ONU FEMMES

RAPPORT DE L'ÉVALUATION GENRE DE LA RIPOSTE AU VIH EN TUNISIE

2014

DSB DIRECTION DES SOINS DE SANTÉ DE BASE

ONUSIDA

SOMMAIRE

SOMMAIRE 1
REMERCIEMENTS 2
RÉSUMÉ EXÉCUTIF 3
ACRONYMES et ABRÉVIATIONS 4
I. Introduction 5
A. Contexte et justification de l'évaluation basée sur le Genre 6
B. Objectifs de l'évaluation basée sur le Genre 6
C. Approche et méthodologie de l'évaluation basée sur le Genre 7
D. Facteurs favorables et défis rencontrés 8
II. Connaître la situation de l'épidémie de sida en Tunisie 9
A. Etat des lieux de l'épidémie 10
1. Prévalence 10
2. Incidence 11
3. Distribution des cas de VIH/SIDA par âge 11
4. Mode de transmission du VIH 11
5. Distribution géographique des cas 11
6. Estimation de la taille des populations clés, prévalence, comportements à risques 11
a) Profil et comportement des travailleuses du sexe clandestines 12
b) Profil et comportement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes 12
c) Profil et comportement des usagers de drogues injectables 13
d) Les femmes UDI 13
7. Connaissances et comportements à risque chez les 15-24 ans 14
8. Violence fondée sur le Genre 14
a) Violence à l'égard des femmes et des filles dans la sphère privée 14
b) Mariage précoce 15
c) Violence chez les jeunes 15
d) Violence liée à l'orientation/identité sexuelle 16
9. Données sur la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH 16
B. Facteurs sociaux, culturels et économiques 17
1. Perception de l'infection par le VIH 17
2. Normes sociales stigmatisant les rapports sexuels hors mariage 17
3. Déterminants socio-économiques des femmes et des jeunes 17
4. Représentations socioculturelles de la sexualité et de la santé reproductive 18
5. Stigmatisation et discrimination envers les PVVIH 18
6. Normes sociales à l'égard et au sein des populations clés 18
C. Facteurs politiques et juridiques 19
1. Cadre juridique encadrant les droits des PVVIH 19
2. Encadrement juridique des populations clés 19
3. Facteurs juridiques influençant les inégalités de Genre 19
D. Résumé des lacunes dans l'information stratégique 20
III. Connaître les interventions nationales de lutte contre le sida intégrant le Genre 22
A. Prise en compte du Genre dans les politiques/programmes de lutte contre le VIH 23
1. Lutte globale contre le VIH/sida 23
a) Populations ciblées par la riposte nationale 23
b) Dimension Genre et interventions de lutte contre le VIH/sida 23
c) L'identité de Genre et l'orientation sexuelle dans la politique/stratégie sur le VIH 23
d) Modes de financement des interventions nationales de lutte contre le VIH/Sida 23
2. Participation significative des acteurs clés 24
3. Coordination de la prise en compte des inégalités liées au Genre 25
4. Intégration de l'égalité des sexes dans la conception des politiques nationales 25
5. Connaissances et sensibilisation sur l'égalité des sexes 26
B. Analyse de l'accès aux programmes et interventions selon le Genre 27
IV. Recommandations 32
V. Annexes 36

REMERCIEMENTS

« Nous remercions celles et ceux qui ont participé à cette évaluation, partenaires du secteur de la Santé, de la Femme, des Affaires sociales, de la Famille et de la Population, ainsi que de la société civile impliquée dans la lutte contre le sida et la question Genre, les représentants des PVVIH et des populations clés, et les organisations des Nations Unies. La réalisation de cette évaluation est le reflet de leur engagement et leur collaboration. Par ailleurs, cette évaluation menée par le PNLS, s'appuie sur les directives et le soutien du bureau régional de l'ONUSIDA et de sa représentation en Tunisie ainsi que d'ONU Femmes, qui ont contribué à la qualité de ce rapport. »

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

L'épidémie de sida en Tunisie est de basse prévalence et de type concentré (séroprévalence supérieure à 5 % parmi les populations clés) et plusieurs de ses aspects révèlent des **défis importants et des risques d'exacerbation :** un pourcentage important de personnes qui ne connaissent pas leur statut sérologique, un sexe ratio hommes/femmes qui a diminué, passant de 3,02 avant 2000 à 1,04 en 2013.

A la fin de l'année 2014, afin d'identifier les questions de Genre, déterminantes dans l'épidémie, le PNLS (DSSB), appuyé par les bureaux de l'ONUSIDA et d'ONU Femmes en Tunisie a mené **la première évaluation basée sur le Genre** de la riposte au sida en Tunisie. Sur la base des directives d'ONUSIDA et de « L'outil d'évaluation basée sur le genre des interventions nationales de lutte contre le VIH/SIDA », **le processus d'évaluation** a garanti un engagement national, un processus participatif, un remplissage de l'outil fondé sur la preuve, une analyse et une utilisation des résultats via l'organisation d'un atelier national ouvert à la participation de l'ensemble des partenaires de la riposte en Tunisie, et pour lequel un rapport succinct a été partagé et validé.

Cette première analyse a permis de faire ressortir : 1 - **les lacunes dans la connaissance** de l'épidémie en Tunisie, du point de vue de la qualité de l'information épidémiologique et comportementale collectée ; 2 – **les principaux facteurs, sociaux, économiques, culturels et juridiques** qui fondent les inégalités de genre face au VIH et qui sont à l'origine d'une plus grande vulnérabilité de certains groupes, au-delà des populations clés, tout en les incluant ; 3 – **la nécessité d'approfondir la connaissance des causes** sous-jacentes de l'épidémie en développant la collecte d'informations sur les inégalités de Genre dans tous les domaines, 4 –**les écarts à l'Accès Universel (AU)** qui reposent sur les inégalités de Genre dans les politiques menées et les programmes et interventions mis en œuvre.

Les résultats de cette évaluation mettent en lumière :

- Des carences dans l'information épidémiologique et comportementales, notamment en termes de données homogènes dans le temps et de cohérence des indicateurs adoptés.
- Une faible connaissance quantitative et qualitative de la situation des populations vulnérables au VIH (femmes en région, migrants, jeunes déscolarisés, transgenres, femmes UDI), y compris des populations clés ;
- Des facteurs sociaux, économiques, culturels et juridiques qui rendent les femmes et les jeunes plus vulnérables au VIH dans la population générale comme au sein des populations clés ;
- Une absence de coordination des initiatives pour adresser les questions de Genre dans les politiques et stratégies ;
- Une plus forte vulnérabilité au VIH des femmes, des jeunes filles et des jeunes hommes et de certaines populations clés du fait d'interventions et de programmes qui ne s'adressent pas à leurs besoins spécifiques et qui ne prennent pas en compte les comportements à risque croisés.

Dans une perspective de plaidoyer, le présent rapport, validé par les membres du comité et les organisations et institutions qui y ont contribué, intègre des recommandations prioritaires dont la planification et l'exécution permettront une réponse plus efficace et efficiente, sensible au Genre.

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ARV	Antirétroviraux
ATFD	Association Tunisienne des Femmes Démocrates
ATL MST/sida	Association Tunisienne de Lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles et le sida
ATUPRET	Association Tunisienne de Prévention de la Toxicomanie
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCDAG	Centre de Conseil et de Dépistage Anonyme et Gratuit
CCM	Instance de coordination nationale du financement Fonds mondial (Country Coordinating Mechanism)
CEDAW	Convention pour l'Elimination de la Discrimination Envers les Femmes (CEDEF)
CSP	Code du Statut Personnel
DMSU	Direction de Médecine Scolaire et Universitaire
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
DSSR	Droit de la Santé Sexuelle et Reproductive
FHI	Family Health International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GTFAM	Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
IEC	Information, Education, Communication
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MAS	Ministère des Affaires Sociales
MICS	Enquêtes par Grappes à Indicateurs Multiples
OIM	Organisation internationale pour les Migrations
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
ONFP	Office National de la Famille et de la Population
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
PEC	Prise En Charge
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida et les IST
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PO	Plan Opérationnel
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RANCS	Réseau Associatif National Contre le Sida
SEFF	Secrétariat d'Etat aux affaires de la Femme et de la Famille
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TS	Travailleuses du Sexe
UDI	Usager de Drogues Injectables
UNFT	Union Nationale de la Femme Tunisienne
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
Unicef	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

I. Contexte et justification de l'évaluation basée sur le Genre

En Tunisie les premiers cas de sida ont été détectés en 1986 et l'épidémie est actuellement de basse prévalence et de type concentré. Néanmoins, plusieurs de ses aspects révèlent des défis importants et des risques d'exacerbation : un pourcentage important de personnes ne connaissent pas leur statut sérologique, le sexe ratio hommes/femmes a diminué, passant de 3,02 avant 2000 pour atteindre 1,04 en 2013.
Depuis, 1992, un Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) a la responsabilité de la riposte dans le pays, appuyé par le Programme National de Lutte contre le Sida et les IST (PNLS) qui a été créé en 1987 et qui joue en même temps le rôle de secrétariat du CNLS. Le PNLS est actuellement l'acteur central de la riposte et le premier responsable du suivi de la mise en œuvre du Plan Stratégique National (PSN). **Sur cette base institutionnelle, la Tunisie a élaboré plusieurs plans stratégiques,** pour les périodes 2006-2010, puis 2012-2016 et travaille actuellement au PSN 2015-2018. Tous ces PSN s'articulent autour de quatre axes stratégiques alignés à vision Zéro et aux objectifs de l'accès universel: 1. la prévention, 2. la réduction de la morbidité et de la mortalité chez les PVVIH, 3. les réformes juridiques, les droits de l'homme et la lutte contre la stigmatisation, et 4. le renforcement de la gouvernance de réponse. Le nouveau PSN 2015-2018, se concentre sur les priorités du pays, principalement la prévention parmi les populations clés, l'accès universel à la prévention, le traitement, les soins et le soutien, la levée des obstacles juridiques, la promotion des droits humains et l'égalité des sexes et la lutte contre la stigmatisation ainsi que l'amélioration de la gouvernance, de la coordination, du suivi et évaluation de la riposte.
Alors que la connaissance des déterminants de l'épidémie dans le pays s'est améliorée, notamment grâce aux données statistiques et qualitatives significatives des enquêtes bio-comportementales de 2009, 2011 et 2014, **elles demeurent silencieuses à propos des déterminants du genre.** Par ailleurs, aucune analyse approfondie n'a jusque là été menée afin d'identifier les questions liées au Genre, en tant que déterminant social de l'épidémie et de l'efficacité de la riposte, alors qu'il s'avère, dans la plupart des autres pays, que le traitement et l'intégration de ces questions dans les ripostes des pays du VIH ont un impact positif sur l'efficacité de celles-ci.
Ainsi, c'est dans la perspective de renseigner les déterminants liés au Genre dans toute sa dimension (déterminants de vulnérabilité des femmes, des jeunes filles et des populations clés) et concernant les différents volets de la riposte nationale (accès aux services de prévention, de traitement et de soutien, stigmatisation, écarts selon les régions, capacités des prestataires de services, etc.) que le PNLS s'est engagé dans **cette évaluation basée sur le Genre de la riposte au sida.**

II. Objectifs de l'évaluation basée sur le Genre

Les objectifs de cette évaluation étaient de :

• Affiner la connaissance de l'épidémie de sida en Tunisie en identifiant les déterminants socioculturels et économiques (vulnérabilité des femmes, des hommes, des jeunes filles et garçons et des populations clés) sous-jacents qui maintiennent les inégalités de Genre et la violence fondée sur le Genre.

• Prendre en considération les écarts en politiques et les écarts programmatiques (politiques globales et interventions pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien) afin d'amener la riposte nationale au sida à devenir sensible au Genre.

• Informer (et alimenter le cas échéant) le Plan Stratégique National (PSN 2015-2018), ainsi qu'intégrer les résultats de l'évaluation Genre et les recommandations afférentes à la note conceptuelle soumise au Fonds Mondial contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria en janvier 2015.

III. Approche et méthodologie de l'évaluation basée sur le Genre

La méthodologie de l'évaluation a été élaborée en se fondant sur les directives de l'ONUSIDA telles que formulées dans l'outil intitulé « **L'outil d'évaluation basée sur le genre des interventions nationales de lutte contre le VIH/SIDA** ». D'où les étapes suivantes :

Engagement national : un engagement national au plus haut niveau en faveur de la prise en compte du Genre dans la lutte contre le VIH/SIDA a été acquis. L'évaluation s'est faite sous le leadership du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) avec l'appui du bureau régional de l'ONUSIDA et sa représentation en Tunisie et de l'ONU Femmes.

Processus Participatif : un comité national multi-acteurs restreint, sous le leadership du PNLS, a été constitué pour la mise en œuvre de l'évaluation. Afin d'assurer la qualité de cette évaluation, en termes d'exhaustivité et de fiabilité de l'information, le comité a inclus des acteurs nationaux sélectionnés sur la base d'une représentativité élargie des parties prenantes dans la riposte et du Genre en Tunisie, plus spécifiquement des représentants des institutions et organisations suivantes: le Secrétariat d'Etat aux Affaires de la Femme et de la Famille (SEFF), l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP), le Ministère des Affaires Sociales (MAS), la Direction de Médecine Scolaire et Universitaire (DMSU), l'Union Nationale de la Femme Tunisienne (UNFT), l'Association Tunisienne des Femmes Démocrates(ATFD), l'OIM, le PNUD, l'UNICEF, l'ONU Femmes, d'un expert VIH/Genre/Affaires religieuses, et des représentants des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) et des populations clés, et (voir Annexe 1),. Des termes de référence ont été élaborés et approuvés par le comité ainsi qu'un calendrier d'activités.

Pré-remplissage de l'outil : une session de formation en ligne (Skype) a été organisée avec les consultantes nationale et internationale afin de présenter au comité l'Outil dans ses différentes étapes. Elle a été suivie de deux réunions en ligne afin de vérifier les informations de l'outil pré-rempli par les consultantes nationale et internationale et d'en combler les lacunes. Le comité a également appuyé l'élaboration d'une revue documentaire pertinente (voir Annexe 5). Une quatrième réunion a eu lieu en préparation de l'atelier national.

Analyse et utilisation des résultats de l'évaluation basée sur le genre : un atelier national de trois jours, permettant d'ouvrir l'évaluation à la participation élargie des partenaires dans la riposte, a eu lieu.

Ses objectifs étaient de (1) discuter et compléter les informations utilisées pour répondre aux questions de l'outil d'évaluation basée sur le Genre (Phases 2 et 3 de l'outil) ; (2) valider les données des Phases 2 et 3 de l'outil ; et (3) développer une analyse de ces données (Phase 4 de l'outil) afin d'identifier les interventions et les priorités à intégrer à la stratégie nationale.
Des organisations gouvernementales partenaires du PNLS, des ONG thématiques sur le sida, des ONG œuvrant pour les droits des femmes, pour les DSSR et pour les jeunes, ainsi que des universitaires et des agences des Nations unies dans leur action conjointe ont participé à cet atelier (voir Annexe 3).
La méthode de l'atelier a consisté à :
Présenter l'outil d'évaluation dans ses étapes pour une appropriation par les participants (présentation et distribution de copies papier de l'outil rempli);
• Mettre en évidence les lacunes dans l'information nécessaire à l'évaluation (présentation).
• Compléter et discuter l'ensemble des réponses aux questions des Phases 2 et 3 de l'outil afin de les valider (travaux de groupes et recueil des résultats) et d'entamer la réflexion sur les données selon la méthode des « Cinq Pourquoi » (méthode simplifiée de l'analyse causale) afin de faire ressortir les causes liées aux inégalités de Genre dans l'épidémie de sida et dans les politiques et programmes de riposte (travaux de groupes) ;
• Proposer des politiques et des interventions, à partir des résumés établis à chaque étape de l'évaluation pour la prise en compte du Genre dans la riposte au VIH/sida (World Café).

Développement des rapports : Un rapport succinct de l'atelier et le rapport de l'évaluation ont été développés et partagés avec le comité restreint et les organisations et institutions qui ont participé à l'atelier pour une contribution et validation finales.

1er République tunisienne, ministère de la Santé Publique-Direction des Soins de Santé de Base, Programme National de Lutte contre le sida et les IST, Plan stratégique national de la riposte au VIH/sida et aux IST (2015-2018) en Tunisie, 2014. La prévalence du VIH est actuellement de 9,1 % au sein de la population HSH, de 3,9 % au sein des UDI et de 0,94 % au sein des TS avec une légère augmentation par rapport aux années précédentes.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2543_gender-assessment_fr.pdf

IV. Facteurs favorables et défis rencontrés

Les facteurs qui ont favorisé le déroulement de cette méthodologie sont :

• Le remplissage préalable des étapes de l'outil au cours des réunions préparatoires du comité restreint qui a enrichi la revue documentaire et la réflexion à partir de ses connaissances de terrain.
• Le niveau de détail de l'outil qui a permis, à travers les questions posées, de cibler les questions du Genre en rapport avec l'épidémie de VIH/sida et la riposte et de guider les discussions.
• La disponibilité d'une documentation variée et consolidée sur les différents aspects de la riposte au VIH en Tunisie (Analyse de situation, Revue de l'accès universel, Enquêtes bio-comportementales chez les populations clés, Enquête jeunes 15-24 ans, Rapports d'évaluation des dispositifs de dépistage (CCDAG) et de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)).
• La couverture politique pour l'inclusion de l'aspect Genre dans le plan stratégique guidant la riposte nationale.

Les défis rencontrés au cours du processus d'évaluation sont :

• L'inexistence de certaines informations qui a limité les conclusions de l'évaluation. Cet aspect fait l'objet d'une recommandation intégrée aux résultats de l'évaluation.
• La difficulté d'obtenir certaines informations existantes (notamment chiffrées) liée aux connaissances parfois peu spécifiques de certains participants et qui ont tenté d'y remédier par un apport documentaire en cours d'atelier. Un suivi post-atelier pour contacter les acteurs susceptibles de répondre aux questions restées sans réponse a été entamé.
• La durée limitée de l'évaluation qui a réduit le temps dédié à la collecte documentaire, à la sensibilisation et aux travaux du comité restreint et ce, du fait d'échéances liées au processus stratégique national et à celui de la requête de financement auprès du Fonds mondial.
• La période de l'évaluation qui a coïncidé avec un agenda national trop riche et dont ont résulté une faible implication des organisations parties prenantes et une difficulté à les réunir : processus stratégiques de la riposte, ateliers de réflexion sur les lois et leurs réformes (loi sur la violence à l'égard des femmes et des populations vulnérables, réforme de la loi sur les UDI), calendrier électoral législatif et présidentiel.
• La durée limitée de l'atelier. La consolidation des données de l'outil ayant occupé une part importante de l'atelier, peu de temps a été octroyé à la discussion sur les recommandations et interventions prioritaires pour intégrer le Genre dans les plans d'action de la riposte. On a convenu que ces approfondissements se feraient au moment de la validation du rapport final par les membres du comité.
• Ainsi, en 2013, les tranches d'âges les plus concernées par la prévalence du VIH sont les hommes de 20 ans à 49 ans et les femmes de 20 ans à 44 ans.

CONNAÎTRE LA SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA EN TUNISIE

A. Etat des lieux de l'épidémie

1. Prévalence

Depuis la notification du premier cas en 1985 et jusqu'au 31 décembre 2013, un nombre cumulé de 1 895 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 1 319, correspondant à une prévalence de 0,012 %.En 2013, le taux de prévalence dans la population générale était compris entre 0,01 % et 0,06 % selon les sources d'estimation (EPP Spectrum 2013, MoT2012).

L'analyse des tendances évolutives des cas de VIH/Sida par genre témoigne d'une tendance à l'inversion du ratio homme/femme, avec une proportion croissante des femmes au sein des PVVIH, sans pour autant dépasser les hommes qui restent plus nombreux.

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

Tableau 1 : Prévalence du VIH, ventilé par sexe et par âge, chez la population générale en 2013

	Population totale	Homme	Femme	Pop Tunisie	Incidence 2013	Homme	Femme
Total	100	51	49	10921600	0,92	0,467	0,449
0-14 ans	6	2	4	2520200	0,24	0,079	0,159
15-19 ans	2	0	2	869700	0,23	0,000	0,230
20-24 ans	8	4	4	1003400	0,80	0,399	0,399
25-34 ans	29	17	12	1994600	1,45	0,852	0,602
35-39 ans	23	14	9	822100	2,80	1,703	1,095
40-44 ans	7	5	2	713100	0,98	0,701	0,280
45-49 ans	11	7	4	692700	1,59	1,011	0,577
50-54 ans	6	1	5	615700	0,97	0,162	0,812
55+	1	0	1	1690100	0,06	0,000	0,059
NP	7	1	6				

> Ainsi, en 2013, les tranches d'âges les plus concernées par la prévalence du VIH sont les hommes de 20 ans à 49 ans et les femmes de 20 ans à 44 ans.

2. Incidence

Malgré la tendance globale à la stabilisation de l'incidence du VIH/Sida depuis le début de l'épidémie, le profil de l'évolution est caractérisé par trois périodes :

• 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.

Tableau 2 : Incidence du VIH, ventilée par sexe et par âge, chez la population générale, 2013

• Pour 2013, le nombre de nouveaux cas est presque équivalent chez les hommes et les femmes, tous âges confondus (respectivement 51 et 49, soit 0,467/1 000 hommes et 0,449/1 000 femmes).

• On note que l'incidence est plus forte chez les filles que chez les garçons jusqu'à l'âge de 19 ans. Elle est approximativement égale pour les deux sexes entre 20 ans et 24 ans, et augmente chez les hommes entre 24 ans et 50 ans. L'incidence est plus forte chez les femmes à partir de 50 ans.

• L'âge moyen des nouveaux cas en 2013 est 32 ans chez les femmes (proche de celui des hommes).

3. 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 jeunes hommes et 31,9 ans pour jeunes femmes). 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 de moins en moins touchée au profit des jeunes adultes jeunes âgés de 30 ans à 44 ans qui ont représenté 46 % des nouveaux cas en 2013 contre 34 % pour les jeunes âgés de moins de 30 ans.

4. Mode de transmission du VIH

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:

• Pour les hommes, on distingue deux périodes différentes :

Avant 1995, le mode de transmission le plus fréquent était l'injection de drogues ;

De 1996 à 2013, c'est la transmission sexuelle qui prédomine.

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

5. Distribution géographique des cas

Les informations précises sur l'origine géographique des cas de VIH notifiés à la DSSB, ainsi que les lieux de la transmission restent insuffisantes. Selon les résultats d'une thèse de médecine en 2013, la distribution des cas par grandes régions montre que le Grand-Tunis et le Centre-Est ont totalisé 83 % de l'ensemble des cas depuis le début de l'épidémie.

6. Estimation de la taille des populations clés, prévalence, comportements à risques

L'estimation de la taille des populations clés, réalisée en 2011, pour les TS, les UDI et les HSH est limitée aux régions des études bio-comportementales et ne concerne pas l'ensemble du territoire.

Tableau 3 : Estimation de la taille des HSH, UDI, TS selon les régions des études.

Population clé	Régions	Estimation de taille
Hommes ayant des relations sexuelles avec les Hommes	Tunis, Bizerte, Nabeul, Sousse, Sfax, Tozeur	28000 (2014)
Utilisateurs de drogues injectables	Tunis, Bizerte	9000 (2011)
Travailleuses de sexe clandestines	Tunis, Sousse, Sfax	25000 (2014)

L'étude séro-comportementale effectuée en 2014 confirme une épidémie concentrée parmi la population des HSH avec une prévalence de 9.1% (0.94 % parmi les TS et 3.9 % parmi les UDI).

Les informations de cette section se fondent pour une grande partie sur l'analyse de la situation épidémiologique du PSN 2015-2018.
République Tunisienne, Ministère de la Santé -Direction des Soins de Santé de Base, Programme National de Lutte contre le sida et les IST. Rapport d'Activité sur la Riposte au sida- Tunisie. Avril 2014. ONUSIDA, OMS, UNICEF

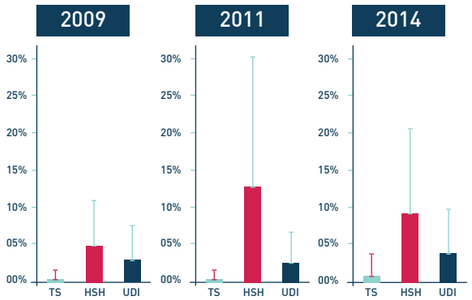


Diagramme 2 : Prévalence (%) de l'infection au VIH chez les populations clés,
(Enquêtes séro-comportementale 2009, 2011, et 2014)

a) Profil et comportement des travailleuses du sexe clandestines

D'après les données de l'enquête sérocomportementale menée en 2014 auprès des TS femmes, on relève que :
Dans leur majorité, les TS sont jeunes et ont une activité sexuelle précoce :
- 77,7 % des enquêtées sont âgées de moins de 25 ans et l'âge au premier rapport sexuel se situe pour 56,88 % entre 15 ans et 19 ans et pour 2,98 % avant 15 ans.
- environ 60 % ont commencé le travail du sexe entre 18 ans et 24 ans et 2,60 % avant 18 ans.
Leur niveau de scolarisation et leur autonomie sont relativement limités :
- 55,3 % sont issues du cycle d'enseignement de base,
- 25,94 % disposent de leur propre logement, plus de 50 % vivent chez leurs parents, chez des ami(e)s, ou des parentes proches et 13,33 % n'ont pas de domicile stable.
- La plupart d'entre elles sont célibataires (62,73 %) et 20,77 % sont divorcées ;
Elles sont relativement mobiles : 42,1 % ont déjà travaillé sur d'autres sites.
En termes de comportement, elles ont :
Des connaissances partielles sur les risques de transmission du VIH :
- Seulement 17,1 % des TS tous âges confondus ont une bonne connaissance des modes de prévention et rejettent les fausses idées sur les modes de transmission. Mais, la connaissance du préservatif comme moyen de protection est bonne : 84,3 % des TS
Un faible pouvoir de négociation de l'utilisation du préservatif avec les clients :
- Malgré une connaissance de l'utilisation du préservatif comme moyen de protection,57,5 % ont utilisé un préservatif avec le dernier client et seulement 27,2 % l'ont utilisé systématiquement au cours des 30 derniers jours en cas de rapports sexuels payants.
Des rapports peu protégés avec le ou les partenaires sexuels non payant :
- Sur les 27,19 % de TS qui ont au moins un partenaire sexuel non payant, seulement 41,5 % utilisent le préservatif.
D'autres comportements à risques devraient être approfondis :
- Si seulement 0,2 % reconnaissent l'utilisation de drogues injectables, le risque plus important que représentent les comportements croisés (TS/UDI) doit être exploré.
- 30,6 % des TS ont eu une IST au cours des 12 derniers mois.
La violence sexuelle n'est pas étudiée chez les TS :
- Aucun indicateur ne figure dans l'enquête sérocomportementale qui les concerne.

b) Profil et comportement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

D'après les données de l'enquête séro-comportementale menée en 2014 auprès des HSH, on constate que :
Dans leur majorité, les HSH enquêtés sont relativement jeunes :
- 23,3 % sont âgés de 30 ans et plus, tandis que 66,6 % ont entre 20 ans-29 ans et 10,1 % ont moins de 20 ans.
La majorité des HSH sont éduqués et plus du tiers exercent un travail :
- 41,7 % sont issus du 2eCycle de l'enseignement secondaire et 35,6 % sont issus de l'enseignement supérieur, 40,9 % travaillent.
Par ailleurs, selon la même source, les données comportementales font ressortir :

Une multiplication des partenaires sexuels :
- 90 % des moins de 25 ans et 80 % des plus de 25 ans ont eu des rapports sexuels par voie anale avec de multiples partenaires durant les 6 derniers mois (9 étant le nombre médian de partenaires).
Une variété des partenaires des HSH (partenaires non rémunérés, travailleurs de sexe et clients, femmes) :
- Fréquentation de TS : 50 % des moins de 25 ans et 40 % des plus de 25 ans ont eu des rapports sexuels avec des travailleurs de sexe.
- Commerce du sexe : 39,5 % des enquêtés rapportent au moins un rapport sexuel anal avec un client, au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête ; 23,3 % d'entre eux ont eu 5 partenaires et plus.
- Bisexualité : 90 % des moins de 25 ans et 80 % des plus de 25 ans ont des rapports sexuels à risque avec des hommes et des femmes et environ la moitié des HSH ont indiqué avoir eu des rapports hétérosexuels au cours de l'année 2014. Parmi ceux qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des femmes au cours de leur vie, 24,2 % ont eu une partenaire féminine au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête, 21,4 % en ont eu 2, et 17,6 % en ont eu 5 et plus.
De faibles connaissances sur les risques de transmission du VIH :
- Seulement 30 % des moins de 25 ans et 40 % des plus de 25 ans possèdent à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.
Un usage du préservatif qui varie, en fonction :
- du partenaire sexuel : Les HSH/TS ont un faible pouvoir de négociation avec leurs clients : l'usage systématique du préservatif dans ce type de relations reste très faible (20 %). Alors que 60 % des enquêtés déclarent une utilisation du préservatif lors du dernier rapport anal payant avec un travailleur de sexe.
- de l'âge : alors que le pourcentage des moins de 25 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport payant avec un TS est seulement de 10 %.
Que les HSH sont concernés par la violence sexuelle :
- Près de 10 % des hommes interrogés déclarent avoir été victimes d'une violence sexuelle de la part d'un partenaire sexuel masculin au cours de leur vie comme au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête (9,3 %). Pour près de 41 % d'entre eux ces violences ont été répétitives.

c) Profil et comportement des usagers de drogues injectables

D'après les données de l'enquête auprès des UDI hommes en 2014, on constate que :
La majorité des UDI sont jeunes :
- l'âge moyen est de 35,9 ±10,5 ans et pour 62,4 %
- l'initiation aux DI a eu lieu entre 15 ans et 19 ans avec 46,8 % des cas remontant à moins de 5 ans.
Ils sont faiblement instruits et socialement marginalisés :
- Si 96,0 % des UDI ont été à l'école, 53,2 % d'entre eux n'ont pas dépassé le cycle d'enseignement primaire.
- 80,7 % ont déjà séjourné en prison
- 38,7 % ont un emploi.
Par ailleurs, les données comportementales révèlent :
Ils consomment des drogues peu onéreuses, quotidiennement :
- Le Subutex, détourné de sa fonction thérapeutique, est le produit le plus consommé par les UDI hommes.
- La fréquence de consommation au cours des 30 derniers jours, est d'au moins une fois par jour pour les 4/5 et de 2 à 3 fois par jour pour plus de la moitié des UDI.
Leurs connaissances sur le risque de transmission du VIH sont partielles et orientées, mais en adéquation avec leur comportement :
- Seuls 14 % ont une bonne connaissance de l'ensemble des risques, tandis que 95,1 % connaissent le risque lié à l'usage de seringues non stériles.
- 88,6 % déclarent ne pas avoir partagé de seringues au cours de la dernière injection et 79,1 % pour un partage au cours des 30 derniers jours.
Ils sont sexuellement actifs, mais ne se protègent pas :
- 78,6 % ont eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois et 66,8 % au cours des 30 derniers jours
- 29,3 % ont utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel.
- L'absence d'usage du préservatif ne diffère pas selon le type de partenaire (payant ou non) et leur principal motif est « n'aime pas le préservatif » (51,5 %), suivi de « n'y a pas pensé » (31,3 %).
Ils peuvent cumuler des comportements à risque :
- La pratique sexuelle sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue est très fréquente (76,3 %)
- 39,2 % des UDI intègrent le travail du sexe.

d) Les femmes UDI

Les études sérocomportementales menées à ce jour n'incluent pas les femmes dans l'échantillon UDI. En revanche, **une recherche qualitative menée en 2013** révèle certaines spécificités des femmes UDI. Sur 10 femmes tunisiennes UDI (échantillon non représentatif), on rapporte que :
La drogue la plus utilisée par les femmes est la buprénorphine (9/10) suivie de l'héroïne (3/10), des médicaments de prescription (3/10), du cannabis (2/10) et de la cocaïne (1/10).
Leurs principaux problèmes de santé sont la dépression, les tentatives de suicide, les ISTs, le VIH et les hépatites, l'overdose, les grossesses non désirées, des troubles des règles et des complications liées à la grossesse et/ou à des avortements dangereux, etc. « Puisque pas mal de ces filles vendent des services sexuels, elles sont exposées à des grossesses non désirées; j'en ai vu beaucoup. », selon une femme tunisienne, âgée de 29 ans qui utilise de la drogue depuis 11 ans.
5/10 femmes UDI s'injectent des drogues lorsqu'elles sont enceintes.
Elles se procurent de la drogue en vendant leurs biens, en volant, ou en mendiant et le **travail du sexe constitue** une source financière importante pour la moitié des femmes interrogées.
Elles ont une liberté de mouvement limitée et ne décident pas du partage de l'aiguille et le partage de seringues est fréquent et combiné à une connaissance limitée des risques, mais également à des facteurs liés au genre qui encouragent le partage d'aiguille entre partenaires sexuels.

Enquête séro-comportementale du VIH auprès des travailleuses du sexe clandestines en Tunisie, Rapport de l'enquête, ATUPRET, DSSB, Fonds mondial, Onusida, 2014.
Notons que le nombre de partenaires payants au cours de la semaine passée (par rapport au jour de l'enquête) est de 4 clients et plus pour 72,50 % des TS interrogées

Les autres pratiques à risque incluent des pratiques sexuelles à risque, telles que les relations sexuelles avec de multiples partenaires comme les clients, les trafiquants de drogue, et les partenaires généralement UDI avec des comportements à risque élevé et des rapports sexuels non protégés et forcés. Ces pratiques sont principalement associées à un manque de connaissance des risques ainsi qu'à une **faible utilisation du préservatif;** cette dernière étant notamment due à des facteurs liés au genre tel que le manque de capacité à négocier l'utilisation du préservatif.
NB : Ces résultats proviennent d'un échantillon de la population des femmes UDI qui n'est pas représentatif, puisque le nombre de femmes UDI est méconnu.

7.Connaissances et comportements à risque chez les 15-24 ans

Les connaissances des jeunes sur les modes de prévention de la transmission du VIH sont faibles :
- Seulement 7,7 % en 2009, (garçons 4,9 % et filles 11,4 %) et 5,30%(garçons 5,34 % et filles 5,26 %) en 2012 ;
- Selon l'enquête nationale de 2012, 36 % des jeunes ne savent pas que le préservatif est un moyen de protection contre le VIH (43,8% des jeunes filles et 29% des jeunes garçons).
- Ce qui est confirmé par les résultats de l'enquête MICS 4 où 42,8 % des jeunes femmes de 15 ans-24 ans ne savent pas que le préservatif est un moyen de protection contre le VIH.

Les comportements sexuels existent parmi les jeunes et à un âge précoce :
- Jeunes actifs sexuellement : 38,4 % des 20 ans-24 ans et 14,9 %. des 15 ans-19 ans.
- Première expérience sexuelle entre 15 ans et 19 ans pour 69,9 % des jeunes, 20,4 % entre 20 ans et 24 ans et 9,7 % avant 15 ans.
- Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans : moins de filles (7,4 %) que de garçons (20,3 %).
- Nature du premier rapport sexuel : rapport vaginal (50,3 %), rapport superficiel (46,3 %), rapport buccal (24,7 %) et rapport anal (19,9 %).
- Les garçons sont plus nombreux à déclarer avoir eu des rapports anaux lors du premier contact sexuel : 24,5 % contre 8,5 % de filles.
- Ces rapports sexuels se produisent souvent sans protection : 74,4 % lors du dernier rapport sexuel.

D'autres comportements à risque marquent des différences de Genre chez les jeunes :
- 19,6 % des jeunes ont consommé de l'alcool, au moins une fois : les garçons (37,6 %) sont plus nombreux que les filles (1,3 %).
- La consommation d'alcool est plus observée chez les jeunes de 20 ans-24 ans (27,2 %) que chez les 15 ans -19 ans (11,8 %).
- les filles (30,8 %) sont plus nombreuses que les garçons (26,3 %) à déclarer consommer de l'alcool au moins une fois par mois.
- L'alcool est associé à plusieurs comportements à risque et peut intervenir dans l'utilisation de la prévention lors des rapports sexuels. L'état d'ivresse peut aggraver les choses : ainsi près de 77 % des garçons interviewés (contre 22,2 % pour les filles) déclarent avoir été ivres au moins une fois dans leur vie et 41,7 % d'entre eux plusieurs fois (contre 8,8 % pour les filles.

Par ailleurs, **la consommation de drogues** semble être plus fréquente chez les garçons de 15 ans-24 ans que chez les filles : 13,6 % des garçons pour la consommation de hachich contre 0,4 % des filles et 7 % des garçons pour les comprimés contre 0,4 % des filles.

8.Violence fondée sur le Genre

a) Violence à l'égard des femmes et des filles dans la sphère privée

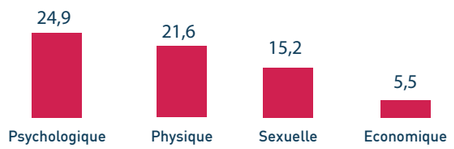
> Selon l'Enquête nationale sur la violence à l'égard des femmes réalisée par l'ONFP (2010-2011),**47,6 % des femmes entre 18 ans et 64 ans déclarent avoir subi, au cours de leur vie, au moins une des multiples formes de violence :** la violence physique est la plus fréquente (31,7 %) suivie de près par la violence psychologique (28,9 %) puis de la violence sexuelle (15,7 %) et la violence économique (7,1 %).
> **Au cours des 12 derniers mois (cf. indicateur GARPR): la violence psychologique est la plus fréquente** (15,8 %). En comparaison, la violence sexuelle (7,4 %) et la violence physique (7,3 %) sont moins fréquentes. Et la violence économique reste r La répartition de la prévalence de la violence conjugale par type indique que la violence sexuelle figure en troisième position précédée de la violence physique et de la violence psychologique.
> relativement faible (3,8 %).
> **Les disparités régionales sont importantes** pour la violence physique : entre le Sud-Ouest (32,8 %), la région de Tunis (28 %), le Centre Ouest (26,7 %) et le Sud-Est (12.9 %). De même, les disparités entre le milieu rural et l'urbain indiquent que la violence physique est plus importante chez les rurales avec 24,3 % (20,2 % chez les urbaines) ainsi que la violence sexuelle (18 % chez les rurales et 14 % chez les urbaines).
> **En général, le partenaire intime est l'auteur principal de la violence** quelle que soit la forme de cette dernière.

Tableau 4 : Répartition proportionnelle de la violence selon le cadre

	Violence physique	Violence psychologique	Violence sexuelle	Violence économique
Partenaire intime	47,2	68,5	78,2	77,9
Famille	43,0	16,7	0,6	22,1
En dehors de la famille	9,8	14,8	21,3	-
Total	100	100	100	100

> répartition de la prévalence de la violence conjugale par type indique que la violence sexuelle figure en troisième position précédée de la violence physique et de la violence psychologique.

Prévalence de la violence conjugale selon le type (en %)



Selon le même rapport, on note que le niveau d'études des femmes et le niveau de bien-être économique du ménage ont un effet protecteur sur la violence conjugale.

b) Mariage précoce

D'après plusieurs acteurs internationaux dont les agences des Nations Unies, le mariage précoce est une forme de violence fondée sur le Genre.
> Les données du MICS 4 de 2011/2012 montrent que **les mariages précoces sont plus nombreux en milieu rural** (7 % chez les rurales contre 4 % chez les urbaines) et que le mariage précoce est **plus fréquent chez les anciennes générations** et tend à décroitre chez les plus jeunes (11 % chez les femmes de plus de 45 ans contre 2 % chez les 20 ans-24 ans.)
Cependant, on note **qu'1/3 des femmes entre 20 ans-24 ans est actuellement mariée à un homme de10 ans ou plus son aîné** (36 %) ; et ce phénomène plus fréquent chez les rurales (40 %) que chez les urbaines (3.4 %).

c) Violence chez les jeunes

Selon l'enquête nationale sur les jeunes, 21,1 % des jeunes déclarent avoir subi une violence physique, au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête.
Globalement les garçons sont plus victimes que les filles : respectivement 26,3 % et 15,8 %.
Les sphères de la violence diffèrent pour les filles et pour les garçons : la sphère familiale est pour les filles un contexte plus fréquent de violence, tandis que c'est en dehors de la famille que les jeunes garçons sont les plus exposés :

Auteurs de la violence dans la sphère familiale tel que déclaré par les jeunes :

Auteur de la violence	Chez les filles	Chez les garçons
La mère	31,2 %	4,6 %
Le père	22,9 %	12,6 %
Le frère	35,4 %	7,3 %

En dehors de la famille, parmi les jeunes qui ont déclaré avoir subi une violence physique au cours des 12 mois précédant l'enquête, 46,6 % des garçons ont été victimes de violence de la part d'un inconnu, 23,9 % d'un ami et 9,2 % d'un collègue.

d) Violence liée à l'orientation/identité sexuelle

L'étude séro-comportementale auprès des HSH (2014) fait ressortir que 12,4 % des HSH déclarent avoir subi au moins une fois une violence physique, au cours de leur vie, en raison de leur orientation sexuelle.

% de HSH ayant subi au cours de leur vie une...	...violence physique	...violence verbale	...violence sexuelle
	12,6 %	26,8 %	12,3 %
AUTEURS DE LA VIOLENCE			
Inconnu	48,7 %	70,6 %	-
Frère	26,7 %	18,8 %	-
Partenaire Sexuel	25,6 %	19,0 %	12,3 %
Police	19,3 %	29,5 %	-
Père	16,3 %	21,0 %,	-
Ami	15,9 %	29,3 %	-
Collègue	6,4 %		-
Mère	6,4 %		-

LA QUESTION DE LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES TS N'A PAS ÉTÉ ÉTUDIÉE POURTANT ELLE EXISTE DANS CE CONTEXTE. LIÉE À DES NORMES SOCIOCULTURELLES ET AU GENRE, LA VIOLENCE SEXUELLE AUGMENTE LE RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH.

9. Données sur la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH

L'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH n'est pas utilisé en Tunisie pour collecter ce type de données. En revanche, un certain nombre de données qualitatives sont collectées par les associations qui travaillent avec les PVVIH ou qui les soutiennent. Ces informations ne sont pas publiées.

Selon le même rapport, on note que le niveau d'études des femmes et le niveau de bien-être économique du ménage ont un effet protecteur sur la violence conjugale.

a) Mariage précoce

D'après plusieurs acteurs internationaux dont les agences des Nations Unies, le mariage précoce est une forme de violence fondée sur le Genre.

Les données du MICS 4 de 2011/2012 montrent que les mariages précoces sont plus nombreux en milieu rural (7 % chez les rurales contre 4 % chez les urbaines) et que le mariage précoce est plus fréquent chez les anciennes générations et tend à décroitre chez les plus jeunes (11 % chez les femmes de plus de 45 ans contre 2 % chez les 20 ans-24 ans.)

Cependant, on note qu'1/3 des 20 ans-24 ans est actuellement mariée à un homme de10 ans ou plus son aîné (36 %) ; et ce phénomène plus fréquent chez les rurales (40 %) que chez les urbaines (3.4 %).

b) Violence chez les jeunes

Selon l'enquête nationale sur les jeunes, 21,1 % des jeunes déclarent avoir subi une violence physique, au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête.

Globalement les garçons sont plus victimes que les filles : respectivement 26,3 % et 15,8 %.

Les sphères de la violence diffèrent pour les filles et pour les garçons : la sphère familiale est pour les filles un contexte plus fréquent de violence, tandis que c'est en dehors de la famille que les jeunesgarçons sont les plus exposés :

Auteurs de la violence dans la sphère familiale tel que déclaré par les jeunes :

Cette violence sexuelle reste entourée de silence du fait de la honte des agressés et de la peur que leur vie privée ne soit dévoilée. Ainsi, les agresseurs sexuels restent impunis et les victimes sans aide appropriée. Il faut préciser que l'exposition aux infections sexuellement transmissibles dans le cadre de la violence sexuelle est forte du fait que la protection n'est pas une priorité pour l'agresseur, seul détenteur du pouvoir décisionnel.

Notamment par l'ATL- MST/sida, l'Observatoire national d'Ethique Droit et VIH, le Groupe de Soutien des PVVIH.

Aucune étude ne permet à l'heure actuelle de mesurer l'ampleur de ce phénomène.

INS, Enquête Nationale Population-Emploi 2010, Tunis, INS, 2011

B. Facteurs sociaux, culturels, et économiques

1. Perception de l'infection par le VIH

Au sein de la société tunisienne, le silence entourant le VIH/sida nourrit la peur et la stigmatisation. Le discours alarmiste sur le sida cacherait une information peu précise et peu approfondie sur cette infection. Pour beaucoup de Tunisiens, le sida est uniquement lié à des rapports sexuels non protégés, les autres modes de transmission (sang, seringue, mère/enfant) étant rarement évoqués.

2. Normes sociales stigmatisant les rapports sexuels hors mariage

> Selon les professionnels du domaine social, **le recul de l'âge au premier mariage** (principalement pour des raisons économiques) suggère **une augmentation des pratiques sexuelles hors mariage.** En effet, d'une part, entre 1994 et 2005, l'âge moyen au premier mariage est passé pour les femmes de 26,5 ans à 29,2 ans et de 29,7 ans à 33 ans pour les hommes. Certains participants à l'évaluation ont indiqué que **les interdits sociaux et culturels** concernant les relations hors mariage étaient **plus forts à l'égard des célibataires femmes qu'à l'égard** des célibataires hommes. Cet aspect – qui reste à fonder sur la preuve scientifique – pourrait constituer un facteur limitant de l'accès des femmes célibataires à l'information et aux services de prévention.

> En outre, il a été relaté certaines situations de mariage contractés en contradiction avec la loi en vigueur en Tunisie (notament en **milieu estudiantin**). Ceci constituerait un risque d'aggravation de la vulnérabilité sociale et juridique des jeunes femmes et augmenterait le risque de transmission du VIH à ces femmes qui se sentiraient protégées par ce type de mariage. Ces éléments devraient être approfondis et fondés sur la preuve scientifique.

> De même, concernant **les mères célibataires**, aucune étude n'a été menée pour déterminer les causes du faible taux de retour dans les services de santé reproductive. Selon les données du Ministère des Affaires Sociales (MAS), le taux de retour est de 11,5 % sur l'ensemble du territoire. Le risque de **stigmatisation et de discrimination** à l'égard des femmes célibataires dans les services de santé reproductive pourrait expliquer ces faibles taux. Or, au cours de cette évaluation, on a rapporté la possibilité que les convictions individuelles des personnels de santé liées à des normes sociales stigmatisant les pratiques sexuelles hors mariage altèrent la stricte application des droits à la santé, à l'accès aux services de prévention et de prise en charge.

3. Déterminants socio-économiques des femmes et des jeunes

Des enquêtes qualitatives montrent que le **statut social et économique** des femmes, notamment en milieu rural, est un obstacle à l'accès aux services de santé gratuits (coût du transport, fonction domestique).

> **La précarité économique** (absence de qualification, sous-rémunération, chômage, pauvreté)et/**ou la rupture du couple** sont des facteurs de vulnérabilité des femmes. Les enquêtes auprès des TS montrent que la solitude, la recherche de partenaires et/ou le besoin d'une vie sexuelle peuvent expliquer la pratique du travail du sexe clandestin. De même, pour beaucoup de TS, l'argent est considéré comme la principale motivation à leurs pratiques. Ainsi, les ¾ des travailleuses du sexe clandestines interrogées déclarent ne pas avoir d'autre activité. Cette situation révèle par ailleurs, les difficultés de beaucoup de femmes dans l'accès aux ressources et à un emploi décent.

> **Le chômage** est un facteur de vulnérabilité. Il tend à toucher davantage les jeunes, et plus les femmes que les hommes. D'après les résultats de l'enquête nationale sur la population et l'emploi, au 1er trimestre 2014, le taux de chômage est de 15,2 % (21,5 % pour les femmes et 12.7 % pour les hommes). Et en 2010, le taux de chômage était de 27,5 % chez les 20 ans-24 ans et de 32,6 % chez les 20 ans-29 ans. Les diplômés de l'enseignement supérieur étant de plus en plus touchés.

> Le phénomène de **l'abandon scolaire** est à explorer en profondeur, malgré les améliorations dans le domaine. **La déscolarisation des garçons** constitue un facteur de vulnérabilité, notamment pour la prévention chez les jeunes. Les garçons sont en situation de vulnérabilité au niveau du secondaire (âge de l'adolescence) et du cycle universitaire. Sachant que les hommes restent le principal moteur dans la transmission hétérosexuelle, cette vulnérabilité, couplée au chômage des jeunes, doit être prise en compte.

4. Représentations socioculturelles de la sexualité et de la santé reproductive

Selon les participants à l'évaluation, en termes de représentations socioculturelles de la sexualité et de la santé reproductive, **les hommes ne se sentiraient pas responsables** de la transmission du VIH et qu'ils auraient un accès limité aux services et à la sensibilisation au VIH (d'autres facteurs structurels liés aux services et à leur adaptation peuvent être allégués). En conséquence, la vulnérabilité des femmes serait accrue, du fait du comportement de leur mari (accepté socialement) qui aurait des rapports sexuels non protégés avec d'autres partenaires, féminins ou masculins, en Tunisie ou à l'étranger, y compris après le mariage.

Par ailleurs, les femmes seraient plus facilement joignables par les ONG physiquement et du fait des représentations de leur rôle (être informée et active dans le domaine de la santé relèverait du rôle de la femme), dans le cadre de leur travail (ex : campagnes de sensibilisation dans les ateliers et usines).

5. Stigmatisation et discrimination envers les PVVIH

> Une minorité de PVVIH bénéficie du **soutien moral et matériel** de la part de la famille voire extra-familial, et ce, parce qu'ils ont acquis l'infection par voie sanguine (hémophiles).

> **Les femmes PVVIH sont plus stigmatisées que les hommes,** même si la plupart d'entre elles ont contracté l'infection par leur mari ou un partenaire sexuel. La stigmatisation et la discrimination leur sont infligées par leur partenaire, la famille de leur mari ainsi que leur propre famille et leur milieu professionnel (malgré la précarité vécue par certaines d'entre elles, surtout les femmes veuves à cause du VIH).

> Dans ce contexte, **l'impunité des auteurs de la discrimination à l'égard des PVVIH** participerait au renforcement de la précarité et de la vulnérabilité de cette population et entraverait les efforts déployés en matière de lutte contre le sida. Ainsi, le désespoir marque le discours de nombre de PVVIH à cause de la peur de l'autre et de la discrimination subie et non sanctionnée. Une minorité d'entre elles opte pour le combat juridique parce qu'elles estiment avoir fait l'objet d'une discrimination. Certaines d'entre elles se tournent vers la religion. Leur vie associative se limite, dans plusieurs cas, au statut de bénéficiaire. Etre partenaire, être acteur, être militant contre la discrimination et la stigmatisation seraient des situations encore rares dans les parcours des PVVIH.

6. Normes sociales à l'égard et au sein des populations clés

> En Tunisie, comme dans la plupart des pays de la région MENA, des **normes qui rejettent les relations sexuelles entre hommes, l'usage de drogue et qui stigmatisent les travailleuses du sexe** ont cours. Il en résulte une stigmatisation et une discrimination à l'échelle de l'individu comme de la société. Ainsi, outre le fait de renforcer la violation des droits, ces normes régissent également les comportements de certains agents des forces de l'ordre et des prestataires de santé, ce qui constitue une barrière à l'utilisation des services par les populations clés.

> **Les femmes UDI** peuvent subir de la violence sexuelle, physique, verbale, infligées par le partenaire intime, les UDI hommes, les trafiquants et la police. Les femmes UDI ne déclarent pas leurs épreuves de violence aux autorités parce qu'elles ne se sentent pas protéger par la loi. Elles peuvent également se retrouver en situation de privation de leurs enfants, de refus de l'héritage familial, d'expulsion de leur logement, de déni de leur droit au travail ou à la scolarisation et de rejet de la protection civile.

> Les situations de violences physiques et verbales auxquelles les HSH les poussent d'une part, à ne pas assumer leur identité sexuelle, d'autre part à abuser ou être abusé. Certains **HSH** optent pour le mariage afin de véhiculer une image socialement acceptée, ce qui peut exposer les épouses au VIH et à d'autres IST.

> **Les TS** subissent une plus forte stigmatisation et discrimination que les autres populations clés, du fait de leur genre. En outre, les normes socioculturelles et celles du Genre qui influencent les comportements des clients (hommes) notamment concernant l'utilisation du préservatif les exposent d'autant plus au risque de transmission. En outre, l'image sociale négative du travail du sexe constitue, parmi d'autres facteurs, une barrière à l'accès à d'autres ressources dans les cas où les TS clandestines souhaitent quitter le milieu du commerce du sexe.

« Pour aider ma famille, je fais des articles en crochet que je vends. Des artisans de ma région ont déconseillé aux gens d'acheter mes articles parce que j'ai le sida. Concurrence oblige. Et c'est leur façon de se protéger du sida... Quand des clients viennent acheter mes articles ils profitent de ma situation pour faire baisser les prix... », PVVIH femme, 39 ans, mariée et mère de famille. In recueil « 90 histoires de femmes PVVIH ». Ainsi 28,7 % des interrogés déclarent avoir reçu de l'argent, lors du premier rapport sexuel masculin pour camoufler leur attirance pour le même sexe. Ou encore, certains hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes utiliseraient l'argent pour acheter le silence de leurs victimes sexuelles.Enquête sérocomportementale auprès des HSH, 2014. 10,7 % des interviewés sont mariés ou ont été mariés.Ibid.

D.Résumé des lacunes dans l'information stratégique

• La couverture géographique de la prévalence nationale n'étant ni exhaustive, ni désagrégée par sexe, on ne peut tirer de conclusions définitives en termes de spécificités de genre.
• Pas de couverture nationale des enquêtes bio-comportementales parmi les populations clés (HSH, TS et UDI). Ceci est également vrai pour l'estimation de la taille de ces populations (limitée aux zones des enquêtes bio-comportementales) et pas de renouvellement de l'estimation depuis 2011.
• Les données des enquêtes bio-comportementales (HSH, TS et UDI) indiquent une ségrégation par tranche d'âge selon l'indicateur FHI, ce qui n'est pas en adéquation avec les données épidémiologiques nationales (indicateur UNGASS).
• Absence de données sur les UDI de sexe féminin.
• Absence de données sur les migrants.
• Les travailleurs de sexe masculin ne sont pas inclus dans l'enquête séro-comportementale. En revanche, le travail de sexe des UDI et HSH est souligné dans les enquêtes séro-comportementale des deux populations.
• La question de la violence n'est pas adressée par l'enquête séro-comportementale des TS.
• Pas d'études sur les transgenres, malgré leur existence, selon la communauté des HSH.
• Pas d'accès à l'évolution (au cours des 5 à 10 dernières années) des connaissances en matière de transmission du VIH pour la population générale et les jeunes 15 ans-24 ans. Les enquêtes MICS 4 et MICS 3 ne présentent pas de données homogènes et exhaustives (en termes de sexe, d'âge et d'indicateurs).
• Pas de données sur les partenaires multiples chez les 15 ans-49 ans.
• Absence d'informations épidémiologiques/statistiques sur les grossesses des adolescentes célibataires, ni dans le public (limitation juridique), ni dans le privé.
• Absence de données sur la pratique du mariage coutumier et sa fréquence.
• L'index de stigmatisation n'est pas utilisé pour mesurer le vécu des PVVIH (accès au travail, couverture sociale, carte handicap).

La ségrégation se limite pour les HSH au critère : « moins de 25 ans » avec une prévalence de 10.6 % et « 25 ans et plus » avec 7.6 %. La séroprévalence chez les UDI indique que tous les cas sont âgés de 25 ans et plus, soit une prévalence de 4.2 % [2.1%-6.3%].

CONNAÎTRE LES INTERVENTIONS NATIONALES DE LUTTE CONTRE LE SIDA INTÉGRANT LE GENRE

A. Prise en compte du Genre dans les politiques/ programmes de lutte contre le VIH.

1. Lutte globale contre le VIH/sida

a) Populations ciblées par la riposte nationale

> Les populations spécifiques ciblées dans le PSN 2015-2018 sont : les PVVIH, les adolescents et les jeunes femmes et hommes de 15 ans -35 ans en contexte de vulnérabilité, les TS, les HSH, les UDI, les populations carcérales, et les populations migrantes.
> Les publics spécifiques ciblés par les interventions prennent en compte certains aspects du Genre, **mais n'exploitent pas de façon globale les données par sexe**: femmes rurales/ femmes en situation de vulnérabilité socio-économique/étudiantes/femmes PVVIH/mères célibataires/ femmes plus âgées.
> La prise en compte des **partenaires des HSH et UDI** dans les programmes est faible.
> **Les TS hommes ne sont pas pris en compte et les UDI femmes ne sont pas ciblées spécifiquement** malgré le travail auprès de cette population fourni par des ONG thématiques, mais qui reste insuffisant.
> Au sein des interventions de lutte contre le VIH, **les personnes handicapées** ne bénéficient pas de programme spécifique pour l'accès aux soins. Quelques expériences de l'ONFP ont permis de favoriser l'accès à la sensibilisation pour ces personnes, mais il n'y a pas d'approche institutionnalisée. De même, pour l'expérience de l'ATSR pour l'éducation sexuelle et la prévention du VIH pour les handicapés à Sidi Thabet.
> De même, **les personnes âgées** ne bénéficient pas d'interventions spécifiques à leur âge, dans le cadre de la riposte au VIH.

b) Dimension Genre et interventions de lutte contre le VIH/sida

> **L'absence de ségrégation par sexe des données géographiques de l'épidémie** (le long des zones côtières: 56,7 % pour le Grand Tunis, 17,0 % pour le Centre-Est et 26,3 % pour toutes les autres régions) ne permet pas de mettre en place des programmes adaptés au Genre.
> Dans le milieu rural, certaines enquêtes menées par le SEFF ou par l'ATFD (pour renseigner la vulnérabilité des femmes rurales dans l'accès aux services de santé de la DSSB et de l'ONFP)**se fondent sur des échantillons réduits, faute d'une planification plus globale de la connaissance des déterminants du Genre.**
> Les données collectées sur la pauvreté et la marginalisation sociale des populations les plus vulnérables, notamment des femmes, ne sont pas intégrées de façon spécifique aux axes du PSN.
> Mises à part des études exploratoires témoignant de leur vulnérabilité, **la connaissance de la situation des populations migrantes fait défaut.** Par ailleurs, la ratification du protocole de Palerme en 2003 n'a **pas été traduite en lois nationales applicables** (cadre juridique). Une meilleure connaissance de la situation des femmes migrantes permettrait d'intégrer leur besoins à la riposte et de traiter les comportements à risques qui en découlent.
> L'inclusion de **matière sur l'égalité des sexes dans les interventions nationales reste limitée.** Les actions menées par le SEFF à l'égard des femmes et des filles restent temporaires et sporadiques (ex : formation d'animatrices de jardins d'enfant dans les centres professionnels de la femme rurale) et n'incluent pas les hommes. Cette approche reste peu intégrée aux plans d'action.
> **Le plan national de suivi et évaluation de la riposte au VIH/sida est insuffisamment sensible au Genre :** sur 55 indicateurs, il comprend seulement 6 indicateurs désagrégés par sexe et âge et 8 indicateurs sensibles au genre.

c) L'identité de Genre et l'orientation sexuelle dans la politique/stratégie sur le VIH

> Les questions d'identité de Genre et d'orientation sexuelle restent limitées aux populations clés. Une **reconnaissance institutionnelle et programmatique des HSH** (pénalisés par la loi) existe. En revanche, les interventions visant les **transgenres** ne figurent pas aux niveaux politique/stratégie/programme, malgré l'existence de cette population selon les autres populations clés (cf. Association Chouf, difficultés du fait de la loi à se proclamer en tant que telle).

d) Modes de financement des interventions nationales de lutte contre le VIH/Sida

> **En l'absence d'un système de suivi des dépenses adopté au niveau pays,** il est difficile de cerner avec exactitude les montants et les sources des financements ainsi que la dépense consacrée à la lutte contre le VIH par les différents partenaires du PNLS.
> Afin de comptabiliser les coûts publics de la prévention et de la prise en charge médicale et psychosociale de l'infection au VIH, **une étude des coûts** par la méthode de la comptabilité analytique a été effectuée en 2012 par des consultants économistes à la demande du PNLS, le CCM et du bureau de l'ONUSIDA de Tunis.
> Le PSN 2015-2018 prévoit **une analyse de la situation financière et un état des lieux des dépenses** en matière de sida afin de déterminer les flux financiers, les

http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/CTOC/countrylist.html, consulté le 20 février 2015.

allocations budgétaires, et un panorama des besoins. La question Genre devrait être intégrée à cette analyse.
> On notera cependant que dans le PSN 2012-2016, la répartition des dépenses pour les interventions qui ont un **impact sur la réduction des inégalités de Genre** étaient comme suit :

Axes du PSN 2012-2016	% du budget total (sur 5 ans)	% de ce budget lié au Genre
Axe 1 : Réduction des nouvelles infections	52,8 %	53,9 % **alloués à l'effet 1.3** : Les populations clés (UDI, TS, HSH, détenus), notamment celles ayant des comportements à risque, adoptent des attitudes et pratiques qui les protègeront du risque d'infection par le VIH
Axe 3 : Cadre juridique et promotion des droits humains	0.5%	53,1 % **alloués à l'effet 3.1** : Un cadre juridique garantissant l'Accès Universel est adapté à tous les contextes de la riposte au VIH/sida

2. Participation significative des acteurs clés

• Participation au processus décisionnaire de la riposte:
> L'élaboration du PSN (2015-2018) s'appuie sur le principe directeur de l'approche participative et du partenariat pour assurer l'implication des divers acteurs dans les phases de planification, conception, mise en œuvre et suivi et évaluation des programmes et des interventions. Ainsi, **l'analyse de la situation et de la riposte** est le résultat d'un travail de réflexion de toutes les parties prenantes : représentants du ministère de la Santé (DSSB/PNLS , ONFP, DMSU et régions sanitaires), du ministère des Affaires sociales, des membres du CCM-Tunisie, des associations (ATIOST, ATLMST/SIDA-Tunis, ATUPRET, RAHMA et DAR ESSALAM), d'ONUSIDA et de l'OMS et de l'équipe conjointe sur le VIH, ainsi que du groupe thématique sur le sida du SNU.
> Actuellement, la représentation au CCM(mécanisme de financement Fonds mondial)des populations clés (UDI, HSH, TS et Groupe de Soutien des PVVIH) permet la prise en compte des points de vue, besoins et droits de ces populations dans le processus d'élaboration de la note conceptuelle au Fonds mondial.
> **Les ONG thématiques et non thématiques** (voir détail en Annexe 3) et les associations et groupe de soutien des PVVIH contribuent au PSN par une meilleure connaissance des comportements à risques (phases d'élaboration et de validation des stratégies).

• Participation au processus de mise en œuvre de la riposte :
> Les PVVIH contribuent à la mise en œuvre de la riposte à travers différentes associations tunisiennes de lutte contre le VIH. Certaines PVVIH ont été recrutées dans le cadre du projet du Fonds mondial, pour intervenir en tant qu'accompagnateurs socio-sanitaires dans le suivi et l'observance des traitements, dans l'aide sociale, la recherche de perdus de vues et dans la lutte contre la stigmatisation.
> Certaines associations ont développé des initiatives, en partenariat avec le PNLS, pour la sensibilisation et la prévention de proximité en direction des populations clés notamment
> **Les associations thématiques les plus actives bénéficient de l'appui financier du Fonds mondial** pour la mise en œuvre d'activités relatives à la prévention et au dépistage auprès des populations clés (TS, HSH, UDI) et à la prise en charge psychosociale des PVVIH. L'expertise dont se sont dotées certaines associations a suscité des recommandations du PSN 2012-2016, **pour un partenariat renforcé avec le PNLS (conventions de partenariat) pour améliorer la couverture du territoire national, la réponse aux besoins locaux et l'atteinte des résultats nationaux.**
> Malgré la politique de renforcement des capacités des ONG thématiques, notamment pour l'accès à des financements nationaux et internationaux, **il n'y a pas de dispositions juridiques renforçant les capacités et allouant des ressources à la participation des femmes, des filles et des femmes transgenres aux interventions de lutte contre le VIH.**

Rapport d'activité sur la riposte au sida – Tunisie-2012-2013, PNLS, ONUSIDA, UNICEF, OMS, avril 2014.

3. Coordination de la prise en compte des inégalités liées au Genre

> Des actions ponctuelles ont été menées pour préparer l'intégration de l'égalité des sexes dans les interventions de lutte contre le sida. Si l'agrégation des données par sexe a été généralisée, ces actions n'ont cependant pas abouti à l'institutionnalisation d'une collaboration interministérielle réelle et efficace.
> Le manque de coordination entre les OG et les OSC s'ajoute à l'absence de cartographie des priorités d'intervention (par région, localité et secteur) et ne permet pas un ciblage des interventions et une vision globale et stratégique pour lutter contre les inégalités. En particulier, la coordination, le réseautage et la quête de synergies font défaut sur la question du Genre.
> L'intégration de la dimension Genre n'est pas une condition requise dans les dossiers de demande de financement, et les inégalités de sexes ne sont pas prises en compte.
> Les groupes œuvrant pour l'égalité des sexes et le droit de femmes ne sont pas impliqués dans les mécanismes de coordination de la riposte au VIH.
> Il existe des réseaux nationaux et régionaux au sein de la société civile : le réseau RANCS des associations thématiques ou non sur le VIH (non fonctionnel), la Coalition de Femmes de la LTDH, le réseau Femmes et Citoyenneté (Genre), le réseau SALMA, le réseau des femmes musulmanes et l'AFTURD (réseaux arabes sur les droits sexuels et corporels).
> Mise à part une coordination ponctuelle entre certaines ONG thématiques (ex : ATUPRET/ATL MST/sida), la thématique VIH semble peu intégrée aux réseaux sur le Genre et l'on ne sait, en conséquence, si cette coordination est opérationnelle, efficiente et effective.

4. Intégration de l'égalité des sexes dans la conception des politiques nationales

Le législateur tunisien a œuvré pour la promulgation de textes garantissant les droits des femmes dans divers domaines : famille, éducation, emploi, santé, vie politique. Il a mis l'accent sur l'égalité des chances entre les sexes et le souci de les faire respecter dans les politiques gouvernementales.

Cadre juridique de l'égalité des sexes en Tunisie	
13 août 1956 : Code du Statut Personnel (CSP)	Réorganisation de la famille et redéfinition des rôles et statuts des femmes et des hommes dans la société tunisienne : abolition de la polygamie, institution du divorce judiciaire, interdiction de la répudiation et octroi aux deux époux du droit au divorce, limitation de l'âge légal pour le mariage, octroi à la mère en cas de décès du père du droit de tutelle sur ses enfants mineurs, etc.)
1988 : Pacte National	Les principaux acteurs de la société civile, partis politiques et organisations nationales ont exprimé leur prise de position favorable à la préservation et au maintien des acquis de la femme tunisienne,
1993 : Amendement au CSP	Consolidation des droits des femmes et garantie de l'égalité des chances entre les sexes : principe de la coresponsabilité dans la gestion des affaires du couple et de la famille, du Code de Travail, du Code Pénal et du Code de la Nationalité (droit de la femme à transmettre la nationalité à son enfant issu d'un mariage mixte et né à l'étranger, avec le consentement du père).
Constitution du 27 janvier 2014 : Articles 21 et 46	Renforcement des droits des femmes en matière d'égalité des chances, de lutte contre les violences et de parité politique.
2014 : Levée des réserves à la CEDAW ratifiée en 1985 et en 2008 (protocole facultatif), mais avec le maintien de la déclaration générale.	Adhésion de la Tunisie à la majorité des conventions internationales en rapport avec les questions de l'égalité entre les sexes et de la promotion de la femme et de la protection de ses droits

En 2007, un audit Genre a été effectué dans les départements ministériels ainsi que des actions de sensibilisation en collaboration avec les ONG.En outre, la volonté d'intégrer l'approche Genre au sein des ministères partenaires du SEFF et dans le plan national élaboré par le FNUAP a permis de mettre en place des points focaux Genre (15 femmes) dans les départements ministériels partenaires du SEFF. Et le ministère des Affaires de la Femme et de la Famille œuvre notamment à la promotion de l'égalité des chances entre les hommes et les femmes dans le domaine économique et social. On ne compte que quelques initiatives : le Groupe thématique Genre initié par le FNUAP et ONU Femmes ; la «Coalition pour les femmes de Tunisie», regroupant en 2012 près de 30 ONG féminines pour les droits des femmes ; et le groupe «Genre, Agriculture et Développement Rural», initié par la FAO-Tunis.

> Ces textes de loi touchent tous les milieux sociaux. Diverses actions et plusieurs mécanismes, œuvrent pour que les « nouvelles règles » entre davantage dans les mœurs.
> Des programmes, stratégies et projets ont été mis en œuvre et/ou le sont encore pour appuyer l'intégration du Genre : voir Annexe 4.
> La lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et populations clés est prise en compte dans le PSN 2015-2018 sous le résultat d'impact 3 : les droits humains des PVVIH et des populations clés sont assurés d'ici 2018 dont la mise en œuvre est intégrée à 3 résultats d'effet et leurs résultats produits.
> Malgré toutes ces stratégies, programmes et projets, **des lacunes demeurent** :
-Pas de budgétisation sensible au Genre.
-Pas d'opérationnalisation des plans d'intégration de l'approche Genre dans les politiques sectorielles. Et pas d'intégration du lien entre Genre et VIH dans ces stratégies.
-Mise en œuvre partielle de la stratégie nationale de lutte contre les violences faites aux femmes.

5. Connaissances et sensibilisation sur l'égalité des sexes

> **Le Centre de Recherche, d'Études, de Documentation et d'Information sur la Femme (CREDIF)**, créé en 1990, est l'organe scientifique du SEFF. Afin d'éclairer les stratégies pour la réduction des écarts de Genre et la réalisation de l'égalité de Genre, la mission du CREDIF est d'encourager les études et les recherches sur le rôle et le statut de la femme tunisienne ; de collecter les données et la documentation relatives à la situation de la femme, de veiller à leur diffusion et d'établir des rapports sur l'évolution de la condition féminine. En revanche, il manque de ressources pour réaliser sa mission.
> **Le Centre de la Femme Arabe pour la Formation et la Recherche (CAWTAR)** , créé en 1993, a pour mission d'éliminer la discrimination contre les femmes arabes, de réduire les inégalités liées au Genre en favorisant la recherche, l'éducation, la formation et la sensibilisation dans tous les domaines de la vie et de faire le plaidoyer auprès des décideurs politiques, des chercheurs, des militants et des communautés locales.
> **La formation initiale des personnels de santé** comprend des modules sur les droits humains, la violence fondée sur le Genre, les DSSR, la santé sexuelle et reproductive, le conseil et dépistage volontaire. En revanche, **elle ne comprend pas de modules sur l'égalité des sexes ou la discrimination et stigmatisation en lien avec le VIH.**
> **La formation continue des personnels de santé** se limite à des actions ponctuelles de sensibilisation à la stigmatisation et discrimination, à l'éthique et à la déontologie en matière de transmission du VIH. Ces formations ne sont pas assez suivies sur le terrain et souvent limitées à certains cadres et prestataires, anciens dans le domaine, excluant les nouveaux recrutés.

http://www.cawtar.org/image.php?id=15

B. Analyse de l'accès aux programmes et interventions selon le genre

PROGRAMMES	OPPORTUNITÉS ET LACUNES
	PRÉVENTION DU VIH
Accès à l'information en général et sur les services	Pas de promotion étatique des services offerts par l'Etat. Les ONG thématiques sur le VIH ne couvrent pas certaines régions et ne se coordonnent pas avec les ONG déjà présentes pour assurer l'information sur le VIH. Pas d'opérationnalisation de la stratégie nationale de communication différenciée par population.
Accès au préservatif	Difficultés de distribution des préservatifs dans les lieux publics. Plus difficile pour les femmes : pas de commercialisation du préservatif féminin (prix) et stigmatisation pour port du préservatif masculin.
PTME	Mise en œuvre progressive du programme de PTME pour faciliter l'accès des femmes enceintes au dépistage. Prise de décision conjointe pour la procréation, mais le partenaire masculin n'est pas impliqué dans le suivi de la PTME.
Avortement sans risque	Malgré la légalité de l'IVG, des cas de stigmatisation des femmes PVVIH sont rapportés par les représentants des droits des PVVIH. Pas d'accès aux services publics des jeunes filles mineures sans autorisation du tuteur légal (absence de chiffres et d'études).

Dépistage	25 Centres pour dépistage anonymes et gratuits aux seins des centres SSB, ONFP, et certaines ONG. Dépistage actuel est souvent à l'initiative du client et non pas du prestataire de la santé ce qui explique le taux faible d'utilisation pour certaines populations. Selon l'analyse des files actives des centres de dépistage, les populations clés ne représentent que près de 10% des clients – TS autorisées (1,3 %), TS 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/ hôpitaux . Les centres les plus utilisés par ces populations sont ceux qui offrent des services spécifiques. Dépistage ciblé pour les femmes enceintes considérées « à risque » par leur médecin, n'était pas correctement respecté et le dépistage au cours des IST et du certificat prénuptial est rarement proposé. Accès des jeunes mineurs soumis à autorisation du tuteur légal. Cela limite l'accès à la prise en charge pour certains jeunes dans le cas de la séropositivité et à la prévention, alors que les rapports sexuels sont de plus en plus précoces chez les jeunes. Accès HSH, UDI et TS limité par la stigmatisation et discrimination en général et criminalisation de leurs activités et l'inadéquation de l'offre à la demande (horaires inadaptés, absence de services « hors les murs », formation inadéquate des personnels de santé peu habitués aux pratiques sexuelles entre hommes et à la terminologie propre aux HSH). Les faibles liens entre les services de dépistage et les services de prise en charge. Non disponibilité (en dehors des CCDAG) du test rapide. Nouvelle stratégie du dépistage élaborée et validée en avril 2014 mais reste à la faire connaître et mettre en exécution. Proposition de services mobiles par les associations, dépistage communautaire et dépistage durant les interventions de prévention combinée dans le PSN 2015-2018.
CCC	La présence d'une stratégie nationale de communication pour le changement de comportement semble être contradictoire. Le facteur genre est adressé timidement dans le matériel de sensibilisation mais plus en détails dans les manuels de formation de l'ONFP, cf. Techniques de communication pour la prévention des IST-VIH/sida, et guide de l'éducateur pair pour la prévention des IST/VIH/SIDA, Centre de formation internationale et de recherche, 2008.

Réduction des risques	Pas d'intervention spécifique aux femmes UDI, basée sur une étude scientifique. Certaines interventions par ONG mais limitées géographiquement. Couverture par la vaccination complète contre l'hépatite B pour UDI est extrêmement faible, inférieure à 1%, en dépit des opportunités d'offrir cette vaccination en milieu carcéral, puis qu'une large proportion des UDI a eu un séjour en milieu pénitencier. La couverture par les actions de prévention, est restée relativement faible (9,2%) avec une discrète amélioration par rapport à 2011 (3,7%). Baisse de nombre de seringues distribuées (9,4 seringues par UDI par an en 2012) ,4 seringues par UDI par an en 2013), problème d'approvisionnement. Amélioration au niveau de l'obtention gratuite des préservatifs par les TS (tout âge confondu) au cours des 12 derniers mois 38,3 % en 2009 vs. 39,5 % en 2014. Nette amélioration au niveau de l'accès aux programmes de prévention par les TS 55,7% en 2014 vs. 38,2% en 2009.
PRISE EN CHARGE DU VIH	
Traitement et ARV	Gratuité pour toutes les personnes éligibles. Informations sur l'observance thérapeutique et les perdus de vue non désagrégées par Genre Disparités régionales dans la stigmatisation des populations clés par le personnel. Prise en charge des populations migrantes assurée par certains médecins cliniciens et difficultés d'accès aux ARV signalées. Dispositif d'interventions médicales auprès de ces populations pas clair. PEC pas adaptée aux besoins spécifiques des TS et clients, HSH, UDI et partenaires si besoin et aux disparités régionales.

Soins et soutien	Femmes célibataires et jeunes : difficultés économiques. Dispositif National de prise en charge Psychologique et sociale des PVVIH, sous l'égide de la DSSB et en partenariat avec les associations et le Ministère des affaires sociales Existence d'un manuel sur le dispositif national de prise en charge psychologique et sociale et un manuel de formation à la prise en charge socio-sanitaire des PVVIH (édités en 2009). Malgré le renforcement de l'appui psychosocial (médiateur de santé, accompagnateurs socio-sanitaires, collaborant avec psychologues et assistantes sociales et formation à la prévention et prise en charge psychosociale des PVVIH et de leurs familles lors du recrutement (mai 2008) de 15 psychologues et assistantes sociales) la prise en charge psychosociale des femmes reste partielle et concentrée sur le Grand Tunis. Elle n'est pas fondée sur une connaissance spécifique des besoins des femmes. Taux d'observance thérapeutique non désagrégé par sexe. La carte de soins à tarif réduit associée à la carte d'handicapé offre aux PVVIH la gratuité totale des soins dans les structures sanitaires publiques.
VIOLENCE FONDÉE SUR LE GENRE	
	Contexte socioculturel : seulement 17 % des femmes portent plainte. Loi intégrale de lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles élaborée mais non approuvée* (prévention, accès des femmes aux services de prise en charge, accompagnement, protection des droits, sanction). Pas d'intégration du VIH dans le projet de loi intégrale. Mise en œuvre partielle de la stratégie nationale de lutte contre les violences faites aux femmes. Sensibilisation des personnels par une série de formations sur la lutte contre la stigmatisation auprès des professionnels de santé (HCDH, 2013). Violence à l'égard des migrants existe (cf. camps de réfugiés) mais pas chiffrée. Ecarts entre la promulgation de la loi intégrale de lutte contre la violence fondée sur le Genre, diffusion d'une circulaire et la pratique : problème de formation, pas de centres spécifiques de prise en charge des femmes victimes de violence, absence de coordination entre les intervenants concernés. Certificat médical : La circulaire 39/2014 du Ministère de la Santé reconnaît le droit à un CMI gratuit pour les femmes victimes de violence. Les unités spécialisées dans la prise en charge des femmes victimes de violence sont peu nombreuses, appartiennent en majorité aux ONG et ne font pas le lien avec le VIH.

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	
	Services SSR gratuits dans toutes les régions du pays. Pas d'obligation de présenter ou de divulguer son orientation sexuelle. Ils sont accessibles aux mineures et aux célibataires. Interventions et programmes visant l'amélioration de la qualité de vie des femmes tout au long de leur cycle de vie, indépendamment de leur statut matrimonial et de leur rôle procréateur. Services SSR intègrent la prévention des conduites à risques, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, la prévention du cancer du col de l'utérus, la détection précoce du cancer du sein, l'infertilité, la périnatalité, le suivi de la ménopause ainsi que la promotion de l'équité des sexes et prévention de la violence fondée sur le genre. Processus de prestation des services SSR garantit les droits des femmes à l'information, au libre choix, à la sécurité (services et produits de qualité), à la confidentialité, à la gratuité de tous les services éducatifs et médicaux. Droit à l'avortement médicamenteux ou chirurgical sans consentement du mari. Lutte contre les IST / SIDA intégrée dans le programme SSR à travers les actions de sensibilisation, de dépistage et de prise en charge médicale. Le manuel de référence en SSR, récemment actualisé par l'ONFP, intègre un volet consacré à la violence fondée sur le genre (relations complexes entre violence sexiste et exposition à la menace des IST/ VIH/SIDA). Module de formation (ONFP) fondé sur une approche genre et droits humains pour la consolidation des compétences des prestataires de services de l'ONFP et ses partenaires dans le domaine de la prise en charge des femmes victimes de violence pour institutionnaliser une formation spécialisée dans la prise en charge des femmes victimes de violence ainsi que la prévention des risques liés à la violence sexiste tels que, les IST /VIH/SIDA, les grossesses non désirées, etc. Pas de services pour les femmes transgenres. Les structures de l'ONFP et notamment les espaces dédiés aux jeunes drainent essentiellement la population féminine. Une réflexion a été lancée pour analyser la situation et tracer des pistes.

Addendum: ce rapport ayant été imprimé en octobre 2017- la loi organique sur les VFH a été adopté en juillet 2017 (loi 58-2017).

RECOMMANDATIONS

> Les recommandations suivantes sont fondées sur l'analyse de l'épidémie d'un point de vue du Genre et des lacunes politiques, programmatiques et en termes de services. Si certaines d'entre elles ont déjà été identifiées dans le PSN 2015-2018, il est important de s'assurer de la prise en compte du Genre dans la mise en œuvre des activités de ce dernier.
> On notera qu'il s'agit ici de recommandations identifiées comme prioritaires. Leur planification et exécution rendra la réponse au VIH plus efficace et efficiente.

Améliorer l'Information stratégiques pour mieux connaître l'épidémie de sida en Tunisie et mieux comprendre les besoins spécifiques des femmes et des filles, des hommes et garçons et des populations clés

1. Développer et produire des données épidémiologiques nationales, systématiquement désagrégées par sexe, par âge (intervalles standards) et par région pour permettre l'analyse des différentiels hommes/femmes et identifier, avec fiabilité, les vulnérabilités et les besoins spécifiques des femmes, des hommes et des populations clés.

2. Entreprendre une étude qualitative auprès des jeunes scolarisés et non-scolarisés sur les comportements sexuels et les perceptions et croyances sur la sexualité, sur les représentations sociales du VIH/SIDA et de la sexualité, sur les comportements à risques et le VIH et inclure une composante sur les grossesses non désirées et le mariage précoce et coutumier pour en définir les facteurs et les conséquences.

3. Produire des données statistiques sur les grossesses non désirées parmi les jeunes au niveau national provenant des structures publiques (ONFP) et du secteur privé.

4. Entreprendre l'étude « Index de stigmatisation » afin de développer les connaissances sur le vécu des PVVIH tunisiennes et migrantes du point de vue Genre et assurer sa publication.

5. Entreprendre une étude bio comportementale sur les femmes UDI.

6. Entreprendre une étude qualitative auprès des clients des TS, UDI et HSH quant à leurs connaissances sur le VIH et les comportements à risques, notamment sur l'utilisation du préservatif et la violence.

7. Lors de la planification et de l'exécution des études bio-comportementales, adopter les directives suivantes :
• Intégrer les travailleurs de sexe masculin dans l'échantillon de l'étude bio comportementale sur les travailleuses de sexe et examiner la question de la clandestinité de ces TS.
• Renouveler les estimations de la taille des populations clés en incluant les travailleurs de sexe masculins et les femmes UDI et étendre leur couverture géographique.
• Revoir et détailler les indicateurs Genre et ceux de la violence dans les enquêtes bio-comportementales et les intégrer systématiquement.
• Inclure les partenaires sexuels féminins payants et non payants dans les enquêtes bio-comportementales UDI et HSH.
• Harmoniser les indicateurs avec ceux des données du PNLS (indicateurs UNGASS, PEPFAR, Fonds mondial, OMD).

8. Sensibiliser les organisations et intervenants liés à la riposte au VIH au Genre, à la discrimination liée au VIH, aux violences sexuelles et au VIH, à tous les niveaux : les personnels de santé, les ONG thématiques sur le VIH et celles œuvrant pour les femmes et les filles, les décideurs dans les organisations gouvernementales partenaires de la riposte (ministère de la Santé, ministère des Affaires sociales, ONFP, Secrétariat d'Etat à la Femme et à la Famille, Direction de la Médecine scolaire et universitaire, Observatoire national de la Jeunesse, etc.).

Cette recommandation s'aligne sur le résultat d'impact 1, résultat d'effet 1.3 du PSN 2015-2018.
Cette étude pourra se fonder sur les données qualitatives déjà existantes. La publication des résultats pourrait guider la réponse au sida et les services offerts à ces populations tout en ciblant les messages et interventions pour diminuer la stigmatisation et la discrimination des PVVIH.

Améliorer la prise en compte du genre dans les politiques et programmes

1. Suivre l'intégration de la dimension Genre (résultats, interventions, indicateurs) dans les différentes composantes du PSN (y compris la budgétisation)ainsi que son plan de suivi et évaluation, et associer des experts du Genre aux équipes de conception stratégique et programmatique et de revue du PSN.

2. Diffuser les indicateurs du Genre et VIH auprès des organisations gouvernementales partenaires de la lutte contre le VIH et/ou pour le Genre et assurer une coordination et une information des questions de Genre et de VIH par le CNLS/PNLS et le CCM, par des échanges périodiques, pour un retour d'information.

3. Mobiliser le Groupe thématique Genre des Nations Unies tout en y intégrant les ministères et organismes concernés afin de réfléchir à l'intégration de la composante Genre ou VIH dans leurs programmes et plans opérationnels.

4. Assurer une représentation adéquate des femmes et des filles et des populations clés dans les mécanismes de prise de décision et de conception stratégique au niveau régional et central (CNLS/PNLS et CCM, ateliers de conception et de validation) .

5. Faire participer les réseaux et ONG œuvrant pour les droits des femmes (y compris les transgenres), la santé sexuelle et reproductive, l'égalité des sexes, les services aux migrants et consolider la participation des ONG jeunesse, aux processus de la riposte au VIH (conception, planification, budgétisation, et mise en œuvre) en leur donnant l'opportunité de développer leur compétences et en leur fournissant les moyens de le faire.

6. Appuyer techniquement et financièrement la réactivation des mécanismes de coordination VIH/Genre au sein des organisations de la société civile afin de développer la coordination des ONG thématiques avec les ONG œuvrant pour les droits des femmes et des filles, pour les droits à la santé sexuelle et reproductive et pour les jeunes, et en région avec celles déjà implantées.

7. Intégrer des modules sur l'égalité des sexes, la dimension Genre et VIH et la discrimination et la stigmatisation liées au VIH dans les formations initiales des personnels médicaux et de santé (y compris les personnels de PEC) et établir un plan généralisé de formation continue des personnels de santé sur l'égalité entre les sexes et la stigmatisation et discrimination liées au VIH, avec un volet sur la prise en charge spécifique des femmes victimes de violences sexuelles et y intégrer les nouveaux recrutés .

8. Sensibiliser les organisations et intervenants liés à la riposte au VIH au Genre, à la discrimination liée au VIH, aux violences sexuelles et au VIH, à tous les niveaux : les personnels de santé, les ONG thématiques sur le VIH et celles œuvrant pour les femmes et les filles, les décideurs dans les organisations gouvernementales partenaires de la riposte (ministère de la Santé, ministère des Affaires sociales, ONFP, Secrétariat d'Etat à la Femme et à la Famille, Direction de la Médecine scolaire et universitaire, Observatoire national de la Jeunesse, etc.).

Cette recommandation s'aligne sur le résultat d'impact 4, le résultat d'effet 4.1 du PSN 2015-2018.
Ces ONG doivent intégrer des actions spécifiques aux PVIH dans leur plan d'action afin de les soutenir économiquement particulièrement les femmes et les jeunes filles PVIH en développant des projets de micro-finances tout en renforçant les capacités de ces femmes, notamment dans la gestion de leur projet.
Cette recommandation s'aligne sur le résultat d'impact 1-résultat d'effet 1.4et le résultat d'impact 3-résultat d'effet3.1du PSN 2015-2018.

Améliorer l'accès aux interventions liées au VIH/sida, du point de vue du genre

1. Examiner, mettre à jour et opérationnaliser la stratégie nationale de communication différenciée par population pour promouvoir les services offerts par l'Etat et la prévention du VIH tout en intégrant la perspective Genre.

2. Elargir les nombre et la répartition des ONG œuvrant dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des populations clés afin d'assurer une accessibilité, une couverture géographique tout en développant leur capacités et en assurant un suivi pour garantir laqualité des services offerts.

3. Rendre accessible et promouvoir le préservatif féminin auprès des femmes TS et des partenaires des UDI .

4. Entreprendre des services sous le leadership communautaire des TS (sensibilisation, Centre drop-in et comités et groupes consultatifs). Cette participation communautaire permet également aux travailleurs du sexe d'éliminer les obstacles structurels à leurs droits, et de leur donner les moyens de changer les normes sociales pour parvenir à une réduction durable de leur vulnérabilité au-delà du VIH.

5. Entreprendre des interventions spécifiques et de proximité aux femmes UDI et transgenres, en termes de réduction des risques et de traitement de la violence.

6. Développer un soutien psychologique spécifique aux femmes et jeunes filles.

7. Intégrer la dimension VIH aux programmes de lutte contre la violence à l'égard des femmes, y compris au protocole de prise en charge de la femme sujette aux violences physique et sexuelle et aux services de prise en charge des femmes victimes de violence.

8. Favoriser l'accès aux services de SSR dans les régions en réexaminant l'impact des cliniques mobiles (en se fondant sur les enquêtes menées par l'ONFP).

9. Revoir le cursus de l'éducation sexuelle des jeunes (hommes et femmes) au sein des institutions en charge de l'éducation et de la santé afin de lutter contre la désinformation ou la mal information et s'assurer qu'il intègre la composante Genre, VIH, grossesses et avortements à risque, contraception et compétences de vie. Ceci peut être soutenu par des actions de plaidoyer afin d'institutionnaliser l'éducation sexuelle.

10. Toucher les jeunes déscolarisés à travers des activités de proximité et des activités d'éducation par les pairs tout en adoptant une perspective Genre afin de renforcer leurs compétences en termes de prévention du VIH, des grossesses non-désirées et d'utilisation de drogues.

Cette recommandation s'aligne sur le résultat d'impact 1-résultats d'effet 1.1 et 1.2 du PSN 2015-2018.

ANNEXES

Annexe 1 : Membres du comité restreint

Prénom et NOM	Organisation
Dr Hayet HAMDOUNI	PNLS DSSB
Mondher BEJAOUI	S&E/PNLS
Ahlem AMRI	SEFF-Ministère des Affaires de la Femme, de la Famille.
Rebeh CHERIF	Office National de la Famille et de la Population
Zohra TRABELSI	Ministère des Affaires Sociales (MAS)
Amel ZEBDA	Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire (DMSU)
Zied DOUIRI	Représentant population clé UDI au CCM
Issam GRITILI	Représentant population clé HSH au CCM
Mongia SOUAIHI	Universitaire – experte Genre et VIH
Amira MEDIMAGH	(UNICEF) Groupe Thématique VIH/sida
Alessandra VARESCO	(OIM) Groupe Thématique Genre
Mahmoud GHOUIL	BCR ONU
Lassaad SOUA	ONUSIDA
Hela SKHIRI	ONU Femmes
Aurore SOURIS	ONU Femmes

Annexe 2 : Participants à l'atelier

Prénom et NOM	Organisation
Ahlem AMRI	SEFF-Ministère des Affaires de la Femme, de la Famille…
Rebeh CHERIF	Office National de la Famille et de la Population
Abdedayem KHELIFI	SEFF-Ministère des Affaires de la Femme, de la Famille…
Hannouna LABIDI	Sage-femme AFCMS
Zohra TRABELSI	Ministère des Affaires Sociales (MAS)
Mondher BEJAOUI	S&E/PNLS
Mohamed CHAKROUN	Vice-président du CCM
Amel ZEBDA	Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire (DMSU)
Salem LAJNEF	ATL MST Sida Sfax

Oussama BOUAGILA	Observatoire tunisien du VIH, d'Ethique et de Droits humains
Zied DOUIRI	Représentant population clé UDI au CCM
Wafa JLASSI	ASS ATL
Issam GRITILI	Représentant population clé HSH au CCM
Mongia SOUAIHI	Universitaire
Mahmoud GHOUIL	BCR ONU
Lassaad SOUA	ONUSIDA
Amira MEDIMAGH	UNICEF
Alaaeddine MOHAMED	ATL
Aurore SOURIS	ONUFEMMES
Fehmi GHADHAB	UNODC
Rana HADDAD	Consultante internationale ONUSIDA
Sonia BEN MERIEM	Consultante nationale ONU Femmes

Annexe 3 : Organisations œuvrant auprès des populations clés et la population en général Organisations œuvrant auprès des populations clés et la population en général

Associations thématiques		
Organismes	Public cible	Sites d'intervention
1. Association Tunisienne de Lutte contre les MST et le SIDA (ATL-MST/Sida)	- TS - HSH - UDI	- National
2. Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le Sida (ATIOS)	- Population carcérale (détenus) - UDI	- National
3. Association Tunisienne de Prévention de la Toxicomanie (ATUPRET)	- UDI - TS	- National
4. Groupe de Soutien des PVVIH	- PVVIH	- En cours de mise en place
5. Association « RAHMA »	- PVVIH	- National
6. Association « MANARA »	- UDI	- Nord du pays
Associations non thématiques		
Organismes	Public cible	Sites d'intervention
7. Croissant Rouge Tunisien	-Population générale	- National
8. Association Tunisienne de Promotion du Don de Sang (ATPDS)	- Population générale	- National
9. Mouvement des Scouts Tunisiens	- Population générale	- National
10. Jeunesse scolaire (JS)	- Jeunes scolarisés	- National
11. Ligue Tunisienne des Droits de l'Homme (LTDH),(garantir le respect des droits humains et la non-discrimination)	- PVVIH - Populations clés (TS, HSH, UDI)	- National

Annexe 4 : Programmes, stratégies et projets pour appuyer l'intégration du Genre

> La Commission femme et famille dans la planification: le concept d'intégration de la femme dans la planification pour le développement a été adopté, en 1991, lors de la préparation du VIIIème Plan de développement socio-économique par la mise en place par décret, d'une «commission femme et développement», ce qui devait baliser la voie devant le Genre, et ses corollaires : institutionnalisation, budgétisation sensible au Genre et audit Genre. Depuis la révolution, l'État ne suit plus de plan de développement. Cependant, la commission sectorielle femme, famille et personnes âgées a arrêté un rapport en avril 2010 dans le cadre du « Plan mobile (2010-2014) », lequel rapport fait mention d'objectifs encore d'actualité. Notons que la formulation des objectifs Profil Genre de la Tunisie 2014 afférents à la femme dans le plan mobile est presque identique à celle des plans antérieurs et que le plan mobile ne contient pas d'indicateurs de résultats permettant d'évaluer tout le processus: objectifs, résultats, budgétisation, intervenants.
> Le projet de coopération MAFFEPA-FNUAP/PNUD (Tunisie) sur «l'intégration du Genre et la lutte contre la violence fondée sur le Genre» ayant démarré en 2007, se propose de renforcer la politique gouvernementale d'Égalité de Genre à travers un appui à la participation des femmes à la vie publique et politique et à la lutte contre la violence faite aux femmes. Le Programme qui a connu des prolongations successives n'a pas pu mener jusqu'à la fin certaines de ses composantes jugées importantes, dont l'exercice d'audit Genre, devant être réalisé dans 5 départements partenaires du SEFF. Il en est de même pour la composante budgétisation sensible au Genre entamée mais interrompue.
> Le «Plan National de Promotion de la Femme Rurale» adopté en 1998, a pour objectif global l'intégration effective des femmes rurales dans le processus de développement et comporte six principaux axes d'intervention. Ambitieux dans sa vision globale et intégrée et bien qu'ayant été soutenu par une volonté politique (3 conseils ministériels en 2001, 2005 et 2007, lui ont été consacrés), le Plan n'a pas pu réaliser ses objectifs pour les actions les plus prioritaires que sont la formation et l'appui au travail communautaire des femmes rurales.
> La «Stratégie nationale de lutte contre les violences faites aux femmes (VFF) à travers le cycle de vie», adoptée en 2008 et relancée en 2012 dans le cadre du Programme de coopération FNUAP/ONU-Femmes et PNUD, s'articule autour de quatre grands axes stratégiques : (1) la collecte et l'utilisation des données (ventilées par genre) ; (2) l'amélioration et la création des services appropriés (appui société civile) ; (3) la mobilisation sociale et la sensibilisation communautaire pour les changements au niveau des comportements et des institutions ; et (4) le plaidoyer pour la revue et l'application des lois en vue de prévenir et lutter contre les violences faites aux femmes. La stratégie se base sur les résultats de l'enquête nationale sur la prévalence du phénomène, conduite en 2010, par l'ONFP, soutenue

par la coopération espagnole. Aujourd'hui, le SEFF, avec le soutien du FNUAP, et en partenariat avec l'ONU Femmes, s'attelle à redynamiser la stratégie. Jusqu'à maintenant seules quelques actions ont été conduites par certaines institutions ainsi que par la société civile. L'ONFP et des acteurs de la société civile (ATFD, AFTURD, Beity) ont mis en place des centres d'écoute à Tunis et dans les régions. En revanche, il y a nécessité de créer des centres d'écoute et d'hébergement, de les doter de moyens humains et d'équipements nécessaires à leur fonctionnement pour répondre au mieux aux besoins des femmes, et en assurer la durabilité.

> Le « Plan d'Action National d'Institutionnalisation du Genre (PANIG) » a démarré en 2007 et relève des composantes du Projet pour l'intégration du Genre et la lutte contre la violence fondée sur le Genre du Programme de coopération UNFPA-PNUD-Tunisie 2007-2011, avec le MAFF. Il consiste à renforcer la politique gouvernementale d'égalité de Genre. Un audit Genre 2008/2009 a été élaboré. Une relance du PANIG est prévue en 2013/2014 avec l'appui de l'UE.

Annexe 5 : Annexe 5 : Références des documents en lien avec l'évaluation

Evaluation basée sur le Genre de la riposte au VIH/sida en Tunisie Références de la revue documentaire	
OUTILS	
Outil d'évaluation basée sur le genre des interventions nationales de lutte contre le VIH/SIDA, Vers des interventions de lutte contre le VIH/SIDA prenant en compte la dimension de genre, ONUSIDA, version française, 2014. 44 p.	softcopy
Agenda for Accelerated Country Action for Women, Girls, Gender Equality and HIV, operational plan for the UNAIDS, UNAIDS Genève, février 2010. 26 p.	hardcopy & softcopy
16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic, outil de programmation, WHO & UNAIDS, 2013. 68 p.	softcopy
Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions, WHO &Promundo, 2007. 71 p.	softcopy
Compendium of Gender equality and HIV indicators, UNAIDS, UNWOMEN, USAID, PEPFAR, MEASURE Evaluation, février 2014. 90 p.	softcopy
Updated Gender Strategy 2014, décembre 2013. 52 p.	softcopy
PLANS STRATEGIQUES ET PLAN OPERATIONNEL	
Plan opérationnel provisoire 2015-2017.26 p.	
Plan Stratégique National de la riposte au VIH/sida et aux IST (2014-2017) en Tunisie, DSSB/PNLS/Onusida/Unicef/Fonds mondial/CCM. 84 p.	softcopy
Plan stratégique national de la riposte au VIH/sida et aux IST (2012-2016) en Tunisie, DSSB/PNLS/Onusida, janvier 2012. 79 p.	softcopy
SITUATION ET RIPOSTE EN TUNISIE	
Rapport d'activité sur la riposte au sida en Tunisie (2012-2013), DSSB, Onusida, Unicef, avril 2014. 157 p.	softcopy
Revue 2010 de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien liés au VIH. Rapport de la Tunisie, DSSB et Onusida Tunis, 2011. 57 p.	softcopy
Analyse de la situation et de la riposte au VIH/sida et aux IST en Tunisie, projet de rapport final, DSSB, Onusida Tunis et Fonds mondial, novembre 2010. 247 p.	softcopy
Revue du dispositif national de Conseil et Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH (CDAG) TUNISIE de décembre 2011 à janvier 2013, DSSB/PNLS/Unicef, Tunis janvier 2013. 71 p.	softcopy
Analyse qualitative d fonctionnement des 11 centres de Conseil et Dépistage Anonyme et Gratuit (CCDAG) du VIH en Tunisie, DSSB/Unicef, décembre 2009. 78 p.	softcopy
Profil genre de la Tunisie, Communauté européenne et République tunisienne, version courte, juin 2014 23 p. http://eeas.europa.eu/delegations/tunisia/documents/page_content/profil_genre_tunisie2014_courte_fr.pdf)	softcopy
Etude exploratoire sur la traite des personnes en Tunisie, République tunisienne et OIM, juin 2013. 107 p.	softcopy
Les IST/VIH/Sida : une question de prévention et de solidarité. Dossier documentaire. Les cercles de la population et de la santé de la reproduction, ONFP, mars 2009. 93 p.	softcopy
Alcoolisme, Tabagisme, toxicomanie, cela n'arrive pas qu'aux autres…. Dossier documentaire.	softcopy
Les cercles de la population et de la santé de la reproduction, ONFP, février 2008. 192 p.	
Manuel de prise en charge de l'infection à VIH et des infections opportunistes, Centre de formation internationale et de recherche ONFP et Fonds mondial, septembre 2008. 67 p.	softcopy
Techniques de communication pour la prévention des IST-VIH/sida, à l'intention des différents intervenants dans la lutte contre le Sida, Centre de formation internationale et de recherche ONFP et Fonds mondial, 2008. 99 p.	softcopy
POPULATION GENERALE	
Tunisie. Suivi de la situation des enfants et des femmes. Enquête par grappes à indicateurs multiples 2011-2012 (MICS 4), MDCI, INS et Unicef, juin 2013. 207 p.	hardcopy & softcopy
MICS 3, 73 p.	softcopy
Rapport National de suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement, République tunisienne et Nations Unies, janvier 2014 125 p.	softcopy
Rapport national d'évaluation de la mise en œuvre du programme du congrès international pour la population et le développement (CIPD)+ 20 (en arabe), République tunisienne et FNUAP, juin 2013. 215 p.	softcopy
JEUNES	
Enquête nationale auprès des jeunes (15-24 ans) sur les comportements à risque en Tunisie, ATL-MST/sida Tunis, Fonds mondiale, Unicef, Onusida, Tunis 2014. 108 p.	softcopy
Sida et sexualité : parlons-en avec les jeunes. Dossier documentaire. Les cercles de la population et de la santé de la reproduction, ONFP & Fonds mondial, février 2010. 89 p.	softcopy
FEMMES	
Enquête nationale sur la violence à l'égard des femmes en Tunisie, Rapport principal, Office National Famille et Population (ONFP) et Agence Espagnole de Coopération Internationale et de Développement (AECID), juillet 2011. 136 p. http://www.onfp.tn/liens/violence_29/brochure.pdf)	hardcopy & softcopy
Données sur la participation politique et économique des femmes en Tunisie ONU Femmes, décembre 2013. 22 p.	hardcopy
Les Recommandations faites à la Tunisie par les mécanismes du système des Droits de l'Homme des Nations-Unies, liste des recommandations par thèmes, Bureau du HCDH en Tunisie, mai 2014. 59 p.	hardcopy

La situation des femmes en milieu rural tunisien et leur accès aux services publics dans onze gouvernorats de la Tunisie, Ministère des Affaires de la Femme et de la Famille et AECID, décembre 2013. 10 p.	hardcopy
PVVIH & POPULATIONS CLES	
Enquête sérocomportementale du VIH auprès des travailleuses du sexe clandestines en Tunisie, Rapport de l'enquête, ATUPRET, DSSB, Fonds mondial, Onusida, 2014. 65 p.	hardcopy & softcopy
Enquête sérocomportementale du VIH auprès des usagers de drogues injectables en Tunisie, Rapport de l'enquête, ATIOST, DSSB, Fonds mondial, Onusida, juillet 2014. 105p.	hardcopy & softcopy
Enquête sérocomportementale du VIH auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Tunisie, Rapport de l'enquête, ATL MST/sida Tunis, DSSB, Fonds mondial, Onusida, 2014. 105.	hardcopy & softcopy
Vécu et besoins des personnes vivant avec le VIH en Tunisie, Etude qualitative, ATL MST/sida et Fonds Mondial, 2008. 45 p.	hardcopy & softcopy
50 histoires de femmes vivant avec le VIH en Tunisie. 33 p.	non publié
Women Injecting drug users in the Middle East and North Africa Region, Context, Services,	hardcopy & softcopy
needs and factors influencing services uptake – operational research, MENAHRA, 2013	softcopy
SANTE REPRODUCTIVE	
Enquête tunisienne sur la Santé de la Famille, Rapport principal, ONFP, Ligue des Etats Arabes (projet panarabe de la santé de la famille), septembre 2002. 251 p.	hardcopy
ASPECTS JURIDIQUES	
La constitution de la république tunisienne du 26 janvier 2014, 2e volet : Droits et libertés (brochure en arabe)	hardcopy
Ensemble des textes juridiques régissant le secteur de la santé publique, République tunisienne. 96 p.	softcopy
VIH/Sida et Droits humains : Carences et obstacles, Wahid FERCHICHI, Association ADLI (Association tunisienne de Défense des Libertés Individuelles), 5 p.	softcopy
VIH et IST : aspects juridiques, Association ADLI (Association tunisienne de Défense des Libertés Individuelles), 16 p.	softcopy
Recommandations pour l'application des droits de l'homme à la santé sexuelle et reproductive, Réunion d'experts, FNUAP et OHCHR. 7 p.	softcopy
Le VIH/sida et les Droits de l'Homme, Directives internationales, HCDH et Onusida, Genève, version consolidée 2006. 117 p.	softcopy
1erDraft du Projet de loi relatif à l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des jeunes filles, 20 octobre 2014. 76 p.	softcopy

Boulevard de la Terre - Centre urbain Nord
Immeuble Yasmine Tower 2ème étage
Bureaux A2-3 et A2-4 1004, Tunis - Tunisie
Tél. : 00 216 71 947 748
Fax : 00 216 71 947 691
www.maghreb.unwomen.org/fr