains problèmes liés à l'observance, aux besoins d'aide sociale, à la recherche de perdus de vues et à la lutte contre la stigmatisation.

5.1.5.5 Country Coordinating Mechanism (CCM)

Le CCM ou instance de coordination nationale des programmes financés par le Fonds mondial, a été créé en 2005. C'est un organe multisectoriel de concertation chargé d'appuyer et de coordonner le suivi stratégique de la mise en œuvre des projets financés par le GFTAM. Le CCM est chargé de discuter, de coordonner l'élaboration, d'approuver et de soumettre une ou des proposition(s) appropriée(s) et viable(s) au Fonds mondial et autres partenaires de développement.

Le CCM assure également le suivi et la supervision de la mise en œuvre des projets financés par le Fonds mondial.

Depuis 2012, le CCM Tunisie est une instance nationale indépendante gérée par une association. Cette autonomie se traduit par son nouveau statut, le nouveau local de son secrétariat et par la mise en place progressive de son indépendance financière. Il dispose de deux comités multisectoriels et multidisciplinaires : Le comité de développement des propositions et le comité de suivi stratégique. Deux autres comités sont fonctionnels : Le comité de gestion des conflits d'intérêts et le comité de communication. Le PNLs est membre du CCM et participe à ce titre à ses différentes délibérations et prises de décisions.

5.1.5.6 Equipe Conjointe des Nations Unies sur le sida

L'Equipe conjointe sur le VIH coordonnée par le bureau de l'ONUSIDA en Tunisie travaille, en étroite collaboration avec les partenaires nationaux, en particulier le PNLs, pour l'élargissement des programmes de prévention, de soins et de soutien, et la mise en œuvre du PSN. Elle vise à promouvoir une action cohérente et efficace des Nations Unies en appui à une riposte nationale élargie au VIH/sida. Elle est composée des co-sponsors de l'ONUSIDA, présents en Tunisie. Chaque agence des Nations Unies appuie la riposte nationale en fonction de ses domaines de compétences techniques. Le système des Nations Unies possède un dispositif de suivi-évaluation pour couvrir simultanément le plan de travail annuel et le fonctionnement de l'équipe conjointe du système des Nations Unies.

5.1.5.7 Forum National des Partenaires

Au fil des années, le système des Nations Unies et le Secrétariat de l'ONUSIDA, par l'intermédiaire des groupes thématiques des Nations Unies sur le sida, ont joué un rôle primordial dans la mobilisation des partenaires à travers les groupes thématiques élargis qui sont aujourd'hui de facto des forums des partenaires. Cependant, la dynamique de l'épidémie exigeant une participation accrue des acteurs, une orientation vers les résultats, une harmonisation au sein des partenaires et une obligation de rendre compte, il est devenu impératif de mettre en place un forum de coordination placé sous la responsabilité de l'autorité nationale (CNLS). Les partenaires techniques et financiers sont des organismes, nationaux, sous régionaux, internationaux bi- et multilatéraux qui accompagneront les efforts du gouvernement de la Tunisie dans la mise en œuvre de la riposte nationale et dans le développement national. Le partenariat dans le cadre de la riposte au VIH s'exerce sous plusieurs formes notamment avec le groupe thématique ONUSIDA qui regroupe toutes les agences du système des Nations Unies.

La coopération bilatérale contribue également à la riposte nationale en offrant de l'assistance technique ou matérielle au PNLs. La France à travers l'organisme France Expertise Internationale et son Initiative 5% a soutenu le PNLs, le CCM et les ONGs nationales à améliorer leurs performances et leurs capacités techniques et humaines. Les Etats Unis d'Amérique ont également contribué à travers Grant Management Solutions (GMS) à mettre en place le système

de suivi stratégique des subventions au CCM et à doter plusieurs associations d'une infrastructure opérationnelle.

L'objectif principal du forum est de promouvoir un environnement favorable de collaboration technique et programmatique entre tous les partenaires internationaux en appui à la riposte nationale, dont la référence est le PSN 2015-2018. Le forum est censé remplir les objectifs spécifiques suivants : a) soutenir l'alignement de tous les partenaires aux « Trois Principes » directeurs, b) appuyer l'autorité de coordination nationale : le CNLS/PNLS dans ses efforts de mise en œuvre d'une riposte. c) faciliter la mobilisation et l'accès aux financements, d) renforcer la collaboration entre les partenaires pour l'apport et l'harmonisation de l'appui technique ainsi que pour les mécanismes de suivi-évaluation.

5.1.6 Opérationnalisation et mise en œuvre du PSN 2015-2018

La mise en œuvre du PSN 2015-2018 de lutte contre le VIH/sida sera assurée par le secteur public, le secteur associatif et le secteur privé. Au niveau du secteur public, les différentes entités du Ministère de la Santé, la DSSB/PNLS assureront la coordination des interventions.

Elle passera par le plan de mise en œuvre budgétisé (Plan opérationnel multisectoriel). Cette mise en œuvre s'appuiera sur un partenariat national entre toutes les parties prenantes issues des secteurs publics, des secteurs de la société civile et du secteur privé pour l'atteinte de résultats nationaux.

Pour le partenariat national trois acteurs essentiels s'associeront pour l'atteinte des résultats, à savoir ceux des secteurs publics, privé et de la société civile y compris les PVVIH.

L'opérationnalisation du PSN 2015-2018 se fera à travers l'élaboration d'un plan de mise en œuvre qui sera la consolidation des plans régionaux et des plans sectoriels suivant les priorités du PSN et selon l'approche axée sur les résultats, avec l'implication de toutes les parties prenantes. Ces priorités mettent l'accent sur la situation épidémiologique du VIH et du contexte du risque au niveau des groupes cibles prioritaires dans les régions.

5.1.6.1 Plans Régionaux

Au niveau régional, les différentes structures de coordination et d'exécution seront invitées à planifier leurs activités conformément à leurs missions et attributions définies dans le PSN. Les activités prioritaires seront planifiées et mises en œuvre par les différents acteurs au niveau régional (secteur public santé et non santé, secteur privé et ONG). Ces plans régionaux seront pilotés par les CRLS.

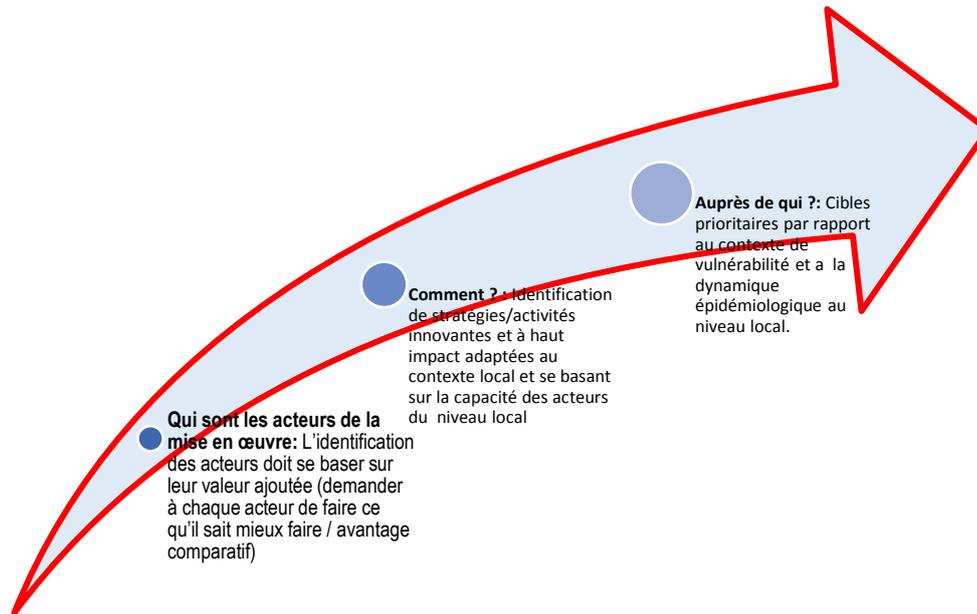
5.1.7 Système de référence et de contre-référence pour la mise en œuvre du PSN 2015-2018.

Le système de référence et de contre-référence s'inscrit dans le principe d'un partenariat fonctionnel entre les différentes institutions qui s'impliquent dans la mise en œuvre.

Le système de référence et de contre-référence implique l'engagement de tous les acteurs dans un partage des tâches et des responsabilités pour l'atteinte des résultats.

Ce système de référence et de contre-référence est une approche qui permettra à chacun de se conformer à ses missions tout en recherchant la complémentarité des interventions. Il concerne la coordination nationale, le continuum de la prévention, des soins, et les droits humains.

Les interventions de toutes les parties prenantes s'inscriront dans l'atteinte des résultats des plans des régions et ou des secteurs. Elles pourront, de ce fait, élaborer et mettre en œuvre leurs plans d'action en prenant en compte des priorités par niveau (national et régional).



Chapitre VI : Suivi évaluation

6.1 Plan de suivi évaluation du Plan Stratégique 2015-2018³⁹

Le suivi évaluation du PSN 2015-2018 est mis en œuvre à travers un cadre de référence basé sur les 12 composantes d'un système de suivi et évaluation fonctionnel recommandé au niveau international. L'objectif de ce cadre est de permettre au système de suivi évaluation du pays de générer à tout moment et dans toutes les régions du pays, les informations sur la mise en œuvre des interventions pour orienter les prises de décisions, à tous les niveaux des institutions.

Le cadre de suivi évaluation des interventions sera guidé par un cadre de performance et un plan de suivi évaluation qui constitue la référence nationale pour le suivi de la mise en œuvre aussi bien au niveau des institutions que des associations. La Direction des Soins de Santé de Base et le PNLIS ainsi que les vingt-quatre (24) directions régionales dans les gouvernorats assurent le suivi de l'information sanitaire.

Le système de suivi évaluation au niveau national est sous la responsabilité de la DSSB/PNLIS et au niveau régional sous la responsabilité du Chef du Service Régional des Soins de Santé de Base et du surveillant régional des Soins de Santé de Base.

Le plan national de suivi et évaluation décrit le mécanisme de collecte des données et information, le circuit d'acheminement des informations du niveau national et régional, le processus de compilation et d'analyse des données et information transmises, le plan de diffusion des données et informations analysées et le dispositif de rétro information.

L'atteinte des résultats d'impact, d'effets et de produits est conditionnée par la mise en œuvre du plan opérationnel et avec la contribution de toutes les parties prenantes.

Chapitre VII : Mobilisation des ressources financières

7.1 Mécanisme de mobilisation des ressources

Une analyse de la situation financière et de la dépense en matière de sida doit être réalisée avec le soutien de l'ONUSIDA pour déterminer les flux financiers et les allocations budgétaires de la lutte contre le sida dans en Tunisie. Cet exercice doit permettre de dresser un état des lieux de la dépense ainsi qu'un panorama des besoins.

Le contexte financier international et la réduction des financements de la riposte au VIH ont amené la DSSB/PNLIS à développer un argumentaire de plaidoyer auprès des autorités pour une mobilisation des ressources internes.

La mobilisation des ressources devra se faire dans un cadre coordonné avec tous les acteurs et parties prenantes de la lutte contre le VIH et sida en Tunisie y compris le secteur privé. Cette mobilisation coordonnée permettra de mobiliser les ressources en fonctions des besoins globaux et par domaine thématiques afin d'éviter un déséquilibre de financement des différentes

³⁹ Plan national de suivi-évaluation du PSN

thématiques. Cette mobilisation des ressources se fera au plan interne et externe. Au plan interne, elle concernera le secteur public, le secteur privé et les collectivités locales.

Au niveau externe, la mobilisation sera orientée vers les partenaires multilatéraux, bilatéraux, les agences techniques et autres structures intervenant dans la lutte contre le VIH et sida en Tunisie.

Pour une efficacité des actions, un plan de mobilisation des ressources sera élaboré et permettra d'une part d'identifier au niveau interne les nouvelles sources de financement et d'autre part de coordonner les interventions de mobilisation des ressources.

7.2 Mécanisme de gestion financière

La gestion financière pour le PSN 2015-2018 se basera sur une approche d'efficacité et d'efficience des ressources selon les procédures rigoureuses de gestion garantissant que les fonds alloués produiront les résultats attendus. En collaboration avec les partenaires, et les expériences, les procédures de gestion et les outils modernes seront mis en place pour assurer la gestion rationnelle des fonds. Les plans d'achat et de décaissement précéderont les contrôles à priori et à posteriori qui seront assurés dans la gestion financière des fonds. En outre, le rapportage sera systématique pour permettre le rapprochement des fonds engagés et les résultats atteints.

7.3 Analyse par l'outil JANS⁴⁰

7.3.1 Analyse de la situation et programmation

Le processus d'élaboration du Plan stratégique 2015-2018 s'est appuyé sur une analyse de la situation et de la réponse articulée autour d'une revue participative du contexte épidémiologique du VIH en Tunisie, mais aussi du contexte politique, socio-économique, organisationnel, et institutionnel.

Une analyse de la riposte de la lutte et des dispositions en matière de financement permettent d'identifier les problèmes prioritaires et les domaines à améliorer. La planification de la réponse a pris en compte les principales dimensions de la lutte contre le VIH y compris les ressources du secteur, son financement, l'environnement de gouvernance et de leadership, notamment à travers le dialogue pays initié par le CCM Tunisie à l'occasion de l'élaboration de la note conceptuelle sur le VIH. Les initiatives et évolutions récentes telles que le Nouveau modèle de financement du Fonds mondial, la multisectorialité, la décentralisation et le renforcement du système de santé ont aussi été prises en compte. En outre, le présent PSN analyse la disponibilité, l'accès et l'utilisation des soins et services de lutte contre le VIH avec un focus particulier sur les populations-clés au regard des résultats des enquêtes bio-comportementales de 2009, 2011 et 2014 qui confirment le caractère concentré de l'épidémie. Les autres populations vulnérables ont été prise en compte au regard de leur niveau d'exposition au risque et de leur contexte de vie.

7.3.2 Processus

L'élaboration du PSN 2015-2018 a fait l'objet d'un processus participatif et inclusif, avec l'implication de toutes les parties prenantes dans le secteur de la lutte contre le VIH (le niveau central/national, les gestionnaires des programmes institutionnels et associatifs, des structures

⁴⁰ Joint Assessment of National Health Strategies OMS/ONUSIDA/FM pour l'évaluation de la qualité des stratégies

de soins à tous les niveaux). Les différents PTF les représentants de la société civile y compris les groupes de populations-clés, les représentants des ministères partenaires.

La détermination et la priorisation des interventions pour le PSN 2015-2018 ont constitué une phase cruciale du processus et ont permis d'identifier, sur une base consensuelle au cours d'un Atelier regroupant les acteurs et secteurs-clés, les domaines prioritaires dans lesquels le pays doit investir pour avoir un haut impact. Au cours de cette phase, les orientations du PSN 2015-2018 ont été clairement définies

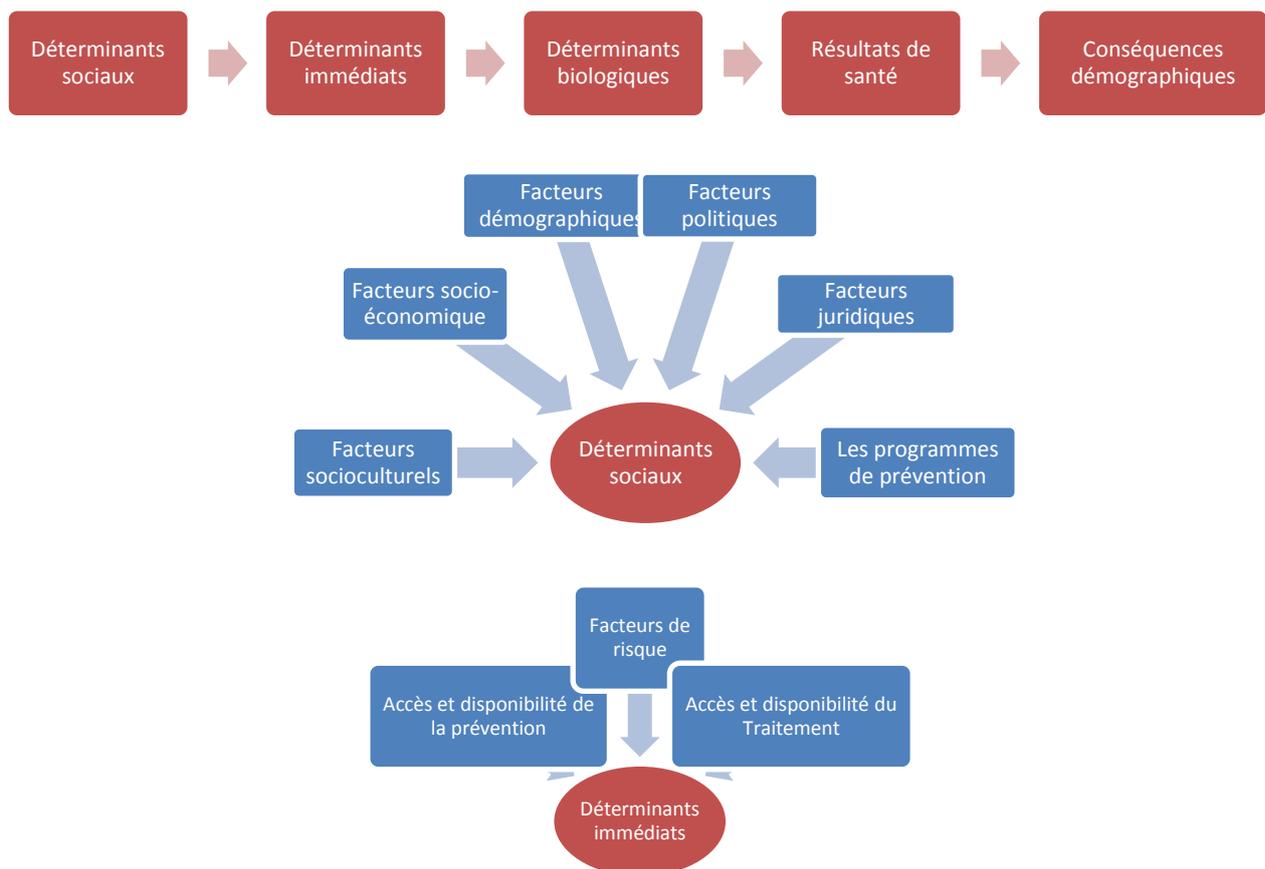
L'élaboration du PSN 2015-2018 a été conduite par une équipe technique permanente, sous la supervision d'un Comité de Pilotage et a porté sur les différentes composantes que sont la planification, la budgétisation, ainsi que le suivi-évaluation.

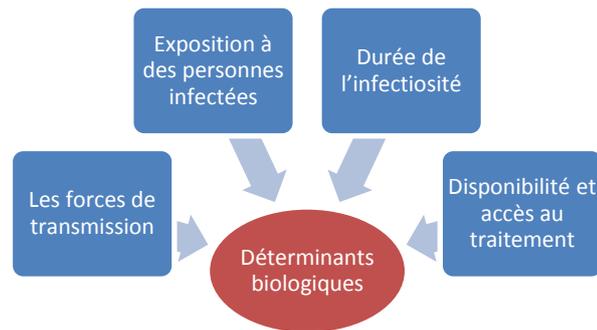
Annexes

Annexe 1 : Analyse des déterminants de l'épidémie

La riposte et la prévention du VIH sont centrées sur les rapports étroits existant entre l'épidémiologie de l'infection à VIH, les comportements à risque et l'ensemble des déterminants sociaux, immédiats et biologiques qui sont sous l'influence d'un nombre important de facteurs culturels, institutionnels et structurels qui soutiennent ou entravent la vulnérabilité et les comportements à risque (Diagramme 2). Les comportements à risque et la vulnérabilité forment ainsi une toile complexe faite de déterminants économiques, juridiques, politiques, culturels et psychosociaux qui doivent être analysés pour mieux cibler la riposte et la prévention du VIH.

Diagramme 2 : Représentation schématique des déterminants de l'infection par le VIH

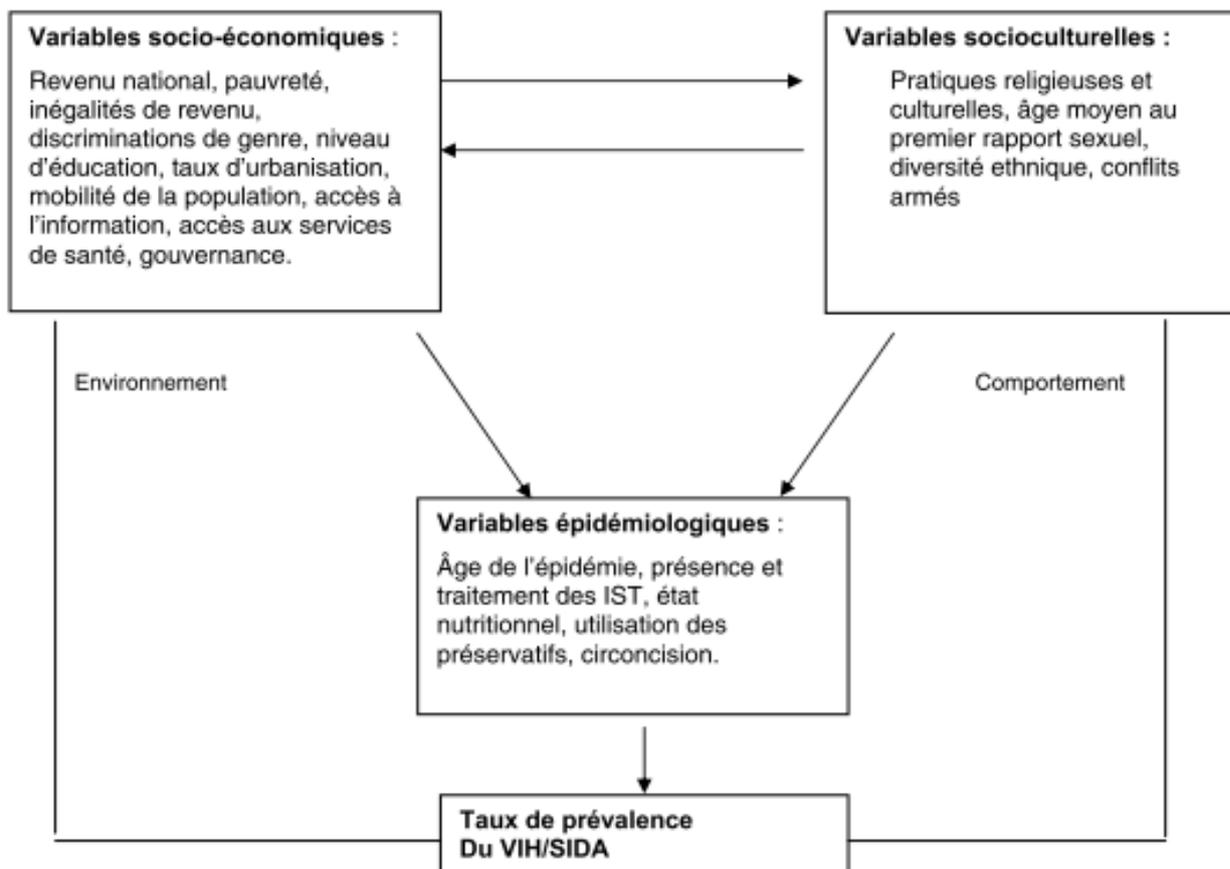




L'épidémie du VIH/SIDA est véhiculée par un ensemble de déterminants socio-économiques, socioculturels et épidémiologiques. Ces déterminants sont nombreux, complexes, interagissent entre eux et ont un lien de causalité double avec l'épidémie du VIH/SIDA. En effet, l'épidémie se propage parce que les conditions économiques, socioculturelles et épidémiologiques la favorisent. A son tour, l'épidémie aggrave ces conditions, notamment par son impact sur les conditions de vie des malades aboutissant alors à un cercle vicieux de l'épidémie du VIH/SIDA dans des populations déjà vulnérables.

De manière générale, les études portant sur les déterminants de l'épidémie du VIH/SIDA suivent deux grandes directions. La première direction considère que ce sont les comportements à risque des individus qui conduisent à la transmission du virus alors que la seconde direction attribue les infections à la qualité de l'environnement dans lequel évoluent les individus (Diagramme 3).

Diagramme 3 : Mécanismes d'action des différents déterminants sur les taux d'infection



Source : Chrystelle Tsafack Temah, LES DÉTERMINANTS DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH/SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE. Revue d'économie du développement : 2009/1 - Vol. 23 pages 73 à 106.

Les déterminants socioculturels apparaissent comme des facteurs clés de l'épidémie. Ces facteurs sont structurels et ne peuvent pas être facilement modifiés. En revanche, les facteurs épidémiologiques et socio-économiques sont susceptibles d'être améliorés par des mesures politiques appropriées. Les inégalités de revenu et de genre apparaissent aussi comme déterminants majeurs de la progression de l'épidémie. Un résultat important de la revue de la littérature est que les facteurs importants pour la propagation de l'épidémie dans la population adulte (15-49 ans) ne sont pas forcément les mêmes que ceux qui déterminent l'évolution de l'épidémie au sein de la population jeune (15-24 ans). En particulier, l'épidémie chez les jeunes est beaucoup plus liée à la pauvreté, notamment à la situation économique défavorable des femmes par rapport aux hommes.

Ainsi, en ce qui concerne l'inégalité de genre, il convient d'éduquer et de sensibiliser les femmes en âge de procréation à l'usage de préservatifs comme méthode de prévention contre le VIH/SIDA et les IST et pour les plus jeunes les doter d'activités génératrices de revenu qui les mettront à l'abri de certains comportements à risque.

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des réalisations, des difficultés et des principaux aspects de révision du PSN⁴¹

Axes	Résultats d'effets	Réalisations 2012	Difficultés/ Insuffisances	Aspects de révision du PSN
Axe stratégique 1	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	-Sensibilisation des jeunes : 89% -Dépistage du VIH chez les jeunes : 94.46% -Prise en charge des IST : 102% (par rapport à la cible attendue en 2016) -Dépistage du VIH chez les femmes enceintes : 1,1%	- Nouvelle stratégie PTME mise en œuvre en juillet 2014. Les résultats d'effet avec plusieurs cibles pour lesquelles il est complexe de rendre compte des indicateurs de réalisation	- Généralisation et systématisation du test VIH selon l'approche « opt out » à toute femme enceinte consultant en prénatal à partir du 1 ^{er} Juillet 2014 - La prévention et la prise en charge des IST doit être considérée en tant qu'un résultat d'effets. -La connaissance du statut sérologique, à travers la promotion du dépistage (Le dépistage du VIH est au cœur du dispositif de la prévention et de la prise en charge. Il devrait figurer

⁴¹ Revue annuelle du PSN de la riposte nationale au VIH en Tunisie 2012-2016 Rapport 2012

<p>Effet 1.2. Les migrants et les déplacés adoptent des attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection par le VIH</p>	<p>- Pas d'activités réalisées auprès des migrants et populations déplacées</p>	<p>Les changements du contexte de la migration et de la mobilité des populations</p>	<p>comme effet dans l'axe stratégique 1 du PSN et englober un ensemble de produits : CCDAG accessibles, fonctionnels et efficaces ; populations ayant accès au dépistage au niveau des soins de première ligne publique et privée ; dépistage communautaire, dépistage mobile, promotion du dépistage à l'initiative du soignant, dépistage en prénatal,</p>
<p>Effet 1.3. Les populations clés (UDI, TS, HSH, détenus), notamment celles ayant des comportements à risque, adoptent des attitudes et pratiques qui les protégeront du risque d'infection par le VIH</p>	<p>- Activités de sensibilisation auprès des populations clés : 55% chez TS, 66.3% chez les détenus, 76.3% chez les UDI et 77% chez les HSH</p> <p>- Dépistage du VIH chez les populations clés : 6% chez les HSH, 6.7% chez les TS, 17.8% chez les UDI</p>	<p>Faibles taux de dépistage du VIH chez les populations clés pouvant être liés à différents facteurs : Pas assez focalisé sur les populations les plus à risque... Estimation de la taille des populations clés et leur implantation dans les régions des cibles</p> <p>- Cartographie des intervenants associatifs et couverture des besoins des populations clés sur tout le territoire</p>	<p>professionnels formés en counseling</p>

Axes	Résultats d'effets	Réalizations 2012	Difficultés/ Insuffisances	Aspects de révision du PSN
<p>Axe stratégique 2</p>	<p>Effet 2.1 : Les PV VIH, bénéficient de l'accès universel aux traitements et aux soins appropriés</p>	<p>- PVVIH bénéficiant de TARV : 101%</p> <p>- Traitement de la coïnfection TB/VIH : non indiqué par des résultats</p> <p>- Pas d'indicateurs pour analyser la qualité des soins, de la gestion de la comorbidité et des effets indésirables du TARV ainsi que la formation des professionnels de santé</p>	<p>- Politique non favorable à la prise en charge de la coïnfection</p> <p>- Absence de hiérarchisation des activités en fonction de la faisabilité et des priorités.</p> <p>- Activité d'acquisition de matériels d'exploration spécialement pour les PVVIH inappropriée contradictoire avec les principes de précautions universelles.</p>	<p>- Les activités se heurtant aux politiques ou textes juridiques, devraient être programmées après un plaidoyer réussi pour des changements positifs au niveau des décisions politiques.</p> <p>- A l'arrêt de l'appui du GFATM aux activités de soutien social, le nombre de PVVIH bénéficiant de ce type de soutien a chuté témoignant d'une insuffisance de mobilisation de fonds pour la pérennité du soutien.</p> <p>- La décision de prise en charge gratuite des étrangers résidents en Tunisie devrait être fondée sur des données probantes. Une étude de faisabilité serait utile dans ce cas.</p>

	<p>Effet 2.2. Les PVVIH et leurs familles, bénéficient d'un soutien psychosocial approprié</p>	<p>- Selon le MAS : 20 PVVIH ont bénéficié de soutien social</p>	<p>- Pas de données disponibles sur le soutien psychologique</p> <p>- Pas de données disponibles sur le soutien social apporté par les ONG à part ATIOST</p>	
	<p>Effet 2.3 : Les PVVIH, résidentes permanentes, migrantes et déplacées sans ressources, bénéficient de l'accès universel au traitement, aux soins appropriés et au soutien psychosocial approprié</p>	<p>- Pas de TARV gratuit aux étrangers résidents en Tunisie</p>	<p>La circulaire n°16/2000 du 27 février 2000 qui limite le TARV gratuit aux tunisiens résidents en Tunisie et ne bénéficiant pas de couverture sociale</p>	

Axes	Résultats d'effets	Réalisations 2012	Difficultés/ Insuffisances	Aspects de révision du PSN
Axe stratégique 3	<p>Effet 3.1. Un cadre juridique garantissant l'accès universel est adapté à tous les contextes de la riposte au VIH/sida</p>	<p>- Aucun texte juridique n'a été révisé ou élaboré pour faciliter l'accès universel dans tous les contextes de la riposte au VIH/SIDA</p>	<p>- Pour une activité de cette ampleur, le PSN ne s'est pas basé sur des données probantes et n'a pas prévu de mécanisme à mettre en place pour atteindre cette cible.</p>	<p>- Mise en place d'une commission technique sous l'égide du CNLS/PNLS pour améliorer l'environnement juridique (analyse des textes en vigueur pour lever les obstacles de l'accès à la prévention et aux soins)</p> <p>- Le renforcement des capacités des ONG est une nécessité étant donné la priorité à donner aux interventions en direction des populations clés et au travail avec les populations clés.</p>
	<p>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</p>	<p>- Les ONG thématiques mènent des actions d'IEC de proximité visant à accroître la prise de conscience des populations clés de leurs droits.</p> <p>- Pas de réalisations en faveur des migrants et des déplacés en raison du rapatriement.</p>	<p>- Absence de données chiffrées sur les réalisations.</p> <p>- Faibles capacités des ONG à élargir le terrain d'intervention.</p> <p>- Pas de référentiel de base ni d'indicateurs pour analyser la situation des droits humains.</p> <p>- Seule les actions des ONG ont permis de promouvoir les</p>	<p>- Développer des plans d'action liés au PSN révisé pour montrer la contribution des associations à l'atteinte des résultats nationaux.</p> <p>- Développer un référentiel de formation des professionnels de santé pour améliorer l'accueil, la prévention et la prise en charge des populations clés pour l'atteinte des résultats nationaux.</p> <p>- Elaboration d'un manuel de bonnes pratiques éthiques dans le cadre des priorités nationales et de l'atteinte des</p>

			droits.	résultats du PSN 2015-2018 révisé. -Développement de plaidoyer pour auprès des autorités pour créer un environnement de santé publique favorable aux interventions en direction des populations clés, et adapté au contexte de la Tunisie. (cadre législatif, problème de toxicomanie, introduction de la méthadone...)
	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	- Manuels de bonnes pratiques éthiques à l'intention des intervenants dans la riposte nationale au VIH non élaborés. - Formation des responsables institutionnels non réalisée.	Pas d'indicateurs	

Axes	Résultats d'effets	Réalisations 2012	Difficultés/ Insuffisances	Aspects de révision du PSN
Axe stratégique 4	Effet 4.1. Le leadership, la coordination et le partenariat sont renforcés	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de réalisation en vue d'institutionnaliser et d'opérationnaliser le CNLS. - Pas de réalisation en vue de renforcer le PNLs en ressources humaines et matérielles. - Pas de réalisation en vue d'impliquer davantage le secteur privé. - Pas de plan opérationnel dans les régions. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faibles capacités du PNLs à initier ces activités. - Nécessité de répartir les rôles et fonctions du CNLS et du CCM, afin d'améliorer les capacités de la riposte nationale 	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le renforcement du cadre institutionnel de la CNLS en tant qu'autorité nationale de lutte contre le Sida. - Revoir la composition et préciser les attributions des 4 sous-comités techniques qui appuient le CNLS. - Etablir des conventions de partenariat avec la société civile pour l'atteinte des résultats nationaux du PSN 2014- 2017 - Identification des régions prioritaires Grand Tunis, Bizerte, Nabeul, Sousse, Sfax, Médenine. -Etablir des plans régionaux liés au PSN 2014- 2017.et redynamiser les CRLS. -Réviser la base de données de collecte de données sur AMIS. pas de triangulation E-PHARMA pour la gestion des ARV L'opérationnalisation du principe « Three Ones » s'avère comme la première priorité à adresser : renforcer le PNLs, institutionnaliser le CNLS, redynamiser les CRLS, et

				mettre en place un cadre de suivi et évaluation simple, réaliste et réalisable pour garantir la redevabilité.
--	--	--	--	---

Annexe 3 : Matrice du cadre de résultat du PSN révisé et principales stratégies

Résultat d'impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2018		
Résultats d'effet du programme	Résultats produits	Principales stratégies/interventions
<p>Résultats d'effet 1.1 : Au moins 80% de chacune des populations les plus exposées au risque, touchées par les programmes adoptent un comportement à moindre risque d'ici 2018 (PS, HSH, UDI)</p>	<p>1.1.1 : Au moins 80% des professionnels (le)s de sexe accueillis par les associations accèdent à la prévention combinée</p> <p>1.1.2 : Au moins 80% des HSH accueillis par les associations accèdent à la prévention combinée</p> <p>1.1.3 : Au moins 80% des UDI accueillis par les associations ont accès aux mesures de réduction des risques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'une stratégie de recherche et d'innovation avec priorisation des interventions vers les populations les plus exposées (PS, HSH, UDI). ▪ Conception et développement de l'approche de prévention combinée. ▪ Développement d'espaces communautaires de prévention ▪ Renforcement des actions de prévention par la CCC à travers l'éducation par les pairs. ▪ Renforcement des structures médicales et associatives pour la prévention du VIH et la prise en charge adéquate des IST. ▪ Promotion du diagnostic/traitement précoce des IST auprès des populations les plus exposées au risque d'infection aux IST et au VIH. ▪ Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du préservatif masculin et du préservatif féminin et promotion de l'utilisation correcte du préservatif. ▪ Elaboration d'une stratégie nationale de prévention biomédicale des accidents d'exposition au VIH : précautions standard universelles, prophylaxie pré-exposition, prophylaxie post-exposition, gel microbicide, etc. ▪ Distribution et gestion du gel lubrifiant auprès des HSH. ▪ Promotion de la connaissance du statut sérologique, conseil et dépistage auprès des populations les plus exposées au risque d'infection aux IST et au VIH (Dépistage ciblé). Promotion du dépistage communautaire et du dépistage mobile (en extramuros). ▪ Renforcement des capacités des CCDAG dans le but de les rendre plus attractifs pour les populations clés. ▪ Développement des actions de plaidoyer en direction des autorités administratives, et des agents de santé pour le respect des droits humains des populations les plus exposées au risque d'infection aux IST et au VIH. ▪ Renforcement des capacités organisationnelles des populations les plus exposées au risque d'infection aux IST et au VIH pour les amener à participer aux interventions de prévention combinée. ▪ Meilleure connaissance des groupes à travers des études actualisées bio-comportementales (cartographies) à base communautaire. ▪ Appropriation du Programme RdR auprès des UDI, programme d'échange de seringue et introduction du traitement de substitution ▪ Mise en œuvre d'activités de proximité par les prestataires des centres de suivi (activités menées au niveau des lieux de fréquentation). ▪ Médiations sanitaires, sociales et familiales

<p>Résultats d'effet 1.2 : Au moins 80% de chacune des populations en contexte de vulnérabilité (Populations carcérales, populations migrantes clients/partenaires, des populations clés) adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2018</p>	<p>1.2.1 : Au moins 80% de chacune des populations en contexte de vulnérabilité identifiées accèdent à la prévention (Populations carcérales, populations migrantes, clients/ partenaires des populations clés)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention des comportements à risques et prévention par la CCC ; ▪ Promotion de l'utilisation correcte du préservatif masculin et du préservatif féminin ▪ Distribution/gestion des préservatifs masculins, féminins auprès des populations les plus exposées au risque d'infection aux IST et au VIH. ▪ Distribution/gestion du gel lubrifiant auprès des HSH. ▪ Opérationnalisation de la stratégie nationale de dépistage avec mise à niveau des CCDAG afin de les adapter aux besoins des populations clés, promotion du conseil et test VIH au sein des CSB dans les régions abritant un nombre élevé de populations clés et promotion du dépistage communautaire et du dépistage mobile. ▪ Promotion du dépistage et de la prise en charge correcte des IST.
<p>Résultats d'effet 1.3 : Au moins 60% des jeunes filles et garçons de 15-35 ans adoptent des comportements à moindre risque pour les IST et le VIH d'ici 2018.</p>	<p>1.3.1 Au moins 60% des adolescents et jeunes de 15 à 35 ans bénéficient des services de prévention de proximité pour les IST et le VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des actions de prévention par la CCC à travers la paire éducation. ▪ Renforcement des capacités des adolescents et des jeunes en matière de prévention des IST,/VIH et de la santé reproductive par l'éducation pour la santé au sein des établissements scolaires, universitaires et professionnelles et l'éducation par les paires. ▪ Renforcement des capacités des enseignants et formateurs en IST/VIH et santé reproductive. ▪ Renforcement de l'implication des jeunes dans les programmes de prévention. ▪ Promotion de l'intégration des interventions sur le VIH, la santé reproductive et le genre en direction des jeunes. ▪ Vulgarisation des centres ami des jeunes et des centres d'écoute ??? ▪ Promotion de la recherche sur la sexualité des jeunes.
<p>Résultats d'effet 1.4 : Au moins 60% des personnes consultant pour une IST adoptent des comportements de prévention</p>	<p>1.4.1 : Au moins 60% de personnes consultant pour une IST bénéficient d'une prise en charge selon les normes nationales en matière d'IST</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités des structures de santé et des organisations communautaires sur le diagnostic et la prise en charge des IST. ▪ Formation du personnel médical/paramédical sur la stigmatisation et discrimination envers les populations clés et les PVVIH. ▪ Renforcement de l'éducation et la formation sur les IST des populations les plus exposées ▪ Promotion et utilisation du préservatif masculin et féminins ; ▪ Dépistage sérologique de la syphilis intégré dans le paquet soins de santé reproductive. ▪ Consultation de pronctologie pour la prévention des cancers
<p>Résultats d'effet 1.5 : Le taux de TME du VIH est réduit de 90% d'ici 2018 parmi les enfants suivis nés de mère séropositive</p>	<p>1.5.1 80% des femmes en âge de procréer accèdent aux services de la PTME</p> <p>1.5.2 :Au moins 80% des femmes enceintes fréquentant les formations sanitaires sont dépistées et connaissent leur statut</p> <p>1.5.3 :Au moins 90% des femmes enceintes séropositives reçoivent des ARV pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant d'ici fin 2018.</p> <p>1.5.4 : Au moins 80% des</p>	<p>Coordination de la stratégie nationale de PTME</p> <p>Prévention primaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion du dépistage des couples au cours de la consultation prénuptiale. ▪ Promotion du conseil et dépistage du VIH pour les femmes enceintes en prénatal au cours de la consultation du 6^{ème} mois. ▪ Prise en compte des aspects genre dans la politique de santé. ▪ Formation des sages femmes et des médecins de première ligne sur conseil et dépistage du VIH. ▪ Mise en place de tests rapides fiables dans les centres de santé de base. ▪ Promotion de l'utilisation de préservatifs et de l'offre de contraception. ▪ Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives en âge de procréer selon l'approche de la « contraception double ».

	<p>enfants nés de mères séropositives suivies reçoivent des ARV pour réduire le risque d' infection par le VIH d'ici fin 2018.</p>	<p>Prévention de la transmission verticale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion des CPN par les acteurs communautaires ▪ Promotion de l'intégration des CPN dans les stratégies avancées ▪ Promotion du dépistage pendant la grossesse, l'accouchement chez les femmes enceintes défaillantes ou perdues de vue. et en consultation post natale. ▪ Offre du paquet d'intervention PTME (TARV, accouchement à moindre risque, lait artificiel, prophylaxie post-exposition du nouveau-né, diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nouveau-né, offre de contraception en post-partum) ▪ Décentralisation du paquet PTME (dépistage, ARV couple mère-enfant, suivi du nourrisson...) en dehors des pôles de prise en charge.. <p>Traitement, soins et soutien aux mères, nourrissons et familles</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès au TARV et soins selon les recommandations nationales. ▪ Prise en charge globale du nourrisson exposé (diagnostic précoce des nourrissons) ▪ Promotion de l'allaitement artificiel dès la naissance chez tous les nouveau-nés de mères vivant avec le VIH. ▪ Promotion de la qualité des services de santé maternelle et infantile. ▪ Promotion du dépistage au sein de la famille, pour le père et la fratrie. ▪
<p>Résultats d'effet 1.6 : Au moins 70% des formations sanitaires appliquent les mesures de précaution standard pour la sécurité transfusionnelle et les accidents d'exposition au VIH</p>	<p>1.6.1 100% des centres de transfusion assurent une transfusion sanguine selon les normes internationales de la sécurité transfusionnelle.</p> <p>1.6.2 : Au moins 70% des formations sanitaires assurent la prise en charge des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion de la démarche volontaire du don de sang. ▪ Mise à disposition du sang sécurisé en quantité et qualité suffisante. ▪ Développement d'un système national d'hémovigilance. ▪ Mise en œuvre du programme Assurance/qualité dans les services de santé. ▪ Renforcement des mesures de protection contre l'infection à VIH en milieu de travail. ▪ Renforcement de la prise en charge des cas d'accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques. ▪ Elaboration d'une stratégie nationale de prévention biomédicale des accidents d'exposition au VIH : précautions standard universelles, prophylaxie pré-exposition, prophylaxie post-exposition, gel microbicide, etc.

Résultat d'impact 2 : La mortalité des PVVIH est réduite d'au moins 60% d'ici 2018

Résultats d'effet du programme	Résultats produits	Principales stratégies/interventions
<p>Effet 2.1 : Au moins 80% des PVVIH (enfants et adultes) diagnostiquées survivent 12 mois après l'initiation du traitement ARV d'ici 2018</p>	<p>2.1.1 : Au moins 80% des PVVIH (enfants et adultes) diagnostiquées bénéficient d'une prise en charge globale et adéquate</p> <p>2.1.2 : Au moins 80% des cas de tuberculose liés au VIH bénéficient d'un traitement à la</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion de l'offre de dépistage dans les centres de dépistage et en milieu communautaire ▪ Offre de dépistage du VIH auprès des populations clés les plus exposées au risque VIH ▪ Etablissement des liens entre les services de dépistage et les services de soins des PVVIH à travers le renforcement du circuit de référence et contre référence . ▪ Amélioration de l'accès des personnes dépistées

	<p>fois contre la tuberculose et contre le VIH d'ici 2017</p> <p>2.1.3 :D'ici 2017, 90% des PVVIH chez lesquelles le diagnostic d'hépatite est posé, bénéficient d'un traitement à la fois contre les hépatites virales B et C et contre le VIH</p>	<p>séropositives aux services de PEC pré-thérapeutique de qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'un système de référence et d'accompagnement des personnes dépistées pour éviter les perdus de vue entre le dépistage et la prise en charge ▪ Mise en place d'un dispositif permettant l'accompagnement des structures pour une meilleure décentralisation de l'offre de dépistage ▪ Formation des agents de santé intervenants dans les centre de dépistage ▪ Renforcement de la coordination entre le PNLs et le PNLt. ▪ Renforcement du diagnostic de la tuberculose. ▪ Renforcement de la prise en charge de la co-infection VIH-tuberculose. ▪ Renforcement des mécanismes de collaboration entre les structures de prise en charge des PVVIH et des personnes atteintes de tuberculose.. ▪ Renforcement des capacités des Laboratoires Nationaux et Régionaux pour le contrôle de qualité du diagnostic de la tuberculose. ▪ Disponibilité des antirétroviraux, antituberculeux et des médicaments pour le traitement des infections opportunistes. ▪ Renforcement du diagnostic et de la prise en charge des co-infections VIH/VHB et VIH/VHC. ▪ Mobiliser des sources de financements pour le traitement des PVVIH co-infectés par le VHC. ▪ Renforcement des mécanismes de collaboration entre les structures de prise en charge ▪ Disponibilité des réactifs, consommables et médicaments
	<p>2.1.4 : Au moins 80% des PVVIH enfants et adultes diagnostiquées bénéficient de la continuité des soins (prise en charge psychologique et sociale ...) d'ici 2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarification des droits des personnes vivant avec le VIH(accès aux prestations de solidarité du Ministère des affaires sociale) ▪ Les dr d'un guide sur les droits Evaluation du dispositif d'accompagnement psycho-social ▪ Renforcement des capacités institutionnelles des associations des PVVIH pour la gestion des activités génératrices de revenus. ▪ Renforcement du soutien social et économique des PVVIH. ▪ Renforcement de la mobilisation des ressources pour le soutien socioéconomique aux PVVIH.
<p>Résultat d'impact 3 : Les droits humains des PVVIH et des populations clés sont assurés d'ici 2018</p>		
<p>Résultats d'effet du programme</p>	<p>Résultats produits</p>	<p>Principales stratégies/interventions</p>
<p>Résultats d'effet 3.1.Le respect des droits humains est effectif chez au moins 60% des PVVIH suivies d'ici 2018</p>	<p>3.1.1 : 80% des PVVIH suivies sont atteints par les programmes de réduction de la discrimination et de la stigmatisation liées au VIH d'ici 2018</p> <p>3.1. 2 : 80 des PVVIH suivies bénéficient d'un soutien juridique dans le cadre du</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la lutte contre les pratiques de stigmatisation et discrimination liées au VIH dans les lieux de soins. ▪ Formation des professionnels de santé sur l'accueil des PVVIH, la stigmatisation et la discrimination. ▪ Renforcement des capacités des acteurs (magistrats, défenseurs des droit humains...), professionnels de santé et des PVVIH sur les dispositifs légaux de lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

	respect des droits humains d'ici 2018	
Résultats d'effet 3.2 Au moins 60% des PVVIH suivies bénéficient des interventions liées à la santé/dignité prévention, pour réduire la discrimination et la propagation du VIH) d'ici 2018.	3.2.1 : 60% des PVVIH suivis bénéficient de services de santé /prévention positive d'ici 2018	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la responsabilisation des PVVIH. ▪ Auto-support. ▪ Groupes de parole ▪ Renforcement de l'estime de soi ▪ Renforcement des compétences dans les domaines de la santé positive et dignité. ▪ Renforcement des actions de prévention des PVVIH y compris la PTME. ▪ Renforcement de la contribution des PVVIH dans la riposte nationale. ▪ Promotion des droits et devoirs des PVVIH (sensibilisation juridique et de masse, plaidoyer pour l'adaptation de certaines lois au contexte de la lutte contre le VIH). ▪ Protection juridique des droits des PVVIH et des groupes vulnérables (l'assistance juridique et judiciaire, formation juridique).

Résultat d'impact 4 : La gouvernance, la coordination et le suivi évaluation de la riposte nationale au VIH/sida sont efficaces

Résultats d'effet du programme	Résultats produits	Principales stratégies/interventions
Résultat effet 4.1 : La coordination, le leadership et le partenariat sont renforcés.	4.1.1 : Le CNLS (autorité nationale de lutte contre le VIH/SIDA) et ses comités techniques sont fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réactivation du CNLS et renforcement de ses comités techniques avec une définition des attributions de chaque comité. ▪ Renforcement des capacités managériales et financières des organes d'orientation dans le cadre de la multisectorialité. ▪ Renforcement des capacités humaines, techniques et financières des structures de coordination et d'exécution des interventions de lutte contre le sida, au niveau national et régional.
	4.1.2 : L'engagement des leaders (politiques, administratifs, communautaires...) est effectif à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaidoyer pour un engagement plus fort des autorités politiques, administratives, à tous les niveaux.
	4.1.3 : Le partenariat dans la riposte nationale est renforcé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion de synergies d'actions entre le secteur public, parapublic, privé et société civile au niveau local, régional et national. ▪ Renforcement de l'implication du secteur public. ▪ Renforcement de l'implication du secteur parapublic. ▪ Renforcement de l'implication du secteur privé. ▪ Renforcement de la coopération transfrontalière, sous régionale, régionale et internationale.
	4.1.4 : Les ressources financières nécessaires à la	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des cadres de concertation avec les partenaires au développement.

	mise en œuvre du plan stratégique contre les IST/VIH/sida sont mobilisées et utilisées de façon efficiente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du dispositif de gestion à tous les niveaux. ▪ Plaidoyer pour la pérennisation des financements domestiques et des interventions. ▪ Mise en place d'un cadre unique de gestion.
Résultat effet 4.2 : La participation des organisations communautaires est effective à la riposte nationale au VIH/sida	4.2.1 : Les capacités managériales, financières et matérielles des organisations communautaires sont renforcées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement des capacités des organisations communautaires. ▪ Renforcement de la planification et du suivi et évaluation au niveau communautaire. ▪ Renforcement des capacités financières et matérielles des réseaux communautaires.
	4.2.2 : La plate-forme de concertation renforcement de la gouvernance et du partenariat des organisations communautaires est mise en place et fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du réseautage et de la coordination communautaire. ▪ Renforcement des capacités institutionnelles et managériales des acteurs communautaires avec les autres secteurs de la mise en œuvre.
	4.2.3 : Les normes sur les activités et les services communautaires sont définies et appliquées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des prestations de service des organisations communautaires. ▪ Décentralisation des interventions du système communautaire. ▪ Définition et application de normes et standards pour les services communautaires de qualité.
Résultat effet 4.3 : Les informations stratégiques de qualité sur les IST et le VIH/sida sont produites, disponibles et utilisées pour la riposte nationale.	4.3.1 : Le cadre institutionnel et les structures organisationnelles de S&E sont fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du cadre institutionnel de S&E du VIH/sida. ▪ Renforcement des structures organisationnelles de S&E du VIH/sida. ▪ Renforcement des capacités humaines pour le S&E du VIH/sida.
	4.3.2 : Le partenariat entre les parties prenantes impliquées dans la production de l'information stratégique de qualité sur le VIH est renforcé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des cadres de concertation pour le traitement et la gestion de l'information.
	4.3.3 : Les données de qualité pour le suivi systématique sont régulièrement disponibles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement et installation de bases de données sur le VIH aux niveaux central et décentralisé. ▪ Renforcement du système de collecte et de gestion des données sur les IST et le VIH/sida. ▪ Renforcement de la rétro-information.
	4.3.4 : Les données épidémiologiques et comportementales sur les IST et le VIH/sida sont disponibles et de qualité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la surveillance comportementale, de la surveillance épidémiologique, de la surveillance des résistances au TARV. ▪ Etudes d'impacts du VIH/sida. ▪ Renforcement de la surveillance sentinelle. ▪ Développement de la recherche sur les IST et le VIH/sida.
	4.3.5 : L'information stratégique sur la riposte nationale est diffusée et utilisée pour le processus de planification, de gestion et de prise de décisions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentation et dissémination de l'information stratégique et des meilleures pratiques.
Résultat effet 4.4 : Les risques programmatiques et financiers sont	4.4.1 : Les audits opérationnels et financiers annuels sont réalisés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la gestion des risques et le devoir de rendre compte.

minimisés	3.4.2 : Le système d'alerte (en gestion programmatique, gestion des approvisionnements et gestion financière) est mis en place et fonctionnel	<ul style="list-style-type: none">▪ Développement d'un système fonctionnel d'alerte sur la gestion.
-----------	---	---

