



**RAPPORT D'ÉTAT DES LIEUX DES
SERVICES DISPONIBLES EN MATIÈRE DE
LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN TUNISIE**

ASSOCIATION TUNISIENNE DE PRÉVENTION POSITIVE (ATP+)

Rapport rédigé par Mohamed Bilel MAHJOUBI, Consultant

JUIN 2019

Sommaire

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	-3
INTRODUCTION	-4
1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE	-4
2. SITUATION POLITIQUE	-4
3. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN TUNISIE	-5
CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	-6
1. CONTEXTE	-6
2. OBJECTIFS	-6
3. DESCRIPTION DE LA MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE	-6
4. LIMITES DE L'ÉTUDE	-7
ANALYSE DE LA LITTÉRATURE	8
<i>Organisation de la riposte au VIH/sida en Tunisie</i>	<i>8</i>
1. LA SANTÉ EN TUNISIE	-8
2. SITUATION DE LA RIPOSTE	-8
3. COORDINATION DE LA RIPOSTE	-9
<i>Législation tunisienne relative au VIH/sida et aux droits des populations clés</i>	<i>10</i>
1. LÉGISLATION RELATIVE À LA SEXUALITÉ, AU COMPORTEMENT SEXUEL ET À L'EXPRESSION DU GENRE	-10
2. LÉGISLATION RELATIVE AU TRAVAIL DU SEXE	-11
3. LOIS RELATIVES AUX DROGUES ET À LA CONSOMMATION DE DROGUES	-11
<i>L'accès aux services pour les PVVIH et les populations clés</i>	<i>13</i>
1. PRÉVENTION :	-13
2. DÉPISTAGE	-14
3. TRAITEMENT ET SOINS	-15
4. STIGMATISATIONS, DISCRIMINATIONS, VIOLENCES	-16
RÉSULTATS DES FOCUS-GROUPS	18
1. USAGER·ÈRE·S DE DROGUES PAR VOIE INJECTABLE (UDI)	-18
2. TRAVAILLEUSES DU SEXE (TS)	-18
3. HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES (HSH)	-19
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	20
1. CONCLUSION	-20
2. RECOMMANDATIONS	-20
BIBLIOGRAPHIE	-22

Liste des sigles et abréviations

AGD	Association des Gestionnaires pour le Développement
ATIOST	Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le Sida et la Toxicomanie
ATLMST/ SIDA Tunis	Association Tunisienne de Lutte contre les MST et le SIDA, section Tunis
ATSR	Association Tunisienne de la santé reproductive
ATP+	Association Tunisienne de prévention positive
ATUPRET	Association Tunisienne de prévention de la toxicomanie
CCDAG	Centre de Conseil et de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDV	Conseil et Test Volontaire
CSB	Centres de Santé de Base
DSSB	Direction de soins et santé de base, ministère de la Santé
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
IO	Infection opportuniste
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LGBT	Lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres
ONG	Organisation non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PMLS/MST	Programme National de Lutte contre le Sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles
PSN	Plan Stratégique National
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RDS	Respondant Driven Sampling
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SSR	Santé Sexuelle et de la Reproduction
TS	Travailleur (se) du Sexe
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
VBG	Violence basée sur le genre
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE

Située en Afrique du Nord, la Tunisie s'étend sur un territoire de 162 155 km². Le pays est limité au sud par la Libye, à l'ouest par l'Algérie, au nord et à l'est par un littoral de 1 300 km ouvert sur la Méditerranée. La Tunisie constitue un pays carrefour entre l'Europe, d'une part et le Moyen-Orient et l'Afrique, d'autre part. En juillet 2018, la population tunisienne a été estimée à 11 551 448 habitants¹, soit une densité moyenne de 67 habitants/km².

Sur le plan démographique, la Tunisie est en voie d'accomplir sa transition démographique, à l'instar de plusieurs pays en développement ou émergents. L'augmentation moyenne annuelle de l'espérance de vie est de 0,22 ans pour les hommes et de 0,15 ans pour les femmes pour la période 2014-2029, soit respectivement 75 et 73 ans (2016). Ces chiffres sont respectivement de 0,16 ans et 0,11 ans pour la période 2029-2044². Par ailleurs, on note une réduction de l'écart pour l'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes. Cet écart passera de 4,7 ans en 2014 à 4,2 en 2024, pour atteindre 3,26 ans en 2034 et 2,9 ans en 2044. Cette évolution s'explique par la conjugaison de plusieurs facteurs tels que les réformes juridiques, la scolarisation importante des garçons et des filles, une volonté politique garantir l'égalité des chances entre les sexes (Code du Statut Personnel), l'accès des femmes au marché de l'emploi, le report de l'âge minimum du mariage (de 29 à 34 ans en moyenne), l'évolution de la place de l'enfant dans la sphère familiale, et enfin une politique familiale volontariste depuis les années 1960.

Il est projeté, pour la Tunisie, une accélération de la croissance économique à 2,3 % en 2017 du fait de la reprise dans les secteurs stratégiques de l'agriculture, du phosphate et de l'industrie manufacturière. À moyen terme, la croissance devrait remonter progressivement à 2,8 % en 2018 et 3,2 % en 2019, en raison d'une amélioration du climat des affaires associée à des réformes structurelles et au renforcement de la stabilité sociale et de la sécurité. Le déficit budgétaire devrait rester élevé, à 5,9 % du PIB en 2017³. Pour assurer la viabilité des finances publiques, il faudra contenir la masse salariale de l'État et élargir l'assiette fiscale, puis créer de l'espace pour accroître les dépenses d'investissement.

2. SITUATION POLITIQUE

Fin 2010 et début 2011, la Tunisie a connu une « révolution » d'un type nouveau dans l'histoire contemporaine, marquée par une forte mobilisation des jeunes, filles et garçons, sans encadrement politique, et une importante utilisation d'Internet, permettant ainsi de contourner la censure. La date du 14 janvier 2011 représentera la fin d'un régime qui a perdu sa légitimité, d'une part, et le démarrage d'un long processus complexe de réformes, d'autre part⁴.

Les élections du 23 octobre 2011 ont permis aux Tunisiens de choisir les membres de l'Assemblée Nationale Constituante, qui a eu pour mission principale l'élaboration d'une nouvelle Constitution, en remplacement de celle de 1959. La Constitution de la deuxième République Tunisienne a été adoptée le 26 janvier 2014, concrétisant ainsi une nouvelle organisation politique.

« Les citoyens et les citoyennes sont égaux en droits et en devoirs. Ils sont égaux devant la loi sans discrimination. L'État garantit aux citoyens et aux citoyennes les libertés et les droits individuels et collectifs. Il leur assure les conditions d'une vie digne ».

Article 21 de la Constitution tunisienne de 2014⁵

Toutefois, et malgré les efforts déployés par les différents intervenants (principalement la société civile avec l'appui des agences onusiennes), les attentes et les besoins des Tunisiens et Tunisiennes en matière d'accès à la santé ne sont pas toujours satisfaits. Les disparités entre groupes sociaux et les déséquilibres entre les régions littorales et l'intérieur du pays rendent l'accès aux services de prévention et de soins des IST/VIH plus difficile aux personnes en situation de vulnérabilité, notamment de sexe féminin, ainsi que les groupes à haut risque soit les PVVIH, les HSH, les TS et les UDI, malgré ce que stipule la Constitution tel que suit :

1 Institut National de la Statistique, mise à jour 22/03/2019

2 Les projections de la population 2014-2044, Institut National de la statistique/UNFPA, juillet 2015

3 Plan stratégique nationale de la riposte au VIH 2018-2022, DSSB-PNLS Tunisie

4 Recueil du parcours du justiciable dans l'accès à la justice : Regards croisés sur le parcours des justiciables en Tunisie, Senim Ben Abdallah, 2018

5 Constitution de la République tunisienne, Journal Officiel de la République Tunisienne – 20 avril 2015

6 Constitution de la République tunisienne, Journal Officiel de la République Tunisienne – 20 avril 2015

« Tout être humain a droit à la santé. L'État garantit la prévention et les soins de santé à tout citoyen et assure les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé. L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes. Il garantit le droit à une couverture sociale conformément à ce qui est prévu par la loi. »

Article 38 de la Constitution tunisienne de 20145

Depuis des années et grâce à la succession des PSN qui répondent aux directives internationales en matière de lutte contre le VIH/sida, une partie de la population tunisienne bénéficie d'un accès au dépistage anonyme et à des soins et de traitements gratuits en cas de séropositivité au VIH jugés efficaces, dans quatre villes du pays. Cela reste insuffisant, et les populations souffrent de plusieurs formes de stigmatisation et discrimination, ce qui les rend beaucoup plus vulnérables au VIH mais aussi aux problèmes sociaux.

3. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN TUNISIE

En dépit d'un taux de prévalence faible du VIH soit à moins de 0,01%, la Tunisie est considérée comme un pays à épidémie concentrée chez les populations clés. D'après les estimations⁷ de l'ONUSIDA, plus de 3 000 personnes de nationalité tunisienne vivraient avec le VIH dans le pays, et il y aurait moins de 500 nouvelles infections par an.

Plusieurs populations clés et vulnérables sont exposées à un risque accru d'infection au VIH et de maladies liées au virus, ont un accès limité aux services associés au VIH et sont victimes de stigmatisations et discriminations systématiques ainsi que d'autres violations des droits humains. Il s'agit notamment des populations comme identifiées en Tunisie :

- personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ;
- adolescent.e.s et jeunes femmes ;
- homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ;
- personnes transgenres et autres personnes non conformes aux normes de genre ;
- usagers et usagères de drogues par voie injectable (UDI) ;
- travailleurs et travailleuses du sexe et autres personnes ayant des rapports sexuels monnayés ;
- population carcérale ;
- migrants.

Contexte et objectifs de l'étude

1. CONTEXTE

Par le biais du projet FORSS (« Former Suivre Soutenir : mobilisation communautaire pour lutter contre le VIH en région MENA ». (2018-2021)), Solidarité Sida et ITPC-MENA en partenariat avec 5 associations (AGD - Mauritanie ; Al Shehab - Égypte ; ATP+ - Tunisie ; M Coalition – Liban ; et RdR Maroc- Maroc) se proposent, en partant d'une approche communautaire, de faire en sorte que les personnes en situation de vulnérabilité soient actrices de changement et de faciliter leur accès aux services de prévention combinée et aux soins.

Ce programme a pour objectif général l'amélioration de la qualité de la prévention, des soins du VIH/sida et de l'accès aux traitements, notamment à destination des populations clés, dans la région MENA et en particulier dans les pays cibles.

Il s'articule autour de trois axes principaux :

- Améliorer les connaissances et pratiques des acteurs communautaires en matière de service de prévention, de soins et de traitement aux PVVIH et populations clés ;
- Disposer de données nationales et régionales sur la qualité de l'accessibilité aux services de prévention, traitements et soins des PVVIH et populations clés ;
- Influencer les stratégies de prévention et de prise en charge et leurs modalités de mise en œuvre (au niveau national, régional et international).

Dans le cadre du premier objectif, l'Association Tunisienne de prévention positive (ATP+), avec l'appui d'un Consultant recruté à cet effet, a réalisé au cours du premier trimestre 2019 une étude sur la situation tunisienne, permettant notamment de servir de point de départ aux prochaines étapes du projet FORSS, et notamment la mise en place de l'observatoire communautaire porté par cette même association.

2. OBJECTIFS

Plus précisément, cette étude a pour objectifs de :

1. Fournir un état des lieux des services de prévention et de soins disponibles en Tunisie ;
2. Participer à l'amélioration des connaissances et pratiques des acteurs communautaires en matière de services de prévention et de soins aux PVVIH et populations clés en Tunisie ;
3. Servir de base aux formations des acteurs communautaires sur la qualité des services de prévention et services de prise en charge en région MENA ;
4. Servir de support aux stratégies de plaidoyer pour l'amélioration de l'offre de services.

Le présent travail a pour objectif d'illustrer les obstacles, les défis et les enjeux de l'accès aux services de prévention en Tunisie des PVVIH et les groupes clés en situation de vulnérabilité. L'idée est de placer les acteurs clés et communautaires au centre de la réflexion pour illustrer leur perception en aval sur la situation de l'offre de services en lien avec le VIH.

Le document de cette étude constitue également un outil de capitalisation et de plaidoyer et permettra une meilleure mise en œuvre de l'observatoire communautaire en Tunisie.

3. DESCRIPTION DE LA MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE

Cette étude s'est intéressée aux PVVIH et aux 3 populations classées à haut risque ciblées dans le Programme FORSS (HSH, TS, UDI), avec un objectif de recherche-action visant non seulement à définir un état des lieux des dispositifs existants, mais surtout les modalités de mise en œuvre ou d'amélioration d'une politique de réduction des risques face au VIH et aux IST des groupes clés et d'accès aux soins pour les PVVIH.

Cette étude s'est déroulée sur deux mois dans le grand Tunis pour les TS et PVVIH, à Monastir (Centre-Est) pour les HSH, les UDI dans la ville de Gafsa (Sud-Ouest de la Tunisie). Elle est exploratoire, essentiellement qualitative, et vise à participer à l'enrichissement d'un corpus de connaissances concernant les services disponibles au profit des groupes clés et des PVVIH, la prévention des IST et du VIH ainsi que l'accès aux soins de santé globale des personnes visées. Les rencontres

avec les intervenant-e-s des associations ainsi que la revue de la littérature visaient à mieux comprendre le contexte dans lequel prend place la prévention du VIH en Tunisie.

Des focus groupe ont été organisés comme suit :

- 1 focus groupe auprès de 8 HSH issus de Sousse et Monastir ;
- 1 focus groupe auprès de 11 femmes PVVIH sur le grand Tunis ;
- 1 focus groupe auprès de 8 PVVIH dont 3 femmes et 5 hommes sur la grand Tunis ;
- 1 focus groupe auprès de 12 UDI à Gafsa ;
- 1 focus groupe auprès de 10 TS sur le grand Tunis ;
- Deux entretiens individuels avec des HSH-PVVIH à Tunis.

Le choix des sites était en rapport avec la concentration des services de soins et de prévention dans ces villes avec la présence de structures associatives offrant des prestations en matière de prévention combinée.

4. LIMITES DE L'ÉTUDE

La méthodologie de cette étude dite baseline basée sur la recherche documentaire et des focus-groupes auprès des populations clés -ne permet pas de déployer les résultats et de couvrir tout le territoire, même si une approche régionale a été développée pour limiter ce risque.

Dans les enquêtes qualitatives, les limites du focus-group résultent des aspects négatifs de l'interaction de groupe. Pendant les focus-groupe certaines réticences de la part de quelques participants à exprimer des idées personnelles ont été constatées. Il peut se dégager des normes de groupe, source de blocage. Les résultats ne peuvent être généralisés, mais ils peuvent être une source stratégique pour alimenter et mettre en œuvre des activités dont une recherche action plus approfondie ; ce que fera l'observatoire communautaire porté par ATP+.

Analyse de la littérature

Organisation de la riposte au VIH/sida en Tunisie

Malgré un contexte socio-économique complexe, le gouvernement tunisien a maintenu ses engagements dans le domaine de la santé qui reste prioritaire, notamment dans le domaine de la lutte contre l'épidémie de VIH.⁸

Le PSN 2018-2022 vise en priorité la réduction des nouvelles infections parmi les adultes et les adolescent·e·s, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (d'ici 2020), la réduction de la mortalité liée au VIH, le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH, la lutte contre toutes formes de discrimination et la promotion des droits humains, ainsi que le renforcement de la gouvernance pour une riposte durable et efficiente⁹.

L'analyse de la situation épidémiologique du VIH en Tunisie réalisée par une équipe d'experts du PNLS, s'est appuyée sur la triangulation de données de notifications des cas du VIH/sida et des programmes de dépistage et des données programmatiques des ONG, ainsi que sur les résultats des études bio-comportementales auprès des populations clés¹⁰.

1. LA SANTÉ EN TUNISIE

Le droit à la santé est reconnu par la Constitution tunisienne dans son article 38 et par plusieurs instruments juridiques internationaux ratifiés par la Tunisie. Malgré d'importants acquis en matière de santé réalisés depuis l'indépendance en 1956, une partie importante de la population rencontre des difficultés d'accès à des soins de qualité et ne jouit pas concrètement du droit à la santé.

« La santé est un droit pour chaque être humain. L'État garantit la prévention et les soins sanitaires à tout citoyen et fournit les moyens nécessaires pour garantir la sécurité et la qualité des services de santé. L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien et à faible revenu. Il garantit le droit à une couverture sociale, tel que prévu par la loi. »

Art. 38 de la Constitution de 2014

Confronté aux défis de la double transition démographique et épidémiologique et soumis à la politique de désengagement de l'État, le système de santé tunisien a souffert d'une mauvaise gouvernance qui a aggravé les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins. Depuis la révolution de décembre 2010-janvier 2011, la situation, ne s'est non seulement pas améliorée, mais s'est même dégradée¹¹.

En effet, de grandes insuffisances continuent d'affecter la sécurité et la qualité des soins¹². Toutefois, une évolution majeure a été constatée ces dernières années : le développement accéléré du secteur privé. Ce secteur, tant ambulatoire qu'hospitalier, a connu un développement important. Le nombre de lits hospitaliers privés a été multiplié par 5, passant de 1000 en 2008 à près de 5000 en 2016. Le nombre de cabinets de médecins de libre pratique est passé de 1500 à près de 7500 en 2016. Le secteur public, par contre, a stagné. La réforme hospitalière de 1991, qui avait pour objectif d'améliorer les performances des hôpitaux universitaires transformés en Établissement Publics de Santé (EP), n'a pas atteint les résultats escomptés : au cours des vingt dernières années, de l'avis de tous les observateurs, les conditions de travail dans les hôpitaux universitaires se sont dégradées avec des conséquences négatives sur la qualité des soins. Le manque de réactivité du secteur public de la santé à la transition démographique et épidémiologique, conjuguée à l'insuffisance des ressources et à une régulation déficiente des relations avec un secteur privé dynamique, a entraîné une dégradation progressive de ses performances, ainsi que l'apparition de formes de privatisation passive et ou de corruption (transfert forcé des usagers publics sur le secteur de libre pratique faute de prise en charge adéquate ou disponible), facilité par les pratiques d'exercice privé dit complémentaire¹³.

2. SITUATION DE LA RIPOSTE

La situation épidémiologique actuelle de l'infection par le VIH, se caractérise par une épidémie concentrée au sein des populations clés, comme le confirment les quatre études bio-comportementales menées en 2009, 2011, 2014 et 2018 et réalisées par les associations à savoir ATUPRET auprès des TS, ATIOST auprès des UDI et ATL Tunis auprès des HSH.

8 Plan stratégique nationale de la riposte au VIH 2018-2022, DSSB-PNLS Tunisie

9 Plan stratégique nationale de la riposte au VIH 2018-2022, DSSB-PNLS Tunisie

10 Plan stratégique nationale de la riposte au VIH 2018-2022, DSSB-PNLS Tunisie

11 Le droit à la santé en Tunisie, rapport publié par l'association tunisienne de droit à la santé, octobre 2016

12 Ibid

13 Ibid

Les résultats des enquêtes biocomportementales réalisées auprès des TS, HSH et UDI en leur 4^{ème} version témoignent d'une augmentation considérable, voire inquiétante, des taux de prévalence du VIH avec une découverte de comportements à risque croisés à savoir l'usage de drogue/travail de sexe.

Populations	2009	2011	2014	2018
UDI	2,70%	2,40%	3,90%	6%
TS	0,40%	0,61%	0,94%	1,2%
HSH	4,90%	13%	9,1%	10,20%

*Source PSN 2018-2022

L'épidémie de VIH/sida en Tunisie est classée comme une épidémie urbaine avec une concentration dans les zones côtières¹⁴. La distribution des cas notifiés à la DSSB entre 1986 et 2016 par grandes régions montre que le Grand-Tunis et les régions côtières ont totalisé 88% de l'ensemble des cas depuis le début de l'épidémie.

Depuis le début de l'épidémie, les jeunes sont affectés de manière prédominante avec un âge moyen de 34,5 ans (35,9 ans pour les jeunes hommes et 32,1 ans pour jeunes femmes). La répartition 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 la moitié des nouveaux cas avant 1995. Cette tranche d'âge est devenue de moins en moins touchée au profit des jeunes adultes âgés de 30 à 44 ans qui ont représenté 41% des nouveaux cas en 2016 (contre 29% pour les jeunes âgés de moins de 30 ans).

3. COORDINATION DE LA RIPOSTE

Le PNLS, hébergé par la DSSB et géré par un groupe technique central, est l'organe d'exécution du CNLS. Il assure le suivi des activités de lutte contre le VIH et les IST mises en œuvre par les structures du ministère de la Santé, les équipes sectorielles des différents ministères, les institutions publiques et privées et les organisations de la société civile y compris les associations de PVVIH. Le PSN constitue la référence pour tous les programmes mis en œuvre dans le cadre de la riposte au VIH.

Le partenariat avec le secteur public dans la riposte nationale au VIH se traduit par l'engagement des acteurs du secteur public dont plusieurs ministères qui contribuent

également aux activités de prévention au niveau national et régional. Parmi les ministères les plus impliqués au regard de leur prérogatives nationales, l'on retrouve le ministère des Affaires Sociales qui offre des services gratuits aux PVVIH ainsi des aides financières, le ministère de l'Intérieur avec son implication dans la prévention et la sensibilisation des agents en matière du VIH et IST, le ministère de la Défense Nationale dans le cadre des activités de la direction générale de la santé militaire en partenariat avec l'ATL MST/sida-Tunis, ONFP et le PNLS qui ont un programme de formation et de sensibilisation des cadres de la santé militaire.

En Tunisie, l'implication des organisations de la société civile a été très précoce et efficace. Les associations nationales thématiques les plus connues en Tunisie sont l'Association Tunisienne de lutte contre les MST/SIDA (ATL-MST-SIDA), ATL Tunis, l'Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le Sida et la Toxicomanie (ATIOST), l'association Tunisienne de la santé reproductive (ATSR), Association Tunisienne de Prévention Positive (ATP+). D'autres associations nationales et locales sont également actives dans la lutte contre le VIH. Elles travaillent en collaboration avec le PNLS et les associations thématiques. Ces associations sont aujourd'hui des partenaires à part entière dans la riposte contre le VIH/sida et bénéficient de l'appui financier du Fonds mondial pour la mise en œuvre d'interventions relatives à la prévention et au dépistage auprès des populations clés (TS, HSH, UDI) et à la prise en charge psychosociale des PVVIH¹⁵.

14 Plan stratégique nationale de la riposte au VIH 2018-2022, DSSB-PNLS Tunisie

15 Plan stratégique nationale de la riposte au VIH 2018-2022, DSSB-PNLS Tunisie

Législation tunisienne relative au VIH/sida et aux droits des populations clés

1. LÉGISLATION RELATIVE À LA SEXUALITÉ, AU COMPORTEMENT SEXUEL ET À L'EXPRESSION DU GENRE

La Tunisie est considérée comme un pays avant-gardiste dans la région de l'Afrique du Nord et du Moyen Orient en matière de législation sur les rapports sexuels entre personnes de même sexe. Pourtant, ces rapports sont interdits par la législation tunisienne actuelle. L'article 230 du Code pénal¹⁶, dans sa version française, précise notamment que la sodomie entre adultes consentants peut conduire à une peine de prison allant jusqu'à trois ans. Les termes de l'article 230 du Code pénal ne précisent pas le sens de la sodomie. Mais, le texte arabe, qui fait foi, « traduit » la sodomie, utilisée comme dans le texte français, en spécifiant l'homosexualité masculine « *al-liouat* » et l'homosexualité féminine « *al-mousahaka* ». « Ces précisions apportées par le texte arabe montrent une intention ferme d'incriminer le comportement homosexuel masculin ou féminin »¹⁷. Même si ce texte de loi n'est pas systématiquement appliqué, il constitue une menace pour plusieurs hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. « La pénalisation de l'homosexualité pratiquée entre adultes consentants, consacrée par le droit tunisien et punie par l'article 230 du Code Pénal [...], ne semble plus justifiée, même si elle est relativisée par le développement du droit au respect de la vie privée. En effet, la démocratisation de la vie politique et sociale nécessite le renforcement des libertés individuelles, ainsi que la dépénalisation d'un acte sexuel commis en privé entre adultes consentants »¹⁸.

L'article 230 est interprété et mis en œuvre par la police et les tribunaux comme s'appliquant non seulement au comportement, mais également à l'identité et à l'orientation. Il viole donc les principes des droits humains liés à la vie privée et à la liberté de penser. Au titre de l'article 230, la police peut même arrêter des personnes sur simple suspicion¹⁹. En 2017, des militants associatifs ont également attiré l'attention du public sur une pratique policière qui consiste à présenter des hommes soupçonnés de comportement homosexuel à un expert médico-légal pour les soumettre à un examen rectal à la

recherche d'IST ou de sperme, et à traiter tout refus de ces hommes à se soumettre à ce test comme une preuve d'homosexualité, et ceci est acceptée par certains juges tunisiens. Cette pratique a été condamnée par les groupes de défense des droits humains, pour qui il s'agit d'une violation du droit à ne pas être soumis à des traitements cruels ou dégradants. En septembre 2017, le ministre tunisien des droits de l'Homme s'est engagé à lutter contre cette pratique.

Concernant les personnes transgenres et non conformes aux normes de genre, la Tunisie n'a pas de loi formelle définissant ou interdisant l'expression du genre, mais l'article 226 du Code pénal prévoit six mois d'emprisonnement et une amende pour quiconque se rend coupable d'« *outrage public à la pudeur* » ou « *porte publiquement atteinte aux bonnes mœurs ou à la morale publique par le geste ou la parole* »²⁰. Cette loi est invoquée par la police pour menacer, harceler et arrêter les personnes perçues comme ne se conformant pas aux normes de genre, et fournit une excuse aux entreprises pour exclure les personnes transgenres de l'emploi ou de leur clientèleⁱ.

Les personnes qui s'identifient comme lesbiennes, homosexuelles ou transgenres (LGBT) en Tunisie font état de nombreuses conséquences de ces lois et politiques répressives, parmi lesquelles l'exclusion de l'éducation et de l'emploi, la vulnérabilité à la violence et le manque de protection de la police. Dans le cadre de l'enquête IBBS sur le VIH de 2014, 27% des hommes s'identifiant comme homosexuels ou comme ayant des rapports avec d'autres hommes ont indiqué avoir été victimes de violence à l'école, au travail ou dans des lieux publicsⁱⁱ. Le risque constaté est que la population tunisienne la plus exposée au risque, qui englobe au moins 2 000 des 2 900 Tunisiens vivant avec le VIH²¹, est moins susceptible de se présenter à des cliniques et à des centres de dépistage pour se faire dépister ou accéder aux services de prévention, traitement et soutien liés au VIH^{iii,iv}.

16 Article 230 du Code pénal, édition mise à jour et revue par le conseil national chargé de la réorganisation des dispositions législatives et réglementaires en vigueur (Conformément à la loi n°2005-46 du 6 juin 2005) « La sodomie, si elle ne rentre dans aucun des cas prévus aux articles précédents, est punie de l'emprisonnement pendant trois ans ».

17 FERCHICHI Wahid, *L'homosexualité en droit tunisien, Entre l'incrimination du code pénal et le droit au respect de la vie privée*, Tunis, p. 4 (non publié), Octobre 2017

18 FERCHICHI Wahid, *L'homosexualité en droit tunisien, Entre l'incrimination du code pénal et le droit au respect de la vie privée*, Tunis, p. 36 (non publié).

19 Evaluation de référence, Tunisie « Intensification des programmes destinés à lever les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH », APMG Health/Fonds Mondial, Mai 2018

20 Section du code pénal « Des atteintes aux bonnes mœurs et du harcèlement sexuel » (Modifié par la loi n° 2004-73 du 2 août 2004), Article 226 « Est puni de six mois d'emprisonnement et de quarante huit dinars d'amende, quiconque se sera, sciemment, rendu coupable d'outrage public à la pudeur »

21 Rapport ONUSIDA, global 2016

2. LÉGISLATION RELATIVE AU TRAVAIL DU SEXE

En ce qui concerne le travail du sexe, la loi tunisienne fait une distinction entre deux formes. D'une part, elle permet et réglemente l'activité des travailleur·se·s du sexe enregistré·e·s (au ministère de l'Intérieur), d'autre part, elle criminalise les autres femmes qui exercent le travail du sexe ou ont des rapports sexuels monnayés de façon clandestine.

Les lois autorisant les maisons closes et le travail du sexe enregistré datent de 1942, et ont créé une activité réglementée et taxée dans le cadre de laquelle les femmes disposent de licences mais sont contrôlées quant aux lieux où elles travaillent, où elles vivent et où elles se rendent. En effet, la prostitution est un secteur qui relève de la compétence exclusive de l'État. C'est-à-dire qu'elle n'est considérée comme étant légale que dans le cadre restreint prévue par le ministère compétent qui est celui de l'Intérieur. Régulée par le décret du 30 avril 1942²², la définition juridique de la personne prostituée est pour le moins anachronique. Cependant, depuis la révolution de 2011, de nombreuses maisons closes ont été contraintes de fermer, et la police est incitée à ne plus délivrer de licences, ce qui a entraîné une détresse dans le secteur du travail du sexe légal.

La criminalisation des autres femmes exerçant le travail du sexe est contenue dans l'article 231 du Code pénal²³, qui interdit et punit les femmes qui « incitent à la débauche » ou « par gestes ou par paroles, s'offrent aux passants ou se livrent à la prostitution, même à titre occasionnel ». Dans la pratique, les tribunaux tunisiens utilisent les preuves d'intention de solliciter de l'argent et de sollicitation récurrente comme motifs de condamnation. Fait notable, seules les femmes sont visées par l'arrestation et les poursuites pour prostitution.

En 2016, une loi sur la traite des êtres humains a été adoptée, questionnant de fait l'arrêté régissant la prostitution, notamment dans son article 7 sur l'exploitation sexuelle, qui stipule que « l'obtention d'avantages de quelque nature que ce soit en livrant une personne à la prostitution ou tout autre type de services sexuels notamment, son exploitation dans des scènes pornographiques, à travers la production ou la détention ou la distribution, par quelconque moyen, de scènes ou matériels pornographiques »²⁴.

Cet article a une conséquence directe sur le décret de loi autorisant le travail du sexe légal, le rendant dès lors caduque. La contrepartie est le risque d'amplification du travail de sexe clandestin, et toutes les conséquences que cela induit, notamment sur l'accès aux services de prévention.

Certaines travailleuses du sexe se trouvent confrontées à des refus de l'interruption volontaire de la grossesse au moment où la loi le permet pour toutes les femmes tunisiennes : dans certains établissements sanitaires, les TS subissent plusieurs formes de discrimination les empêchant d'accéder à ce service. Les alinéas 3, 4 et 5 de l'article 214 du Code Pénal tunisien organisent en effet le régime juridique des interruptions de grossesses. L'interruption artificielle de la grossesse est autorisée lorsqu'elle intervient dans les trois premiers mois dans un établissement hospitalier ou sanitaire ou dans une clinique autorisée, par un médecin exerçant légalement sa profession. Postérieurement aux trois mois, l'interruption de grossesse peut également être pratiquée, lorsque la santé de la mère ou son équilibre psychique risquent d'être compromis par la continuation de la grossesse ou encore lorsque l'enfant à naître risquerait de souffrir d'une maladie ou d'une infirmité grave. Dans ce cas, elle doit intervenir dans un établissement agréé à cet effet. L'interruption visée à l'alinéa précédent doit avoir lieu sur présentation d'un rapport du médecin traitant au médecin devant effectuer ladite interruption²⁵.

3. LOIS RELATIVES AUX DROGUES ET À LA CONSOMMATION DE DROGUES

Le Code Pénal tunisien condamne, à travers la loi 52 promulguée le 18 mai 1992²⁶, l'usage des drogues. Cette loi prévoit aux infractions de détention, usage et commerce des substances toxicomanogènes un traitement qui déroge aux règles admises pour l'ensemble des infractions pénales. En effet, des dispositions spéciales

22 « Femme qui s'offre contre rémunération ; celle qui fréquente d'autres prostituées, des proxénètes masculins ou féminins ; celle qui provoque par gestes obscènes, qui erre sur la voie publique ; celle qui fréquente les hôtels, les boîtes de nuit, les débits de boisson, les salles de spectacle ; celle qui d'âge inférieur à 50 ans fait partie du personnel domestique d'une maison de prostitution. »

23 Article 231 - (Abrogé par le décret du 26 mai 1949 et ajouté par la loi n°64-34 du 2 juillet 1964 et modifié par la loi n°68-1 du 8 mars 1968) « Hors les cas prévus par les règlements en vigueur, les femmes qui, par gestes ou par paroles, s'offrent aux passants ou se livrent à la prostitution, même à titre occasionnel, sont punies de 6 mois à 2 ans d'emprisonnement, et de 20 à 200 dinars d'amende ».

24 Loi organique n°2016-61 du 3 août 2016, relative à la prévention et la lutte contre la traite des personnes

25 Loi 214 du Code Pénal

26 <https://legislation-securite.tn/fr/node/44463>

et des sanctions spécifiques sont prévues par la loi pour les produits psychoactifs. Dans ce même texte de loi, le législateur établit la liste des produits considérés comme stupéfiants, maintient les sanctions vis-à-vis des consommateurs et des détenteurs pour usage personnel (art.4), introduit la sanction de la seule fréquentation des lieux de consommation (art.8) ; et en dernier lieu, confirme l'interdiction du bénéfice des circonstances atténuantes au profit des « contrevenants » en matière de stupéfiants (art.12).

Le chapitre IV de cette même loi fournit une voie légale en vue du traitement de la toxicomanie, selon laquelle une personne peut notifier volontairement un centre public de santé son addiction et son besoin de traitement sans crainte de poursuites. Les auteurs d'une première infraction liée aux stupéfiants peuvent être orientés vers un traitement de leur toxicomanie au lieu d'être condamnés et emprisonnés. Cependant, les différents amendements à cette loi en 1995, 1998, 2008 et 2017 définissent des peines d'emprisonnement et des amendes pour quiconque est reconnu coupable de « consommer ou posséder » des stupéfiants ou de « se rendre sciemment dans un lieu aménagé et équipé pour la consommation de stupéfiants ». Les personnes reconnues coupables de consommation ou de possession de drogues, ou de se trouver dans un lieu destiné à la consommation de drogues peuvent également se voir interdire de travailler dans l'administration publique, d'obtenir un passeport ou de se rendre à l'étranger²⁷.

En décembre 2015, 28% de la population carcérale totale de Tunisie, soit près de 7 500 personnes (7 350 hommes et 150 femmes), devaient leur détention à des infractions liées aux drogues. En avril 2017, le Parlement tunisien a adopté un amendement à la loi 52 qui permet aux magistrats de tenir compte de circonstances atténuantes dans leurs jugements, et ce faisant, d'éviter l'emprisonnement dans certains cas. En conséquence, les médias ont signalé un recul important du nombre de prisonniers, d'environ 25 000 à quelque 20 000 personnes en quelques mois seulement . Toutefois, des milliers de personnes continuent d'être incarcérées.

27 Evaluation de référence, Tunisie « Intensification des programmes destinés à lever les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH », APMG Health/Fonds Mondial, Mai 2018

L'accès aux services pour les PVVIH et les populations clés

1. PRÉVENTION :

Dans le contexte tunisien, et comme inscrit dans le PSN 2018-2022, l'incidence du VIH dans la population générale s'est stabilisée depuis début des années 1990. Toutefois, les populations clés continuent de faire face à une prévalence élevée du VIH, ce qui a une influence sur la dynamique de l'épidémie du VIH. Cependant, et malgré les progrès observés en termes d'accès aux soins, il reste encore beaucoup à faire en matière de qualité de prise en charge et de la prévention combinée qui, aujourd'hui, ne sont pas régies par une norme nationale, engendrant de fait des pratiques disparates et questionnant son efficacité et son impact en termes de réduction des nouvelles infections parmi les populations clés²⁸.

Au cours des deux dernières années, l'application des politiques de riposte au VIH a été confrontée à de fréquentes ruptures de stock de kits de prévention (seringues, préservatifs et gels lubrifiants) et à un manque de services spécialisés pour les groupes clés, en particulier hors du grand Tunis. Or, les efforts de prévention ne peuvent réussir sans accès garanti, continu et abordable aux préservatifs et aux gels lubrifiants. Les personnes rencontrées lors des focus-group organisés dans le cadre de cette étude ont exprimé une série de besoins en matière de prévention du VIH, révélant un réel *gap* entre le PSN 2018-2022 et les besoins existants. Par ailleurs, il est à noter que les services de prévention du VIH et des IST sont aujourd'hui concentrés dans les zones urbaines, la majorité des services pour les HSH, TS et UDI étant fournie par des associations basées sur le grand Tunis, ce qui limite l'accès aux services hors de la capitale. Une réalité confirmée lors des focus-groups : selon les participants, la distance géographique, mais également la présence de personnes du même quartier parfois de la même famille dans les centres de soin (peur de la divulgation de l'orientation sexuelle et des pratiques), constituent de véritables obstacles à l'accès aux services.

Par ailleurs, l'enquête sérocomportementale réalisée auprès des UDI²⁹ a mis en évidence que la couverture par les actions de prévention est très faible (6,4%). Le niveau de connaissances du VIH au sein de ce groupe à risque est

loin d'être satisfaisant, notamment sur les modes de transmission (14%). Néanmoins, la majorité des UDI (87,5%) connaît le mode de transmission à travers l'utilisation de matériel d'injection déjà utilisé. En l'absence de stratégie nationale de réduction des risques, la distribution des seringues auprès des UDI par les associations contribue à la baisse de la transmission du VIH et des hépatites virales dans cette population. Toutefois, et d'une manière générale, il a été constaté que les interventions basées sur les programmes de modification des comportements n'ont pas entraîné de modifications substantielles des comportements à risque à moyen terme, ni surtout d'impact sur la progression de l'épidémie.

La stigmatisation et la discrimination, couplées à des politiques insuffisantes de dissémination, la pénalisation des rapports sexuels entre personnes de même sexe, de la consommation de drogues et du travail de sexe, la coordination inadéquate avec les forces de l'ordre et les ruptures de stock de lubrifiants sont autant d'obstacles à une prévention efficace auxquels se trouvent aujourd'hui confrontées les populations clés en Tunisie.

Recommandations

- Le dépistage communautaire pour atteindre les populations difficiles d'accès (en marge du système de santé) ou des populations clés, pourrait être mis en œuvre pour améliorer le dépistage des cas VIH positif, à partir d'une étude de faisabilité en vue de la généralisation. (Formation et accréditation)³⁰
- L'accompagnement et le référencement des personnes dépistées positives au VIH vers un service de prise en charge pour confirmation du test et démarrage de la prise en charge et de l'accès aux ARV. Cet accompagnement (soutien psychologique et social, prévention secondaire, counseling...) peut contribuer à réduire le nombre de perdus de vue entre le dépistage et la prise en charge.
- Extension de la stratégie PTME vers d'autres régions en vue d'atteindre le pourcentage de 100% de femmes enceintes pouvant bénéficier du test de dépistage.

28 PSN 2018-2022

29 Enquête auprès des UDI, réalisé par ATL Tunis, Dr Bouguerra 2018

30 PSN Tunisie 2018-2022

2. DÉPISTAGE

En Tunisie, le dépistage du VIH et des hépatites virales est réglementé par plusieurs circulaires, initiales et actualisées, qui précisent les dispositions nécessaires et les instructions à suivre :

- Les circulaires 43/1988, 49/2005 et 32/2015 organisent la prévention de la transmission des agents pathogènes suite aux dons de sang et d'organes et recommandent la pratique systématique chez tout donneur des tests suivants : VDRL-TPHA, antigène HBs, sérologie hépatite C et sérologie VIH. Toute sérologie VIH positive doit être confirmée par Western Blot et toute unité de sang trouvée positive vis-à-vis d'un marqueur infectieux doit être détruite par incinération. Dans le cadre du dépistage volontaire, la circulaire 6/1999 précise que la stratégie 2018-2022 du Programme National de Lutte contre le Sida recommande de confirmer obligatoirement un résultat positif à l'Elisa par un Western Blot.
- Le caractère anonyme et volontaire du test VIH dans les CCDAG est fixé par la loi 12/2007 (article 10 bis) qui stipule que le dépistage anonyme peut être effectué de façon volontaire par toute personne dans des centres et établissements sanitaires fixés par arrêté du ministère de la Santé³¹.
- La circulaire 104/2010 recommande de proposer systématiquement le test VIH pour toute personne atteinte de tuberculose.
- La circulaire 58/96 informe sur les modalités du certificat prénuptial et précise les examens complémentaires à pratiquer incluant la sérologie VIH : « *Il est recommandé aux médecins d'établir un certificat médical prénuptial après un interrogatoire, un examen clinique et la pratique d'examens complémentaires incluant un groupe sanguin, une sérologie hépatite virale B et C, une radiographie de thorax et autres examens si nécessaire (y compris une proposition de sérologie VIH)* ».

Le dépistage volontaire est actuellement offert dans 25 CCDAG de façon anonyme et gratuite. Le test est réalisé par un personnel médical ou paramédical formé. Toutefois, l'impact de ce dépistage reste quantitativement et qualitativement modéré avec une moyenne de 1,18 test/1000 habitants, un taux de positivité de 0,69% et une attractivité faible pour les populations clés (< 10% des clients)³² en raison d'absence de promotion des services dépistage et l'introduction officielle du dépistage communautaire. En cas de positivité du test VIH,

la stratégie actuelle recommande l'orientation vers l'un des quatre services de prise en charge et la confirmation du résultat positif du TRD par un Western Blot. Toutefois, l'orientation du client vers ces centres peut poser des problèmes en raison du manque de coordination entre les centres de dépistage et les services de prise en charge et de l'absence d'un mécanisme d'orientation clairement établi.

Par ailleurs, les récentes recommandations de l'OMS³³ préconisent le dépistage du VIH par des prestataires communautaires³⁴. En Tunisie, le dépistage communautaire n'est pas encore institutionnalisé. Toutefois, et depuis quelques années, certaines ONG exercent cette activité dans certains centres à bas seuil et dans certains CCDAG agréés comme activité « in situ » à l'intérieur du centre ou « extra-muros » à l'extérieur du centre. L'actuelle stratégie nationale de dépistage du VIH encourage les ONG à développer un partenariat avec les CCDAG existants dans le but d'améliorer la qualité des services de dépistage offert et de mieux cibler les populations clés et vulnérables.

L'attribution d'un rôle plus important à des prestataires communautaires formés rentre dans le cadre de partage ou de la redistribution des tâches entre les prestataires de service de santé visent à rendre certaines interventions de prévention plus accessibles et acceptables. La disponibilité récente d'unités mobiles a permis à certaines associations d'organiser des campagnes de dépistage mobile ciblant les populations clés.

Malgré l'élargissement de l'offre du dépistage volontaire, plusieurs opportunités manquées persistent, particulièrement dans les structures de santé et dans les cabinets médicaux, du fait de l'échec des soignants à identifier les personnes exposées au risque du VIH (risque non mentionné par le client et sous-estimé par le soignant) ou les symptômes évocateurs de l'infection VIH. Les populations clés notamment continuent à faire face à plusieurs obstacles socioculturels et juridiques tels que le rejet social, familial et professionnel, la stigmatisation et discrimination en milieu de soins, la pénalisation, la privation des droits élémentaires, ce qui les rend plus vulnérables au VIH et limite leur accès au dépistage, comme le montre la faible proportion des personnes testées au VIH et ayant reçu le résultat du test qui est de l'ordre de 40% pour les HSH, 16% pour les UDI et 8% pour les TS³⁵. Les femmes sont doublement stigmatisées et exposées à de

31 Circulaire 104/2010, ministère de la santé, JORT_2010

32 Guide sur le dépistage communautaire, ATL MST Sida, Tunis, Pr M.Chakroun, Avril 2019

33 Note d'information L'OMS préconise le dépistage du VIH par des prestataires communautaires, publiée Mars 2016

34 Cela concerne ici des prestataires de services ayant reçu une formation leur permettant d'utiliser les tests rapides, de délivrer de manière autonome des services sûrs et efficaces de dépistage du VIH mais n'ayant obtenu aucun certificat professionnel ou para-professionnel formel ou aucun diplôme du troisième cycle. Ces prestataires peuvent être des pair-éducateurs, des personnes vivant avec le VIH, des membres des populations clés, des membres associatifs ou des volontaires.

multiples violences (familiales, conjugales, etc.). Les adolescent(e)s sont également de plus en plus marginalisé(e)s, du fait des législations et des politiques liées à l'âge (les mineurs doivent être accompagnés par leur tuteur pour le dépistage du VIH) qui limitent fortement leur accès aux services.

Il apparaît nécessaire de renforcer l'offre de conseil et de dépistage aux populations clés à travers la diversification des interventions, notamment les campagnes mobiles, le dépistage communautaire réalisé par les associations, la proposition systématique du dépistage durant les interventions de prévention, l'amélioration de la qualité des services dans les CCDAG et le renforcement des capacités des éducateurs pairs. Un meilleur ciblage populationnel et géographique dans les services de santé et en communauté permettrait de dépister plus de personnes, en particulier dans les milieux les plus exposés, tels que les populations clés (UDI, HSH, TS, personnes détenues et populations migrantes).

Le PSN 2018–2022 identifie des indicateurs pour suivre les résultats de tous les services de prévention combinée incluant le dépistage auprès des trois populations à risque mais n'identifie pas de mécanismes pour promouvoir une approche communautaire décentralisée, les programmes de conseils et dépistage communautaire du VIH inclus.

CONSTAT

Les politiques n'identifient pas de mécanismes impliquant les HSH, les TS et les UDI dans la conception de protocoles dépistage ou de suivi de l'évaluation, bien qu'elles identifient les HSH, les TS et les UDI comme étant des groupes vulnérables auxquels les prestataires devraient offrir des CDV.

3. TRAITEMENT ET SOINS

3.1. DISPOSITIONS NATIONALES

Actuellement la prescription des TARV est réalisée en prenant en compte le seuil des 500 CD4/mm³, bien que certains prescripteurs aient adopté le « Traitement pour Tous » promu dans les recommandations de l'OMS³⁶.

La politique tunisienne en matière de prise en charge des PVVIH garantit par ailleurs l'accès gratuit aux ARV depuis 2000, mais ne mentionne pas spécifiquement les HSH, les TS ni les UDI.

Il est à noter par ailleurs l'absence d'une stratégie nationale de récupération des perdus de vue sous TARV, le manque de données nationales actualisées sur la résistance, l'intermittence de la disponibilité des tests de résistance, et les prix élevés des ARV, notamment de troisième ligne, en raison pour partie de la dévaluation du dolutégravir³⁷ (DT).

3.2. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

Dans le secteur de la santé publique, les Centres de Santé de Base (CSB), au nombre de 2123 en 2015³⁸ sont répartis sur l'ensemble du pays, soit 1 CSB pour 5 000 habitants environ. Mais cette moyenne nationale cache une grande disparité : la grande majorité des CSB des zones rurales n'offrent en effet qu'une consultation médicale par semaine, et dans la moitié des gouvernorats, la proportion de CSB offrant une consultation médicale 6 jours par semaine est inférieure à 18%³⁹. Dans les grandes agglomérations urbaines, les CSB offrent une plage horaire d'activité réduite aux matinées. Ainsi la relative bonne couverture géographique du pays par les CSB est très limitée. Cette situation pénalise fortement les habitants de ces régions affectés par la pauvreté et l'insuffisance des infrastructures publiques, engendre des retards au recours aux soins préjudiciables, oblige au recours à des structures de soins privées aux tarifs élevés (et sans remboursement), et contribue à l'augmentation de l'affluence et à l'encombrement dans les hôpitaux⁴⁰.

La couverture géographique de la prise en charge des PVVIH est par ailleurs très limitée. En effet, il existe seulement quatre centres de prise en charge sur le territoire tunisien (Tunis, Sousse, Monastir, Sfax), laissant toute la partie Ouest du pays sans couverture et obligeant de nombreux PVVIH à se déplacer. Or, les frais de transport élevés pour se rendre dans l'un de ces centres constituent un véritable frein à l'accès à ces soins, et donc à l'observance des patients.

35 Guide sur le dépistage communautaire, ATL MST Sida, Tunis, Pr M.Chakroun, Avril 2019

36 Selon les dernières recommandations de l'OMS, l'éligibilité aux ARV est assurée pour tous et n'exclut aucune personne à cause des problèmes en rapport avec la consommation de drogues.

37 Le dolutégravir est un inhibiteur de l'intégrase du VIH commercialisé sous le nom de Tivicay

38 Carte sanitaire de la première ligne – 2015

39 Rapport « Le droit à la santé en Tunisie », Association de droit à la santé, octobre 2016

40 Ibid

3.3. ACCÈS AUX TRAITEMENTS POUR LES PVVIH

En ce qui concerne la perception de la qualité relationnelle du médecin, celle-ci semble favorable pour l'ensemble des PVVIH interrogés lors des focus group, la stigmatisation apparaissant plutôt comme le fait du personnel administratif et agents paramédicaux. En effet, la seule étude réalisée en Tunisie sur l'observance aux ARV⁴¹ a montré que 56% des PVVIH interrogés considèrent que les médecins prennent le temps d'écouter, 51,5% pensent qu'ils donnent des réponses claires et précises et 51,5% qu'ils connaissent les besoins de leurs patients.

Dans cette même étude, la rupture de médicaments (64%) est identifiée comme étant le premier obstacle à l'observance thérapeutique. Les effets secondaires des médicaments (39%) suivi de l'absence de moyen financiers (36%) sont mentionnés par plus d'un tiers des répondants. Un peu plus du quart de l'échantillon mettent en cause les relations tendues avec le milieu hospitalier (26%). D'autres obstacles en rapport avec le vécu de l'expérience tels que le sentiment de perte de l'espoir (21%), la colère de vivre avec la maladie (20%) rejoignent environ le cinquième des personnes interrogées. Dans une moindre proportion, on retrouve le rythme de travail (15%), les horaires de travail (9%), un entourage non informé (6%), le rejet des autres (4,5%), un sentiment de honte (4,5%).

Les conditions d'accès aux traitements et d'observance thérapeutique ne sont pas les mêmes pour tous. Un des participants aux focus group organisés dans le cadre de la présente étude expliquait que la seule fois où il a arrêté son traitement était lorsqu'il était emprisonné, décrivant les prisons comme des lieux de grande vulnérabilité pour les détenus en termes de négligence de toutes les règles de soins : « Je suis rentré en prison pour une peine d'emprisonnement et ce n'est qu'au bout de quatre moi que j'ai eu mon traitement malgré mes appels répétés ». En effet, comparativement à ce qui se passe aujourd'hui dans la population générale, les personnes détenues répondant aux critères d'éligibilité au traitement antirétroviral (ARV) ont un temps d'attente relativement long en prison avant de pouvoir bénéficier du traitement. Ceci est notamment dû à l'absence de stratégie nationale de prise en charge des PVVIH dans le milieu carcéral : le PSN 2018-2022 ne prévoit par

exemple aucune action au-delà de la prévention et du dépistage des personnes détenues. Pour les détenus séropositifs, vivre avec le VIH en prison constitue donc une double peine, notamment en raison de la forte discrimination de la part des gardiens qui ne veulent même pas les démenotter. Leur situation est préoccupante car non seulement ils sont discriminés, mais l'accès au traitement, aux soins et à une alimentation adéquate sont compromis.

4. STIGMATISATIONS, DISCRIMINATIONS, VIOLENCES

La stigmatisation, la discrimination et les violences physiques et/ou sexuelles sont aujourd'hui les obstacles les plus importants à la prévention et à l'accès aux soins pour les populations clés ciblées par cette étude.

Selon les personnes interrogées qui ont déclaré avoir subi une violence physique en raison de leur orientation sexuelle, les auteurs de cette violence sont essentiellement des inconnus (48,7%). Mais ce peut être également des membres de la familles (51,2%), des partenaires sexuels (25,6%), des agents de police (19,3%), des pairs (16,3%), des amis (15,9%), des collègues (6,4%). Les agresseurs profitent de la peur des agressés de les dénoncer risquant ainsi que leur orientation sexuelle ne soit découverte. Les HSH sont surtout victimes d'insultes publiques, de violences physiques, d'arrestations arbitraires, de viols avec objets, d'expulsions du domicile familial. Parmi les UDI de sexe féminin interrogées dans une enquête réalisée en 2018 par ATL Tunis⁴², 80% d'entre elles ont déjà subi des discriminations concernant leurs consommations des drogues injectables. Les travailleur-se-s du sexe sont souvent victimes de violences sexuelles et violences basées sur le genre (VBG). Or, la violence réduit leur capacité à négocier l'usage des préservatifs avec leurs clients et accroît donc le risque de transmission du VIH et les grossesses non désirées.

La stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH ou exposées au risque d'infection à VIH conduit à des comportements discriminatoires dans tous les secteurs de la société (de la part des fonctionnaires, policiers, professionnels de la santé, et sur le lieu de travail, dans les écoles et au sein des communautés). Cette réaction est en partie due à la méconnaissance du VIH ou au manque d'informations fiables sur les traitements notamment. Les femmes PVVIH subissent

41 Etude sur l'observance aux ARV en Tunisie, ATL tunis, Atf ghrissi, 2014

42 Enquête auprès des UDI, réalisé par ATL Tunis, Dr Bouguerra 2018

notamment une double discrimination, limitant de fait leur accès aux services publics de santé et les obligeant à consulter dans des établissements sanitaires privés dont les coûts sont très élevés, ce qui a tendance à accentuer leur précarisation. La discrimination et la stigmatisation qui accompagnent le VIH affectent aussi grandement la capacité des PVVIH à trouver et à conserver un travail. Même les PVVIH qui gardent leur emploi peuvent subir une forte discrimination sur leur lieu de travail. La vulnérabilité des femmes est aggravée par le caractère souvent informel de leur travail, qui implique qu'elles ne sont pas rémunérées lorsqu'elles sont malades ou si des membres de leurs familles sont malades et ont besoin de soins.

Résultats des Focus-groups

1. USAGER·ÈRE·S DE DROGUES PAR VOIE INJECTABLE (UDI)

Les UDI rencontrés dans le cadre de cette étude ont une moyenne d'âge de 30 ans. Presque tous déscolarisés, parfois même avant 16 ans, sans activité professionnelle, ils vivent pour la plupart encore chez leurs parents, et sont pour la plupart issus des classes sociales les plus défavorisées, connaissant fréquemment l'exclusion sociale. Par ailleurs, la moitié des participants a déjà été emprisonné au minimum 12 mois pour usage de drogues.

Une conséquence de l'absence de services dans les établissements de soins fait en effet des prisons un refuge sanitaire pour certains UDI. Une enquête réalisée en 2018 a montré que parmi les UDI ayant séjourné en prison, 23,1% ont déclaré avoir utilisé des drogues injectables en prison⁴³. Si ce phénomène n'est pas nouveau, force est de constater qu'il est admis publiquement ces dernières années, faute d'alternatives. Malgré une possible autocensure compte-tenu du contexte carcéral, beaucoup d'UDI interrogés rapportent un usage quotidien et intensif de cannabis et de comprimés de Clonazépam⁴⁴, antiparkinsonien⁴⁵, etc., entièrement intégré à leurs modes de vie, et fortement influencés par les pratiques, les normes et les représentations sociales des usages au sein du groupe d'appartenance : « *On consomme plusieurs drogues pour se faire respecter et exister socialement* ». Certains ex-détenus rapportent que les médecins leur prescrivaient les psychotropes pour les aider à se calmer et à s'adapter aux conditions de détention.

L'observation des usages et des usagers de drogues montre qu'au cours des dernières années, parmi les usagers problématiques, la consommation de cocaïne, mais aussi d'autres stimulants tels que l'ecstasy et les amphétamines, est en progression quel que soit le mode d'usage (injectée, sniffée, fumée) tandis que celle de subutex se stabilise. Des consommations d'autres produits, notamment de cannabis, de médicaments psychotropes et d'alcool sont fréquemment associées ; les usagers de drogues sont dans leur très grande majorité des polyconsommateurs de drogues illicites et licites. En l'absence de l'opérationnalisation effective de la stratégie nationale de réduction des risques élaborée en 2011, les usagers de drogues sont aujourd'hui très peu voire pris en charge médicalement et sont livrés à eux mêmes (« *Nous faisons peur*

à l'État »⁴⁶). Seule fait exception l'initiative de l'ATL Tunis qui a ouvert en 2014 des centres de RdR dans 4 villes en Tunisie (Tunis, Nabeul, Kasserine, Gafsa) et le centre de désintoxication d'ATUPRET qui fournissent des kits d'injection et des services de prise en charge psychosociale. Sur le plan de la réduction des risques⁴⁷, les initiatives des associations se sont multipliées mais restent limitées à Tunis (dépistage et kits d'injection en absence des TSO). Ces initiatives restent aujourd'hui encore limitées par l'absence d'une politique nationale de réduction de risques et d'un cadre juridique qui protège les intervenants dans ce domaine.

2. TRAVAILLEUSES DU SEXE (TS)

La marginalité et le silence marquant le commerce du sexe, à cause, entre autres, de son illégalité, entraînent une plus grande vulnérabilité des travailleuses du sexe clandestines, occasionnelles et permanentes parfois utilisatrices de drogues, face aux infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. « *Là où le commerce du sexe est illégal, les cadres législatifs sont souvent orientés vers la pénalisation des professionnel(le)s du sexe. Dans de tel contextes, ces personnes seront moins susceptibles de chercher à bénéficier des services de santé et mèneront plus probablement leur activité clandestinement* »⁴⁸.

Les travailleuses du sexe sont soumises à un environnement extrêmement défavorable qui constitue une entrave à tout travail de prévention et un frein indéniable à l'accès aux soins. Les participantes au focus group ont fait part de leur expérience, particulièrement des rapports sexuels non consentis, des violences récurrentes, une forte stigmatisation et un harcèlement policier contraire aux lois. Cet environnement extrêmement défavorable a pour principale conséquence d'augmenter la prostitution discrète, dans des lieux moins accessibles aux services susceptibles d'offrir un accès à l'information, aux soins et à la prévention, de compliquer la négociation de l'usage du préservatif avec le client, de renforcer la vulnérabilité sanitaire et sociale des personnes et d'augmenter leur exposition aux risques d'infection. L'autre phénomène abordé lors du focus group et qui est associé au travail du sexe : l'usage de drogues. Pour certaines, la drogue et l'alcool sont deux éléments de base qui mènent progressivement les femmes au travail du sexe, pour d'autres c'est un outil nécessaire pour le métier (« *pratiquer le sexe*

43 Enquête sérocomportementale sur le VIH et les hépatites virales C auprès des usagers de drogues injectables ATIOST, 2018

44 Le clonazépam est une molécule médicamenteuse particulièrement puissante aux propriétés sédatives, hypnotiques, anxiolytiques et anticonvulsivantes, dont le risque de dépendance est très élevé

45 sont des médicaments utilisés contre la maladie de Parkinson et ses conséquences

46 Focus groupe réalisé à Gafsa auprès des UDI, étude Baseline, ATP+/FORSS, janvier 2019

47 Projet de stratégie nationale RdR, 2011-2015

48 DSSB, ATUPRET, OMS/ONUSIDA. Enquête sérocomportementale du VIH et des Hépatites virales B et C chez les travailleuses du sexe clandestines. Rapport de l'enquête, Tunis-2012

contre notre volonté »). Aux prises avec une consommation de plus en plus forte qui se transforme souvent en dépendance, les TS se tournent vers la prostitution pour obtenir rapidement l'argent dont elles ont besoin. Pour d'autres, la dépendance aux drogues est plutôt une conséquence de la prostitution. Les femmes qui éprouveraient souvent de sérieuses difficultés à se prostituer auraient recours aux drogues et à l'alcool pour dépasser leur dégoût.

Les services de soins offrent des prestations non adaptées aux besoins spécifiques des TS d'ailleurs, une demande accrue d'une prise en charge psychologique et d'une aide légale a été reformulé par l'ensemble des participantes au focus group. Pour y remédier, certaines associations citées par les participantes au focus group, comme l'ATL-Tunis, ATIOST ou encore ATP+, jouent un rôle essentiel d'accompagnement et d'orientation, notamment auprès des services hospitaliers, et assurent également le dépistage du VIH.

3. HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES (HSH)

« La perception de l'homosexualité chez les personnes homosexuelles dans notre pays est taboue, est perçue comme une menace à l'identité de la collectivité mais aussi une 'auto-menace' à moi en tant que gay »⁴⁹.

En Tunisie, malgré la politique de modernisation adoptée dans beaucoup de domaines surtout dans les réformes pour les droits des femmes, depuis plusieurs décennies, certains choix de l'émancipation ne seraient pas facilement assumés. Dans ce contexte, les rapports sexuels entre hommes sont loin d'être perçus comme une affaire privée, parce que les frontières entre les libertés individuelles et l'ordre social et public demeurent floues. Aussi, les rapports sexuels entre hommes font de plus en plus l'objet d'une répréhension sociale et d'une pénalisation juridique, rajoutant à cette dernière une condamnation religieuse. Depuis 2011, l'homosexualité et la question des identités de genre sont débattues publiquement suite à la naissance des associations de défense des droits des minorités sexuelles.

Cependant, ce militantisme récent, très ambitieux mais très peu organisé et coordonné, laisse les HSH dans les régions (hors Tunis) livrés à eux/elles même sans aucune couverture à l'exception d'une présence modeste de quelques éducateurs pairs agissant dans le domaine de prévention du VIH. Les HSH

participant au focus group et qui résident à Mahdia et à Monastir refusent de se faire soigner dans les établissements publics car perçus comme des milieux homophobes résultant d'un système de représentations de la société qui hiérarchise les genres et les orientations sexuelles.

49 Focus groupe auprès des HSH, services des MI, Monastir

Conclusion et recommandations

1. CONCLUSION

Cette étude *baseline* est une première consolidation des données disponibles en Tunisie, en analysant d'une part les documents stratégiques nationaux et présentant d'autre part une évaluation des besoins des PVVIH et populations clés cibles du Programme FORSS. Un certain nombre de résultats présentés dans la présente étude confirment ceux figurant dans les rapports des enquêtes nationales biocomportementales réalisées auprès des trois populations clés. D'autres résultats émergent cependant de ce rapport, notamment concernant les barrières à leur accès aux services.

Les informations générées par cette étude indiquent qu'il existe beaucoup de défis. La communication est la clé du changement de comportement. Le PSN devrait déployer des ressources pour améliorer le système de communication et s'allier à des partenaires qui ont des avantages comparatifs dans ce domaine. Mais également beaucoup d'opportunités que l'équipe du projet FORSS devrait exploiter pendant la mise en œuvre du projet. En général, la présente étude a confirmé que plusieurs (mais pas toutes) hypothèses du cadre des résultats du Projet restent à considérer. Les atteintes et les violations des droits de base des populations clés sont une évidence et étroitement liés au contexte socio-légal.

Toutes les informations fournies par ici doivent servir de point de départ afin d'améliorer des stratégies, orienter les activités, mesurer et évaluer les impacts du projet dans le temps.

2. RECOMMANDATIONS

Bien qu'un certain nombre de stratégies continuent à faire défaut, et que la dissémination des politiques reste difficile, le niveau actuel de soutien du gouvernement et des bailleurs internationaux présente de nouvelles opportunités de combler des lacunes programmatiques et de concevoir des mécanismes efficaces pour soutenir l'application et le respect des stratégies nationales et internationales liées au VIH.

Les recommandations suivantes peuvent aider à répondre et à surmonter les obstacles à l'application des politiques nationales dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida :

- Renforcer la coordination entre le PNLS, le CNLS, les ministères et les agences du gouvernement, en particulier en concevant et disséminant des stratégies qui répondent aux besoins réels des TS, des HSH, des UDI et des PvVIH ;
- Disséminer à grande échelle le nouveau cadre politique pour les populations clés et allouer des ressources adéquates pour son application ;
- Assurer la prévention combinée dans toutes les villes de Tunisie ;
- Introduire la Prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour les populations clés ;
- Améliorer l'approvisionnement en kits de prévention ;
- Opérationnaliser le projet de stratégie nationale de réduction de risques :
 - o Distribution d'aiguilles et de seringues.
 - o Thérapie de substitution aux opioïdes (TSO).
 - o Améliorer la couverture par les prestations de réduction des risques.
 - o Diversifier et rapprocher les prestations des services de prévention du VIH/HVC aux UDI
- Développer des campagnes d'information, d'éducation et de communication visant les intervenants œuvrant dans le domaine de la santé, de l'enseignement et des médias en vue de lutter contre la discrimination et la stigmatisation à l'égard des populations clés et PvVIH ;
- Concevoir une politique carcérale qui inclut l'accès des prisonniers à tous les services pour le VIH ;
- Établir des mécanismes formels pour documenter toutes les violations et prévenir toutes formes de discrimination et stigmatisation ;
- Former les professionnels des médias en vue de les sensibiliser sur les populations clés et PvVIH ;
- Créer des structures de prise en charge médicale et psycho-sociale spécialisées dans les soins et le suivi des populations clés et PvVIH ;

- Garantir un meilleur accès des populations clés et PVVIH aux services de prévention et de prise en charge des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida et les hépatites, notamment en :
 - o luttant contre la stigmatisation à l'égard des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de la part des agents de santé et des médias ;
 - o promouvant le test de dépistage du VIH/sida gratuit et anonyme ;
 - o promouvant le diagnostic, la prise en charge et la vaccination contre les hépatites virales ;
- Promouvoir l'esprit communautaire
- Installer des centres d'injection supervisée.
- Le développement des interventions pour la réduction des risques notamment le traitement de substitution aux opiacés (TSO) pour les UDI, le dépistage des hépatites surtout chez les UDI
- Renforcement de la prévention combinée : priorité sur les populations clés, et développement de l'approche différenciée de la prévention pour les adolescents et jeunes, ainsi que les autres populations vulnérables identifiées dans l'analyse de la situation épidémiologique ;
- Amélioration de la qualité de l'offre de PEC, renforcement de la qualité des soins (assurance qualité) et organisation du continuum de soins pour les PVVIH
- Repenser le cadre institutionnel de la réponse et l'autorité de coordination nationale
- Renforcement du système de gestion des achats et des approvisionnements
- Renforcement des systèmes de collecte de l'information sanitaire et de la capacité d'analyse des données
- Renforcement du système communautaire pour participer encore plus à la mise en œuvre du PSN
- Contribuer à lever les barrières liées aux droits humains et renforcer⁵⁰ l'amélioration de l'environnement socio-juridique en direction des populations clés

Bibliographie

DSSB, ATIOST, ONUSIDA. *Enquête sérocomportementale du VIH et des Hépatites virales C chez les usagers de drogues injectables dans la région de Tunis et Bizerte.* Rapport de l'enquête, Tunis, 2018.

ATL TUNIS, UNODC ONUSIDA. *Enquête sérocomportementale du VIH et des Hépatites virales C chez les usagers de drogues injectables dans la région de Nabeul, Kasserine et Gafsa.* Rapport de l'enquête, Tunis, 2018

ATL MST/SIDA TUNIS, ONUSIDA. *Enquête sérocomportementale du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.* Rapport de l'enquête, Tunis, 2018.

DSSB, ATL MST/SIDA SECTION DE TUNIS, ONUSIDA. *Enquête sérocomportementale du VIH et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.* Rapport de l'enquête, Tunis, 2011.

DSSB, ATUPRET, ONUSIDA. *Enquête sérocomportementale du VIH chez les travailleuses du sexe clandestines.* Rapport de l'enquête, Tunis, 2014

DSSB, ATUPRET, OMS/ONUSIDA. *Enquête sérocomportementale du VIH et des Hépatites virales B et C chez les travailleuses du sexe clandestines.* Rapport de l'enquête, Tunis, 2009.

DSSB. *Plan Stratégique National de la riposte au VIH/sida et aux IST (2018-2022) en Tunisie,* Tunis, 2017

Ministère de la Santé - Direction des études et de la planification, Sous-direction des statistiques, Carte sanitaire de la première ligne – 2015

Ministère de la Justice, ONU Femmes et le Centre pour le Contrôle Démocratique des Forces Armées – Genève (DCAF), « La place du genre dans la réforme du système pénitentiaire tunisien », Rapport de l'atelier-débat, mai 2014

Ministère de la Santé Publique 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, Tunis, 2014

Ministère de la Santé Publique, UNFPA, *Revue des programmes nationaux de santé ciblant les adolescents et les jeunes en Tunisie,* 2017

i Burts, 2016

ii

iii Human Rights Watch. Rapport mondial : Tunisie

iv Fortier. Transition and Marginalization: Locating Spaces for Discursive Contestation in Post-Revolution Tunisia. 2015

v Need cite.

FORSS

Conception graphique Anthony Bornachot

