

Tunisie – Transition VIH

**Préparation à la transition dans le cadre de la pérennité, transition et
cofinancement
des programmes soutenus par le Fonds Mondial en Tunisie**

PLAN D'ACTION DE PREPARATION A LA TRANSITION DU FINANCEMENT DE LA RIPOSTE AU VIH EN TUNISIE

30 Septembre 2021



Table des matières

| | | |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | Introduction et méthodologie | 8 |
| 1.1 | Méthodologie : une approche en trois phases | 9 |
| 1.1.1 | Identification des principaux risques et recommandations préliminaires | 10 |
| 1.1.2 | Développement du plan de préparation à la transition | 10 |
| 1.2 | Domaines d'analyse | 10 |
| 1.2.1 | Environnement politique, juridique et gouvernance | 11 |
| 1.2.2 | Prestations de services, populations clés et OCS | 11 |
| 1.2.3 | Approvisionnement en produits de santé | 11 |
| 1.2.4 | Financement de la lutte contre le VIH | 12 |
| 2 | Contexte épidémiologique et riposte nationale | 12 |
| 2.1 | Principaux éléments la situation épidémiologique du VIH parmi les populations clés et en contexte de vulnérabilité en Tunisie | 12 |
| 2.1.1 | Situation des populations clés | 13 |
| 2.1.2 | Situation des populations vulnérables | 14 |
| 2.2 | La riposte nationale et ses performances | 15 |
| 2.2.1 | Organisation de la lutte contre le VIH | 15 |
| 2.2.2 | La politique nationale de riposte au VIH | 17 |
| 2.2.3 | La prise en charge des personnes vivants avec le VIH | 17 |
| 2.2.4 | Les performances globales de lutte contre le VIH | 18 |
| 3 | Tendances et défis du financement du VIH par rapport à la transition et à la pérennité de la riposte nationale | 21 |
| 3.1 | Financement par l'Etat Tunisien | 21 |
| 3.2 | Financement par le Fonds mondial | 22 |
| 3.3 | Financement des OSC | 25 |
| 3.4 | Paysage global de Financement, estimation pour l'année 2020 | 27 |
| 4 | Etat de la préparation à la transition, enjeux actuels et vulnérabilités | 29 |
| 4.1 | Contexte politique entravant la prise de décision | 30 |
| 4.2 | Un contexte économique et sanitaire fortement dégradé | 30 |
| 4.3 | Impact de la pandémie de la COVID 19 | 31 |
| 4.4 | L'environnement social et le cadre juridique : La stigmatisation et la discrimination persistent | 33 |
| 4.5 | Les faiblesses des mécanismes de coordination institutionnelle officielle | 34 |
| 4.6 | La faible capacité de gestion financière, de suivi et de d'évaluation | 35 |
| 4.7 | ONG très actives mais dépendantes | 35 |

| | | |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.8 | L'inadéquation des mécanismes approvisionnement des produits de santé | 37 |
| 4.9 | Points de vue des parties prenantes sur les enjeux et le processus de préparation à la transition | 39 |
| 5 | Vision et objectifs et principaux domaines du plan de préparation à la Transition..... | 40 |
| 5.1 | Liste des risques par rapport à la transition | 40 |
| 5.1.1 | Environnement politique, juridique et gouvernance | 41 |
| 5.1.2 | Prestation des services, populations clés et OSC..... | 42 |
| 5.1.3 | Financement de la lutte contre le VIH | 43 |
| 5.1.4 | Approvisionnement en produits de santé | 44 |
| 5.2 | Vision de la transition | 45 |
| 5.3 | Matrice Des Recommandations..... | 46 |
| 6 | Prochaines étapes de mise en œuvre du plan de préparation à la transition | 53 |
| 6.1 | Finalisation, adoption et mise en œuvre du plan de préparation à la transition | 53 |
| 6.2 | Les 10 priorités absolues pour les 18 premiers mois de mise en œuvre du plan de préparation à la transition pourraient être les suivantes : | 53 |
| 6.3 | Etudes et recherches opérationnelles | 54 |
| 7 | Annexes..... | 55 |
| Annexe 1. | Liste des personnes consultées lors des entretiens et/ou ateliers | 55 |
| Annexe 2. | Note sur le groupe de travail sur la préparation à la transition..... | 57 |
| Annexe 3. | Note méthodologique sur l'estimation des dépenses et financements de la riposte nationale VIH pour 2020 | 58 |
| Annexe 4. | Liste des principaux documents consultés | 60 |
| Annexe 5. | Données macro-économique sur la Tunisie..... | 61 |
| Annexe 6. | Liste des médicaments ARV approvisionnés et leur prix historique | 62 |
| Annexe 7. | Analyse des risques selon les réponses aux questionnaires | 64 |
| Annexe 8. | Plan de préparation à la transition : format Excel (voir fichier attaché)..... | 65 |

Liste des tableaux

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Tableau 1: Evolution des données de prévalence parmi les populations clés de 2011 à 2018 | 13 |
| Tableau 2: Evolution des indicateurs de performance..... | 19 |
| Tableau 3: Détail des financements par le FM de la riposte contre le VIH | 23 |
| Tableau 4: Répartition des financements entre le PR et les SR des différentes subventions..... | 24 |
| Tableau 5: Répartition des budgets par SR et par subvention en % | 24 |
| Tableau 6: Répartition du budget de la subvention NFM2 entre ONG et OG – retraité..... | 25 |
| Tableau 7: Fiche de résumé des ONG SR de la subvention Fonds mondial | 26 |
| Tableau 8: Sources de Financement des ONG pour leurs activités VIH en % (année 2020)..... | 26 |
| Tableau 9: Financement de la lutte contre le VIH par les ONG pour l'année 2020 | 27 |
| Tableau 11: Dépenses domestiques de lutte contre le VIH par domaine d'intervention estimées et réaffectées - 2020..... | 28 |
| Tableau 12: budget du Fonds mondial pour la lutte contre le VIH en Tunisie pour l'année 2020 et exprimé en USD | 28 |
| Tableau 13: Paysage de financement de la lutte contre le VIH en Tunisie en 2020 – montants en USD | 29 |
| Tableau 14: Financement des produits de santé en Tunisie 2020 | 37 |
| Tableau 15: Prix des schémas thérapeutiques antirétroviraux en Tunisie (par patient par année). 2020..... | 39 38 |
| Tableau 10: Dépenses domestiques de lutte contre le VIH par domaine d'intervention et par agent de financement 2013/2020..... | 58 |
| Tableau 16: Dépenses domestiques de lutte contre le VIH par domaine..... | 59 |

Liste des graphiques

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Graphique 1: Cadre officiel d'organisation, de coordination et de gestion de la lutte contre le VIH..... | 15 |
| Graphique 2: Notes attribuées par le FM au RP depuis 2007 | 17 |
| Graphique 3: Cascade 'tester, traiter, retenir », Tunisie 2020..... | 19 |
| Graphique 4: Répartition des dépenses domestiques de la lutte contre le VIH par contribution en pourcentage et en \$US | 21 |
| Graphique 5: Répartition des dépenses domestiques par activité – 2013 | 22 |
| Graphique 6: Décaissements FM (annuels par subvention et cumulés en \$US) | 23 |
| Graphique 7: Répartition de la subvention par type d'activité..... | 25 |
| Graphique 8: Sources de financement de la riposte contre le VIH en 2020 | 28 |
| Graphique 9: Liste des risques entravant la transition du FM et la pérennisation de la lutte contre le VIH..... | 41 |

Liste des acronymes

| | |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ARV | Antirétroviraux |
| AU | Accès Universel |
| ATIOS | Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le SIDA |
| ATLMST/sida | Association Tunisienne de Lutte contre les MST et le SIDA |
| ATLMST/sida-Tunis | Association Tunisienne de Lutte contre les MST et le SIDA - Section de Tunis |
| ATUPRET | Association Tunisienne de Prévention de la Toxicomanie |
| ATSR | Association Tunisienne de la Santé de la Reproduction |
| ARV | Antirétroviraux |
| CCC | Communication pour le changement de comportement |
| CCDAG | Centre de Conseil et de Dépistage Anonyme et Gratuit |
| CCM | Country Coordinating Mechanism (Instance de coordination pays dans le cadre du Fonds Mondial) |
| CNLS | Comité National de lutte contre le SIDA |
| CNTS | Centre National de transfusion sanguine |
| CNS | Comptes Nationaux de la Santé |
| DGS | Direction Générale de la Santé Publique |
| DGSM | Direction Générale de la Santé Militaire |
| DMSU | Direction de Médecine Scolaire et Universitaire |
| DSSB | Direction des Soins de Santé de Base |
| DT | Dinar Tunisien |
| FM (GFATM) | Fonds Mondial (Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) |
| GARPR | Global Aids Response Progress Reporting |
| GTS&E | Groupe Technique pour le suivi & évaluation |
| HSH ou MSM | Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes |
| IEC | Information, Education et Communication |
| INS | Institut National des Statistiques |
| IST | Infections sexuellement transmissibles |
| MAF | Ministère des Affaires de la Femme |
| MAR | Ministère des Affaires Religieuses |
| MAS | Ministère des Affaires Sociales |
| MDO | Maladies à déclaration obligatoire |
| MOAN | Moyen Orient et Afrique du Nord |
| MS | Ministère de la Santé |
| MST | Maladies Sexuellement Transmissibles |
| ONFP | Office National de la Famille et de la Population |
| OG | Organisation gouvernementale |
| OMD | Objectifs Millénaires pour le développement |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONFP | Office National de la famille et de la Population |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| PNLS ou PLNS/MST | Programme National de Lutte contre le sida et les Maladies sexuellement transmissibles |
| PS | Professionnel(le) du Sexe |
| PSN | Plan Stratégique National |
| PTME | Prévention de la transmission mère – enfant |

| | |
|--------|----------------------------------------------------|
| PVVIH | Personne vivant avec le VIH |
| RdR | Réduction des Risques |
| TLS | Time Location Sampling : méthode d'échantillonnage |
| TS | Travailleuse de Sexe |
| UDI | Usagers de Drogues Injectable |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |

1 Introduction et méthodologie

La Tunisie a fait des progrès importants dans sa lutte contre le VIH mais les résultats restent encore bien deçà des ambitions affichées et des objectifs des plans nationaux. Le pays est connu pour avoir une politique nationale et un programme solide avec des niveaux de couverture élevés pour la PTME, les tests et le traitement. Cependant, des données récentes montrent que l'épidémie progresse dangereusement avec une augmentation des nouvelles infections et du nombre des décès concentrés essentiellement dans le Grand Tunis et les zones côtières. Pour atteindre les objectifs 90-90-90 de l'ONUSIDA et dépasser les faiblesses et limites actuelles dans les efforts et actions engagés, il est important que le pays lève certains obstacles et développe des stratégies efficaces pour atteindre un niveau de couverture plus élevé, mieux réparti et plus équitable. Cela est d'autant plus important que le financement des donateurs n'augmente pas et que le gouvernement devra assumer des parts croissantes du coût total de la riposte nationale et cela dans un contexte sanitaire, économique et social complexe et contraint.

Initier la « préparation à la transition et l'élaboration d'un plan pour la transition » sera indispensable pour d'une part permettre une transition en douceur sans impact négatif sur les services proposés et les résultats attendus de la riposte nationale et d'autre part disposer d'une feuille de route solide basée sur un consensus des principaux acteurs et d'une identification rigoureuse des principaux risques et des activités prioritaires à considérer dans une perspective de transition et de pérennité. Ce processus de préparation à la transition a été engagé dans un contexte particulier marqué par les nombreux effets négatifs induits par la pandémie de la Covid 19. Il se situe également dans le contexte de développement du nouveau Plan Stratégique National et d'une nouvelle demande de financement pour les années 2022-2024 en parallèle aux études et enquêtes pour disposer de données épidémiologiques et programmatiques actualisées et solides.

La politique du Fonds mondial (FM), initiée en 2016, stipule que tous les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, quelle que soit la charge de morbidité, et tous les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure dont la charge de morbidité est faible ou modérée, comme en Tunisie, doivent se préparer tôt et systématiquement à la réduction et la fin progressive du soutien du Fonds mondial. Dans le cadre de ce processus, le FM recommande que les pays développent une stratégie de transition et de pérennité en tant que partie intégrante du plan stratégique national pour assumer efficacement la responsabilité des activités financées par le FM au fil du temps et renforcer les domaines clés de la riposte nationale.

C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé, avec l'assistance de l'ONUSIDA et du Fonds mondial, a fait appel au bureau de conseils techniques, dirigé par le Dr Robert Hecht, Pharos Global Health Advisors (Pharos). Il a été demandé à Pharos, sur la base de l'expérience dans les domaines de la définition de feuilles de route et de recherche d'un consensus solide autour des risques et actions prioritaires au Cambodge, en Colombie, en République Dominicaine, en Algérie, au Maroc et ailleurs, d'apporter une assistance à la Tunisie pour atteindre les objectifs suivants :

- i) Réaliser une analyse de l'état de préparation à la transition en se focalisant sur les domaines à risque et de forte dépendance vis-à-vis du financement du Fonds mondial
- ii) Développer dans la concertation avec toutes les parties prenantes une stratégie de préparation à la transition et de pérennisation des acquis et stratégies de la riposte nationale
- iii) Elaborer un plan de préparation à la transition et accompagné d'indicateurs mesurables.

1.1 Méthodologie : une approche en trois phases

L'équipe de Pharos a combiné différentes méthodes et outils pour collecter et analyser les documents, données et informations utiles et pertinentes à l'analyse de la préparation à la transition et au développement du plan d'action et cela en tenant compte des contraintes imposées par la pandémie du Covid-19 en termes de déplacements et de réunions physiques.

Dans le cas de la Tunisie, l'équipe de consultants a utilisé les outils et approches développés par Pharos mais aussi sur ceux recommandés par le Fonds Mondial¹ et par ONUSIDA. L'équipe a également bénéficié de l'expérience de Pharos acquise dans plus d'une douzaine de pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine.

La réalisation de la mission a été effectuée selon une approche en trois phases :

- 1) Collecte de données et analyse de la situation
- 2) Identification des principaux risques et recommandations préliminaires
- 3) Développement du plan de préparation à la transition.

Un groupe de travail de travail a été constitué afin d'appuyer et piloter cette étude, ce groupe de travail est composé de :

- Pr Mohamed Chakroun, Président du CCM
- Mr Lassaad Soua, country Manager ONUSIDA
- Dr Ahmed Maamouri, Secrétaire permanent du CCM
- Dr Faouzi Abid, Coordinateur du PNL

Le groupe de travail s'est réuni de nombreuses fois entre mars et septembre 2021 avec les consultants et avec d'autres représentants des parties prenantes notamment au cours des ateliers de juillet de septembre 2021.

Collecte de données et analyse de la situation

Durant la première phase, nous avons entrepris les tâches suivantes :

- Identification, collecte et revue de la documentation et des données pertinentes disponibles. Il s'agissait de prendre en compte les informations stratégiques générées par les différentes études et enquêtes menées ainsi que les plans d'action et stratégiques futurs (examen du PSN pour intégrer les innovations liées à la procédure accélérée, plan de 5 ans sur le VIH et les droits de l'homme, rapports de mise en œuvre des subventions FM 2019-2021, évaluation du rapport sur les subventions FM, etc.);
- Envoi d'un questionnaire en ligne. Une vingtaine de représentants des parties prenantes a répondu à ce questionnaire. La liste des questions figure en **Erreur ! Source du renvoi introuvable. Annexe 1.**
- Consultation avec les principales parties prenantes par téléphone pour l'analyse de la préparation à la transition et l'identification des principaux défis et problèmes traiter. Une liste de questions a été utilisée pour guider et faciliter les entretiens, elle est présentée en annexe 2. Une trentaine personnes ont été sollicitées. La liste des personnes ayant rempli les questionnaires et/ou interviewée et/ou présentes aux ateliers figure en « **Annexe 1 Annexe-1 Liste des personnes consultées Liste des personnes consultées** ».
- Description des principaux traits du paysage et du financement de la riposte au sida en Tunisie : caractéristiques de l'épidémie et progression et défis, axes stratégiques de la réponse nationale, de son

¹ Fonds Mondial : Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement (GF/B35/04 – Révision 1). https://www.theglobalfund.org/media/4223/bm35_04-----

²sustainabilitytransitionandcofinancing_policy_fr.pdf

accélération et contraintes programmatiques, légales et autres, sources et modalités de financement, réformes en cours et potentiel impacts sur la riposte nationale contre le VIH et sur les populations clés.

1.1.1 Identification des principaux risques et recommandations préliminaires

La deuxième phase a permis, en consultation avec toutes les parties prenantes, de faire

- Une identification des risques de perturbations programmatiques et financières liés à la réduction et fin potentielle du financement du FM, avec un accent tout particulier sur
 - Le financement de l'atteinte des objectifs d'accélération de la riposte
 - Le maintien et le renforcement de l'appui technique et financier aux OSC
 - La gestion des achats et des stocks des produits de santé et l'appui au gouvernement en ce domaine
 - Les conséquences et les risques en termes de réponse au VIH engendré par la pandémie COVID-19.
- Une ébauche de liste de directions de travail et de recommandations principales à considérer dans une perspective de transition réussie vers une pérennité programmatique et financière de la réponse nationale au VIH.

1.1.2 Développement du plan de préparation à la transition

La troisième phase a consisté à réaliser les activités suivantes

- Hiérarchisation des risques et des activités prioritaires à intégrer dans le plan de pérennité et de transition par domaine d'intervention. La sélection des risques et la priorisation des activités a été faite selon une grille de critères définis en collaboration étroite avec l'ensemble des partenaires concernés.
- Développement du plan d'action de transition par domaine avec liste des activités, responsable de la mise en œuvre, partenaire, échéancier, source de financement, indicateurs de performance...
Identification des mesures d'accompagnement pour créer un environnement et des conditions favorables à la mise en œuvre du plan d'action de la transition, pour mobiliser les énergies et les ressources domestiques et inclure les recommandations stratégiques et opérationnelles de la préparation à la transition dans le NSP en cours et dans les prochaines demandes de soutien au FM et au gouvernement.

L'équipe a utilisé une approche participative dans l'identification des risques et recommandations. Ainsi, deux ateliers en ligne ont été tenu les **7 juillet et le 8 septembre 2021**. Le premier atelier a permis de discuter et de valider les risques de la transition et le second de retenir les recommandations permettant d'adresser ces risques. La liste des participants aux 2 ateliers est présentées en « **Annexe 1** **Liste des personnes consultées** **Liste des personnes consultées** ».

1.2 Domaines d'analyse

Pour structurer l'analyse, l'évaluation des risques liés à la réduction du soutien du Fonds Mondial et la formulation des mesures à prendre et des recommandations, l'équipe de Pharos a retenu quatre domaines pour saisir les principaux défis auxquels la Tunisie est confrontée dans la cadre de la riposte nationale contre le VIH. Il s'agit de la Gouvernance, du Financement, des Populations Clés et OSC, et de l'Approvisionnement en Produits de Santé.

Figure 1: Domaines d'analyse des risques



Nous détaillons ici les principales questions traitées par domaine

1.2.1 Environnement politique, juridique et gouvernance

- Y-t-il un soutien politique de haut niveau et constant à la riposte nationale contre le VIH ? Est-ce que ce soutien se traduit par une gouvernance adéquate ainsi que des allocations financières croissantes ?
- Est-ce que les lois en vigueur et les pratiques en cours protègent pleinement les droits des populations clés et vulnérables et leur donnent accès aux services nécessaires contre le VIH ?
- Existe-t-il une coordination, une gestion et un suivi permanent et de qualité de la lutte contre le VIH à même de préparer et de gérer la transition et au-delà de cette période ?

1.2.2 Prestations de services, populations clés et OCS

- La couverture et la qualité des services critiques de lutte contre et le VIH permettent-elles d'atteindre la réalisation des objectifs nationaux déclarés ?
- Est-ce que la riposte nationale au VIH répond pleinement aux besoins des populations clés ? Que peut-on faire pour améliorer la réponse à leurs besoins et s'adapter au mieux aux changements en cours ?
- Quelles sont les faiblesses critiques des prestations, des services de lutte contre le VIH ?
- Est-ce que les OSC travaillant dans le domaine du VIH ont la capacité techniques, managériales et financières pour maintenir et développer leurs programmes et activités ? Que faut-il faire de plus pour renforcer leurs capacités, l'efficacité et la pérennité de leurs contributions ?
- Existe-t-il un système juridique et administratif en place pour que les institutions publiques puissent conclure et financer des contrats sur la base des performances et développer des partenariats avec les OSC ? Existe-t-il un environnement politique et financier propice à ce type de « contrat social » ?

1.2.3 Approvisionnement en produits de santé

- Est-ce que le système en place d'approvisionnement en produits de santé pour la lutte contre le VIH contribue à accélérer l'atteinte des objectifs et des résultats attendus dans la riposte nationale ? Quelles sont les limites et les faiblesses critiques du système d'approvisionnement en produits de santé ?
- Est-ce que les politiques et capacités d'achat et de gestion de la chaîne d'approvisionnement sont adéquates pour soutenir la lutte contre le VIH en l'absence de soutien des bailleurs de fond ?

- Est-ce que la Tunisie a développé et mise en œuvre une stratégie et des politiques pour accroître l'accès à des médicaments de qualité et à des prix abordables et pour bénéficier des mécanismes et des outils mis à disposition par la communauté internationale ?
- Quels sont les changements à introduire dans la politique, la gestion et le financement de l'approvisionnement en produits de santé pour la lutte contre le VIH ?

1.2.4 Financement de la lutte contre le VIH

- Y a-t-il un plan clair et spécifique en place pour que le gouvernement prenne progressivement en charge le financement des activités et composantes de la lutte contre le VIH actuellement financées par le Fonds Mondial ?
- Quelles sont les sources de financement qui peuvent être utilisées pour développer le financement domestique et national ?
- Y a-t-il un rôle pour l'assurance maladie sociale, les assurances privées et les mutuelles de santé dans le financement de la riposte contre le VIH ?
- Quelles sont les principales stratégies et activités requises pour accroître l'efficacité et la durabilité des ressources existantes et pour mobiliser de nouvelles et innovantes sources de financement ?

2 Contexte épidémiologique et riposte nationale

2.1 Principaux éléments la situation épidémiologique du VIH parmi les populations clés et en contexte de vulnérabilité en Tunisie

Le résumé de la situation épidémiologique du VIH en Tunisie s'est appuyé sur le nouveau PSN 2021-2025 et la demande de financement 2022-2024, documents qui ont utilisé une triangulation de données de notification 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 clés.

En Tunisie, l'épidémie de l'infection par le VIH était considérée jusqu'au milieu des années 2000 comme peu active, avec un taux de prévalence inférieure à 0,1% dans la population générale. Les modes de transmission du VIH montrent que 59.2% sont une transmission hétérosexuelle, 20.8% transmission due à l'injection de drogues, 12.2% transmission dans le cadre de relation entre hommes. La transmission materno-fœtale représente 4.2% et enfin la transmission par des produits sanguins contaminés représente 3.6% (cf PSN 2021-2025).

L'épidémie de VIH est concentrée tant au niveau géographique, dans les régions côtières, que populationnel, au sein des principales populations clés. La prévalence du VIH est estimée à 11,2% pour les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), 6% pour les Utilisateurs de drogues injectables (UDI) et de 1,2% pour les Professionnelles du sexe (PS). Ces populations, souvent marginalisées et ayant un faible accès aux services de prévention combinée, sont plus exposées au risque d'infection par le VIH. Elles ont une forte contribution aussi bien dans la dynamique de la transmission du virus que dans le contrôle de l'épidémie. La taille de ces populations est estimée à 28.000 pour les HSH, à 47.500 pour les TS et à 9000 pour les UDI et les populations de transgenres (voir ci-dessous). La prévalence parmi les populations vulnérables les migrants, les populations carcérales, et les personnes vivant avec un handicap est inconnue du fait de l'absence de données épidémiologiques fiables.

Les rapports nationaux et les mesures montrent que l'incidence progresse. Elle a augmenté de 29% en 2019 par rapport à 2010, les décès liés au VIH ont augmenté de 328% par rapport à 2010 (cf rapport 2020 ONUSIDA).

2.1.1 Situation des populations clés

Tableau 1: Evolution des données de prévalence parmi les populations clés de 2011 à 2018

| Populations | Estimation de la taille 2014 | Prévalence 2011 | Prévalence 2014 | Prévalence 2018 | Prévalence selon étude 2021 |
|-------------|------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------------------|
| UDI | 9000 | 2,40% | 3,90% | 6% | A ajouter IBBS |
| TS | 47.000 | 0,61% | 0,94% | 1,2% | A ajouter IBBS |
| HSH | 28.000 | 13% | 9,1% | 10,20% | A ajouter IBBS |

Les résultats des enquêtes bio-comportementales réalisées auprès des TS, HSH et UDI en leur 3^{ème} version (2011,2014,2018) témoignent d'une augmentation considérable, voire inquiétante, des taux de prévalence du VIH avec une découverte de comportements à risque croisés de vulnérabilité à savoir l'usage de drogue/travail de sexe. La séroprévalence du VIH parmi les TS estimée par l'enquête de 2018 à 1,21% avec un IC95% [0,72%-2,10%], a été multiplié par 4 depuis 2009, par rapport à l'estimation observée lors de l'enquête séro-comportementale de 2014 (0,94%), de 2011 (0,61%) ou celle de 2009 (0,43%). La séroprévalence du VIH parmi les HSH qui était de 9% selon les résultats de l'enquête réalisée en 2014 a augmenté pour atteindre les 11,2% en 2018. On note aussi une nette augmentation de la séroprévalence du VIH chez les UDI par rapport aux enquêtes menées en 2009, 2011 et 2014. Elle a concerné particulièrement les UDI résidant dans le Grand Tunis, avec une prévalence globale qui est passée de 3% en moyenne avant l'année 2017 à 6.0% en 2017.

La population transgenre est une population faiblement connue et peu ciblée par les programmes de prévention des comportements à risque en Tunisie. La forte stigmatisation et discrimination subie par cette population est source d'isolement social et constitue une barrière importante d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR).

2.1.2 Situation des populations vulnérables

En plus des populations clés, une attention est portée sur les populations en contexte de vulnérabilité ainsi en est-il de la population carcérale et des migrants.

Populations carcérales. En 2020, il existait 36 institutions pénitentiaires en Tunisie réparties en 29 prisons et 7 centres de rééducation des mineurs délinquants. La population carcérale est estimée à 22 663 détenus ce qui correspond à 195 détenus pour 100000 habitants (donnée de décembre 2018). Cette population est composée d'environ 96% d'Hommes adultes, 3% de femmes et 1% de mineurs. Environ 29% de cette population serait emprisonnée pour des délits liés à la drogue Les populations carcérales indiquent que des drogues sont injectées dans les prisons tunisiennes, et que les détenus masculins ont des rapports sexuels non protégés entre eux, ce qui montre un risque de transmission du VIH dans les prisons. Toutefois, il n'existe pas de données précises concernant la prévalence de l'infection à VIH ni des estimations des différentes populations clés en milieu carcéral

Populations migrantes : la plupart sont originaire de pays africains dans lesquels la prévalence du VIH/sida est élevée. Cependant il n'y a pas une bonne visibilité de l'épidémiologie du VIH/Sida au sein des populations migrantes du fait qu'il n'y pas eu de recensement centralisé des services utilisés et que seuls les cas séropositifs ou qui nécessitent un test de confirmation sont notifiés.

L'étude Baseline sur l'accès à la prévention combinée du VIH/SIDA pour les personnes migrantes en Tunisie, menée par Médecins du Monde, a cependant permis de collecter quelques données et de faire quelques estimations partielles notamment sur l'accès à la prévention combinée du VIH/sida pour les populations migrantes. Le sida est considéré par l'Etat tunisien comme une Maladie à Déclaration Obligatoire (MDO) et, en principe, la prise en charge est gratuite en Tunisie. Il semble cependant que les services publics de santé ne sont pas unanimes quant à l'interprétation, voire au contenu des textes de loi et des circulaires qui les concernent. De fait, la manière de gérer l'admission des migrants aux soins dépend des médecins responsables. Par exemple, les services infectieux de la Rabta, Sousse et Monastir acceptent de prendre en charge gratuitement l'ensemble des soins, y compris les analyses en laboratoire, qui sont coûteuses.

Les migrants cumulant les statuts de « sans-papiers » et de « population clés » sont donc doublement pénalisés et criminalisés, et ne peuvent pas bénéficier en toute sécurité des services de prévention combinée. **Les données des études bio-comportementales (IBBS) de 2021 permettront de présenter des données probantes plus complètes et actualisées**

2.2 La riposte nationale et ses performances

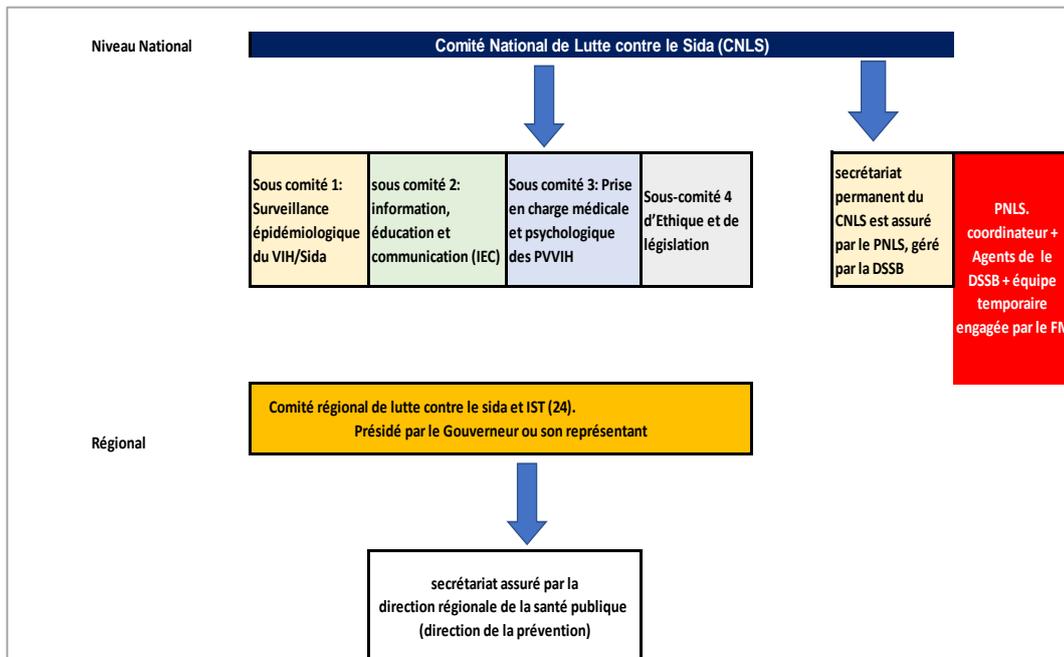
Nous allons résumer ici l'organisation et la planification de la riposte nationale contre le VIH avant de rappeler le niveau de performances atteint en matière de dépistage, traitement et prise en charge des PVVIH et d'évolution de la cascade des 90/90/90.

2.2.1 Organisation de la lutte contre le VIH

La riposte au VIH en Tunisie est gérée par un programme national de lutte contre le sida (**PNLS**) sous la tutelle du ministère de la santé et en particulier de de la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB). Depuis 1992, le PNLs est appuyé par le **Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS)** qui est composé de quatre sous-comités techniques couvrant les domaines prioritaires de la lutte contre le VIH a) Surveillance épidémiologique du VIH/Sida, b) information, éducation et communication (IEC), c) Prise en charge médicale et psychologique des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et d) sous-comité d'Ethique et de législation. Le Comité National de lutte contre le sida (CNLS), institué par un arrêté du ministre de la Santé en 1992, représente l'organe supérieur de coordination de la lutte contre le VIH en Tunisie. Sous l'égide du ministre de la Santé qui en est le Président et du Directeur Général de la santé qui en est le Vice-président, le CNLS est censé assurer les fonctions suivantes

- Définir la politique générale de la lutte contre le VIH/sida en Tunisie et en fixer les grandes orientations et les résultats d'impacts, d'effets et de produits à atteindre.
- Planifier, coordonner et assurer le suivi évaluation de la riposte nationale.
- Assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources nationales et internationale
- Approuver les plans d'actions annuels, les budgets et suivre la mise en œuvre des interventions liées aux différents volets du programme multisectoriel de lutte contre les IST et le VIH.
- Renforcer le partenariat du secteur public avec les organisations de la société civile dont les associations de PVVIH et le secteur privé.
- Renforcer la concertation avec les partenaires techniques et financiers de la Tunisie.

Graphique 1: Cadre officiel d'organisation, de coordination et de gestion de la lutte contre le VIH



Dans la pratique, ce comité national de lutte contre le Sida n'est pas fonctionnel et n'assume pas les fonctions qui sont celles du Gouvernement de la Tunisie en matière de stratégie, de politique, de coordination, de financement et d'évaluation. C'est là une des faiblesses majeures de la gouvernance et de toute la riposte

nationale de lutte contre le VIH. La composition du CNLS n'a pas changé depuis 1992. Elle n'est ni inclusive ni représentative des différents acteurs non gouvernementaux et des différents déterminants de la lutte (droits humains, genre, communautés, société civile). De plus, plusieurs de ses membres n'ont plus la qualité pour siéger en son sein (départ à la retraite, changement de poste...).

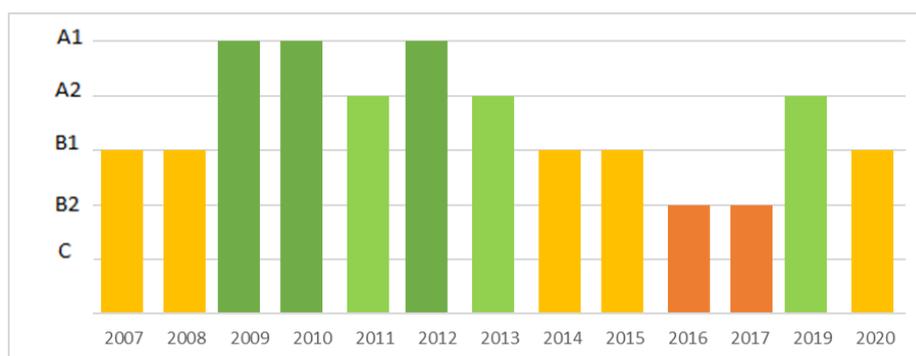
Dans les faits, c'est le **PNLS** qui assume certains rôles du CNLS et notamment la coordination de l'élaboration de la stratégie nationale de Lutte contre le VIH.

Le CCM est chargé de la coordination de la subvention accordée par le Fonds Mondial à la Tunisie. Il coordonne les relations entre les autorités nationales sanitaires et le Fonds mondial pour tout ce qui concerne la préparation, la mise œuvre, le suivi stratégique et l'évaluation des soutiens financiers accordés par le Fonds mondial au renforcement de la lutte contre le VIH en Tunisie. Le CCM est une entité créée en respect des dispositions du Fonds mondial sur la représentativité et la transparence. Il est composé des représentants du Gouvernement mais également des associations, des privés, des communautés, des universitaires et des partenaires internationaux. Les membres non gouvernementaux du CCM sont élus de manière transparente et bien documentée. Le CCM est actuellement présidé par Pr Mohamed CHAKROUN, représentant le secteur universitaire, et est appuyé par un secrétariat compétent en matière technique et financière. Les réunions des instances de gouvernance du CCM sont régulières (bureau et assemblée générale). Le CCM joue son rôle dans la mobilisation des ressources et dans le suivi stratégique des subventions. Cela a été confirmé par une évaluation du CCM effectuée par le FM en début 2021. Un plan d'action d'amélioration a été établi à la suite de cette mission et est en cours de mise en œuvre (renforcement du suivi stratégique des subventions, étude sur le positionnement et appui aux membres). Juridiquement, le CCM est une association régie par le décret-loi 2011-88 sur les associations. Ce régime juridique a été établi en 2011 afin de concilier les impératifs d'évitement de conflits d'intérêts édictés par le fonds Mondial (le CCM était logé dans le ministère de la Santé qui est en même temps un bénéficiaire de la subvention) et les obligations légales d'avoir une entité juridique avec un compte bancaire et une autonomie de gestion.

Le CCM est financé à 100% à travers une subvention de fonctionnement du Fonds mondial distincte de la subvention de mise en œuvre du plan de lutte contre le VIH. Le CCM est audité par un commissaire aux comptes et ses comptes sont certifiés. Le statut d'association lui confère une indépendance d'action et une reconnaissance des acteurs non gouvernementaux mais l'expose à de fortes vulnérabilités qui risquent d'être élevées avec la réduction et la fin du soutien du FM. L'objet social de l'association lui permettra d'exister légalement mais elle n'aura plus de ressources propres. Sa voix risque également de ne plus être entendue du fait de la perte du levier financier et de l'appui d'une organisation mondiale comme le FM.

Le bénéficiaire Principal de la subvention FM a toujours été l'ONFP-un organisme public sous tutelle du ministère de la Santé- à travers une unité de gestion créée en son sein. Le personnel de l'unité de gestion est contractuel et est payé sur la subvention Fonds mondial. Les performances du bénéficiaire principal tel qu'évalués par le fonds mondial ont connu une baisse entre les années 2013 et 2017 pour s'établir au niveau « B1 acceptable » en 2020.

Graphique 2: Notes attribuées par le FM au RP depuis 2007



2.2.2 La politique nationale de riposte au VIH

La politique nationale de riposte au VIH a été guidée de 2006 à 2021 par 5 Plans stratégiques nationaux couvrant les années 2006-2010 (ayant glissé à 2011), 2012-2016, puis 2014-2017, ensuite 2015-2018 et enfin 2018-2021. Le plan stratégique national contre les IST et le VIH/sida 2022-2025 est en voie de finalisation au cours de la rédaction de ce rapport.

Il faut noter que ce processus de planification nationale des activités de lutte contre le VIH a été facilité et soutenu par le démarrage du soutien financier et technique apporté par le Fonds Mondial qui faisait de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans pluriannuels une condition importante pour l'analyse des besoins et des priorités et de l'octroi de ressources notamment pour les activités en direction des populations clés. Les difficultés et fluctuations dans les relations entre le ministère de la Santé et en particulier le PNLs et le Fonds Mondial se sont d'ailleurs répercutées tant sur la continuité des PSN que dans l'octroi du soutien financier. A ce titre, le cas de l'année 2016 est représentative des effets possibles d'un arrêt du soutien financier du FM sur la qualité et la continuité des activités des OCS engagées dans la lutte contre le VIH. L'effet a été immédiat et net en termes de recul et de dégradation rapide des interventions des OCS en direction des populations clés.

2.2.3 La prise en charge des personnes vivants avec le VIH

Le dispositif actuel de dépistage a été longtemps centré sur les Centres publics de dépistage anonymes et gratuits (CDAG). En dehors du dépistage obligatoire dans le cadre du don de sang, la stratégie de dépistage a reposé sur une demande individuelle de dépistage à l'initiative de toute personne souhaitant connaître son statut sérologique vis à vis du VIH dans le cas d'une situation d'exposition à un risque. Cette stratégie de dépistage a très vite montré ses limites et sa faible efficacité car ne ciblant pas les populations les plus à risque. Le recours au dépistage volontaire pour le VIH au cours de l'année 2020 était relativement faible (20.6%) et ne s'est pas amélioré par rapport à 2014. Ce recours était encore beaucoup plus faible à Bizerte (4.4% par exemple, du fait du manque d'attraction du centre de dépistage anonyme et gratuit (CCDAG) dans cette région.

Une réorientation a été opérée ces dernières années pour favoriser un dépistage plus actif, ciblé sur les groupes à risque et au plus près des populations les plus affectées par le virus. Elle est développée et analysée dans les documents de bilan et dans le nouveau PSN.

Le traitement et le suivi biologique (charge virale, numération des CD4) sont assurés par quatre hôpitaux universitaires (Tunis, Monastir, Sousse, and Sfax). Ces hôpitaux sont situés sur la côte et l'accès pour les populations des zones rurales demeure difficile.

Selon résultats préliminaires de la cartographie présentés en mars 2021, le nombre de personnes suivies dans les 4 CHU (Monastir, Sfax, Sousse et Tunis) est de 2426 dont 913 femmes et 1513 hommes. La file active la plus importante est celle de Tunis avec 1472 PVVIH dont 49,5% sont suivies depuis une durée moyenne de 5 ans et plus. Les tranches d'âges de 25 à 49 ans sont respectivement de 1180 hommes et 712 femmes. Dans leur grande

majorité les PVVIH de la file active étudiée sont de nationalité tunisienne correspondant à un effectif de 1938 personnes soit 79.9% et 488 personnes étrangères soit 20.1%.

Parmi les 2426 suivies dans les 4 centres hospitaliers universitaires, on compte 83 enfants de moins de 15 ans au 30 septembre 2020 soit 10,6%. Les principales leçons apprises de la prise en charge des PVVIH est sans doute le faible lien au traitement des personnes testées VIH+, qui était de 60% en 2020, signifiant que près de 40% des personnes positives n'ont pas été immédiatement mises sous traitement comme prévu selon les directives nationales. Le deuxième écueil quant à lui, est l'attrition des files actives de PVVIH, la rétention dans les soins restant insuffisante notamment par rapport aux 20.2% perdus de vue dans la file active.

Les principales difficultés qui relèvent de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH peuvent être résumées ci-dessous :

- Le suivi insuffisant des PVVIH dans plusieurs sites à grande file active, bien que les cliniciens fournissent un effort pour l'amélioration de la prise en charge comme cela a été constaté dans le contexte de la COVID 19
- Les irrégularités des sites à s'approvisionner en ARV comme cela a été constaté dans l'évaluation rapide du domaine GAS. Les ruptures de stock au niveau national depuis plusieurs mois, surtout les ARV pédiatrique et parfois le non-respect des directives nationales en matière de prise en charge des PVVIH
- Le lien entre les services de dépistage et de prise en charge qui n'est pas toujours assuré pour éviter les perdus de vue parmi les PVVIH nouvellement dépistées.
- La PEC ne prend pas en compte la recherche active des patients dépistés VIH positifs et non encore enrôlés au TARV, car le dispositif de recherche des perdus de vue n'est pas fonctionnel
- La faible délégation des tâches qui devrait servir à décharger certains cliniciens notamment devant l'importance de la file active
- La faible implémentation des modèles de soins différenciés.

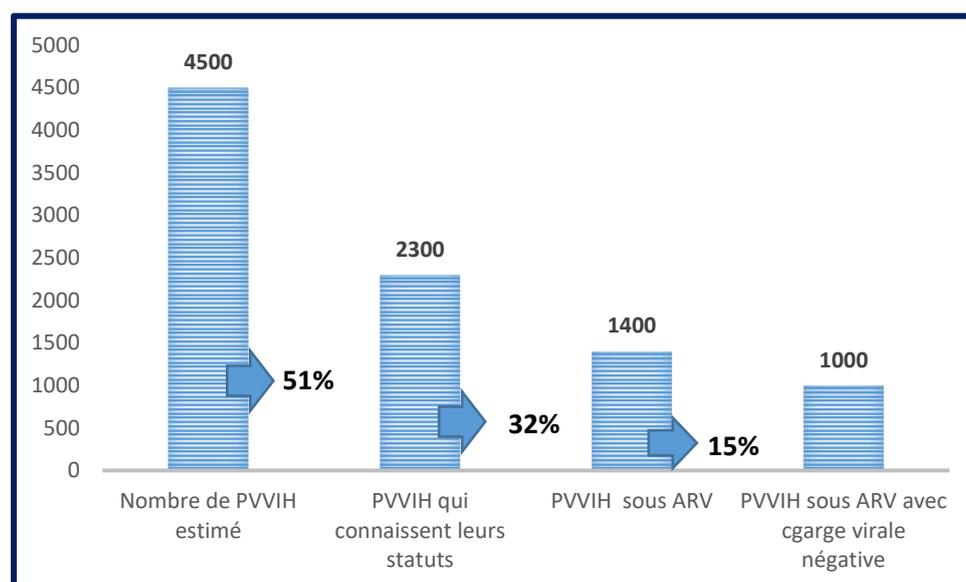
En matière de prise en charge des PVVIH on assiste aussi à une faible couverture de services et un faible linkage entre le dépistage et la prise en charge si bien que le nombre de perdus de vue est élevé. En outre le continuum de soins n'est pas fonctionnel dans les 4 centres de prise en charge ce qui est problématique pour la rétention des patients traités et qui est une cause majeure de perdus de vue.

S'agissant de la prise en charge des usagers de drogue et de l'accès à la TSO (dispensation de la méthadone) qui est réclamée et attendue par les UDI, le PNLs doit poursuivre les efforts pour lever toutes les barrières administratives et finaliser la construction du centre d'addictologie en partenariat le système communautaire.

2.2.4 Les performances globales de lutte contre le VIH

La revue finale du précédent PSN 2018-2021 a permis une analyse approfondie de la réponse nationale dans son ensemble, avec la prise en compte des carences programmatiques et des goulots d'étranglement, montrant les insuffisances dans la mise en œuvre aussi bien en termes de couverture de prévention qu'en terme de couverture ARV pour les PVVIH estimée à 20%. Celle-ci a donné l'occasion d'observer le faible niveau de réalisation et de couverture des 90/90/90.

Graphique 3: Cascade 'tester, traiter, retenir », Tunisie 2020



Source ONUSIDA, Country factsheets, TUNISIA | 2020

Selon le dernier PUDR 2020 validé, l'analyse des données programmatiques montrent une faible évolution des indicateurs de couverture par rapport au données observées par les études bio-comportementales concernant les populations clés, à l'exception du paquet de services pour les UDI.

Dans l'ensemble on constate que les cibles programmatiques sont assez basses par rapport aux ambitions affichées des différents PSN. Ces résultats sont aussi faibles selon les acteurs de mise en œuvre essentiellement à cause de l'impact de la COVID 19 sur les activités de prévention et d'offre de dépistage au cours des années 2019 et 2020.

Tableau 2: Evolution des indicateurs de performance

| Indicateurs | Cibles | | | Résultats | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|-----------|--------|---------|
| | N# | D# | % | N# | D# | % |
| KP-1a(M): Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont bénéficié de programmes de prévention du VIH (paquet de services définis) | 14.833 | 28.000 | 52.9% | 14.093 | 28.000 | 50.3% |
| KP-3a(M): Nombre et pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont fait un test VIH et connaissent les résultats | 7 000 | 28.000 | 25 % | 6 521 | 28.000 | 23,2% |
| KP-1c(M): Pourcentage de professionnels du sexe ayant bénéficié de programmes de prévention du VIH- paquet de services définis | 12.322 | 25 000 | 49.2% | 10.466 | 25 000 | 41.8% |
| KP-3c(M): Pourcentage de professionnels de sexe qui ont fait un test VIH au cours de la période de rapportage et qui connaissent les résultats | 7 000 | 25 000 | 28,00% | 5 098 | 25 000 | 20,392% |
| KP-1d(M): Pourcentage de consommateurs de drogues injectables ayant bénéficié de programmes de prévention du VIH- paquet de services définis | 7 920 | 11 000 | 72 % | 8 839 | 11 000 | 80.3% |
| KP-3d(M): Pourcentage de consommateurs de drogue qui ont fait un test VIH au cours de la période de rapportage et qui connaissent les résultats | 5 000 | 11 000 | 45,4% | 6 551 | 11 000 | 59.5% |

| Indicateurs | Cibles | | | Résultats | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|--------|-----------|--------|-------|
| | N# | D# | % | N# | D# | % |
| KP-4: Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par consommateur de drogues injectables, par an et par programme d'échange d'aiguilles et de seringues | 50 | | | 395 089 | 11 000 | 35.91 |
| TCS-1(M): Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral | 2 000 | 3 538 | 56,5% | 1 401 | 3 538 | 39,5% |
| Nombre de personnel de santé sensibilisé sur les Droits Humains | 390 | | | 119,00 | | |
| Pourcentage des cas des violation des droits résolus avec succès | | | 66,00% | 75,00 | 114,00 | 65,7% |

Source : PSN, 2021

Le PNLS élabore un nouveau Plan Stratégique National IST/VIH 2021-2025 sur la base du consensus national entre les parties prenantes sur les priorités de la réponse au VIH et le cadre de résultats (Impacts, effets, produits) des cibles et des stratégies de mise en œuvre.

La vision stratégique de la Tunisie pour la réponse nationale au VIH sur la période 2021-2025 vise à accélérer la riposte pour un accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien afin de « mettre fin au sida comme menace pour la santé publique d'ici 2030 », en réduisant les nouvelles infections, les décès et la discrimination/stigmatisation liés au VIH.

Les populations prioritaires sont les PVVIH, les travailleuses du sexe, les HSH, les transgenres, les UDIS, les populations carcérales, les jeunes femmes et jeunes hommes et adolescents de 15 à 35 ans en contexte de vulnérabilité et les populations migrantes.

Les résultats attendus de ce PSN sont ambitieux et en ligne avec les Objectifs de Développement Durables 2030 et les recommandations internationales notamment la nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le sida (2021–2026) de l'ONUSIDA :

- D'ici 2025, les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 50%, en particulier parmi les populations clés et leurs partenaires
- D'ici 2025, la mortalité liée au VIH/sida est réduite de 70%
- Les barrières à l'accès aux services du VIH liées aux inégalités à la stigmatisation, aux discriminations, aux normes sociétales de genre et aux violations des droits des PVVIH et populations clés sont levées
- Le leadership national et l'efficacité de la gouvernance sont renforcés pour assurer l'accélération et la durabilité de la réponse au VIH d'ici

3 Tendances et défis du financement du VIH par rapport à la transition et à la pérennité de la riposte nationale

La riposte nationale contre le VIH bénéficie de deux sources principales de financement d'une part le budget de l'Etat et d'autre part la subvention du Fonds Mondial. Des financements complémentaires marginaux sont accordés par certaines sources extérieures comme les agences des Nations Unies ou de coopération bilatérale.

Les dernières données disponibles validées datent de 2013, elles montrent que le Gouvernement Tunisien prend en charge environ 70 % de la riposte au VIH, suivi des fonds internationaux avec 30% (essentiellement le FM). Ces pourcentages prennent en compte l'estimation des coûts relatifs aux traitements et aux ressources humaines du ministère de la Santé engagées dans les activités afférentes à la riposte contre le VIH. Cette estimation indique également que certaines activités, telles les actions de prévention au profit des populations clés, majoritairement menées par les Organisations de la Société Civile (OSC), restent largement tributaires du financement du Fonds Mondial. Cela représente un risque élevé pour la viabilité financière de la riposte au VIH dans le pays.

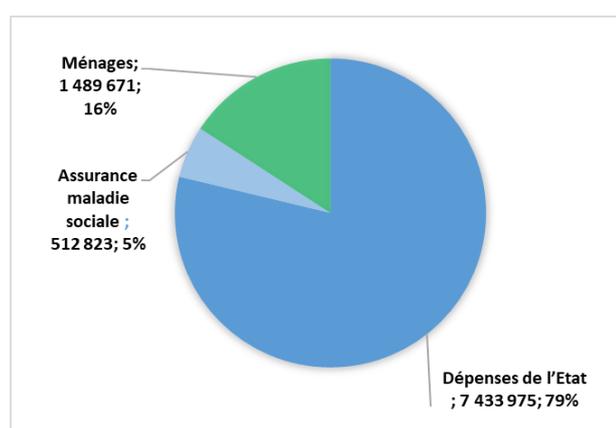
Dans ce chapitre, nous traiterons du financement de la lutte contre le VIH en analysant brièvement les dépenses financées par l'Etat et par le Fonds Mondial pour mettre en valeur les tendances mais surtout les points de vulnérabilité et de fragilité par rapport à la transition à venir.

3.1 Financement par l'Etat Tunisien

L'Etat tunisien a déployé des efforts soutenus dans la lutte contre le VIH notamment en déclarant et assurant la gratuité de la prise en charge du dépistage et du traitement du VIH pour l'ensemble des citoyens tunisiens. Cependant les budgets alloués, les moyens disponibles et les approches utilisées restent très en deçà des besoins et ne permettent pas d'atteindre les objectifs affichés dans les plans stratégiques nationaux et les stratégies internationales.

De plus, il n'y a pas de mécanisme de collecte et de traitement de l'information relative aux coûts, dépenses et financement de la lutte contre le VIH. Les comptes nationaux de la santé (CNS) n'ont pas été désagrégés par maladie ou programme de santé et ne sont pas régulièrement réalisés. Les derniers CNS ont été réalisés pour l'année 2014. Le PNLN ne collecte pas l'information sur les dépenses et les budgets consacrées à la lutte contre le VIH. Nous présentons les chiffres des dépenses domestiques (Etat+ ménages) tels que présentées dans le rapport sur le cofinancement réalisé en 2021. Les données présentées ont été calculées en utilisant une extrapolation linéaire, ce qui peut être contestable, à partir de l'étude 2013 de Mr Chokri Arfa. De ce fait, il n'est pas pertinent de présenter les tendances annuelles mais plutôt de présenter un graphique illustratif afin d'avoir un ordre d'importance de la contribution des principaux acteurs.

Graphique 4: Répartition des dépenses domestiques de la lutte contre le VIH par contribution en pourcentage et en \$US



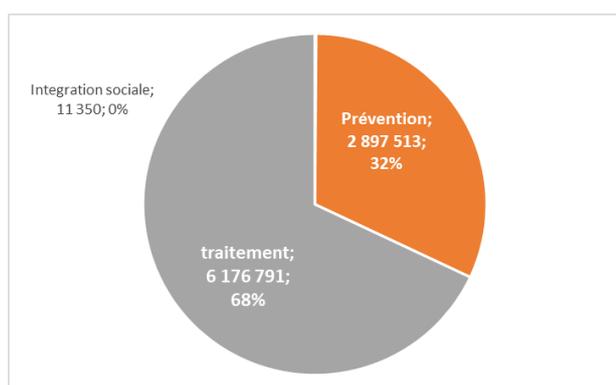
Les dépenses pour l'année 2020 s'établiraient, selon les estimations de cette étude, à 9 436 469 USD dont 79% sont couvertes par l'Etat, les ménages assument 16% alors que l'assurance maladie ne couvrirait que 5%.

Les activités et dépenses soutenues par l'Etat sont essentiellement les suivantes :

- Traitement :
 - Traitement dans les 4 services hospitaliers : coûts des médicaments et couts de fonctionnement y compris ressources humaines et équipements
- Prévention :
 - Les dépenses publiques des CDAG pour le dépistage de l'infection par le VIH. Le personnel direct chargé de collecter les données est financé par le FM. Le personnel soignant est pris en charge par l'état
 - Dépenses pour la sécurité transfusionnelle ainsi que les précautions universelles, l'éducation sanitaire et la prévention primaire.
- Dans le domaine de l'intégration sociale du PVVIH, le gouvernement assurerait une assistance sociale aux plus démunis : allocation handicapée (gratuité des soins et de transports et soutien aux besoins urgents des PVVIH et leurs familles).

La répartition des dépenses domestiques par activité est présentée dans le graphique suivant pour l'année 2013 :

Graphique 5: Répartition des dépenses domestiques par activité – 2013



La répartition de ces activités (*données en USD selon le rapport Chokri Arfa 2013*) montre une prédominance des activités de traitement qui représenteraient 68% des dépenses domestiques, les dépenses de prévention sont à 32% alors que les dépenses publiques d'intégration sociale au profit des PVVIH sont négligeables. Les dépenses de prévention tels que catégorisées dans cette étude sont essentiellement des dépenses de dépistage.

Cette répartition des dépenses de l'Etat montre également qu'elle est quasiment destinée aux structures publiques, les seuls montants destinés à des structures

non publiques concernent l'appui aux PVVIH qui est à un niveau non significatif et qu'il n'y a pas de financement destiné au soutien des associations.

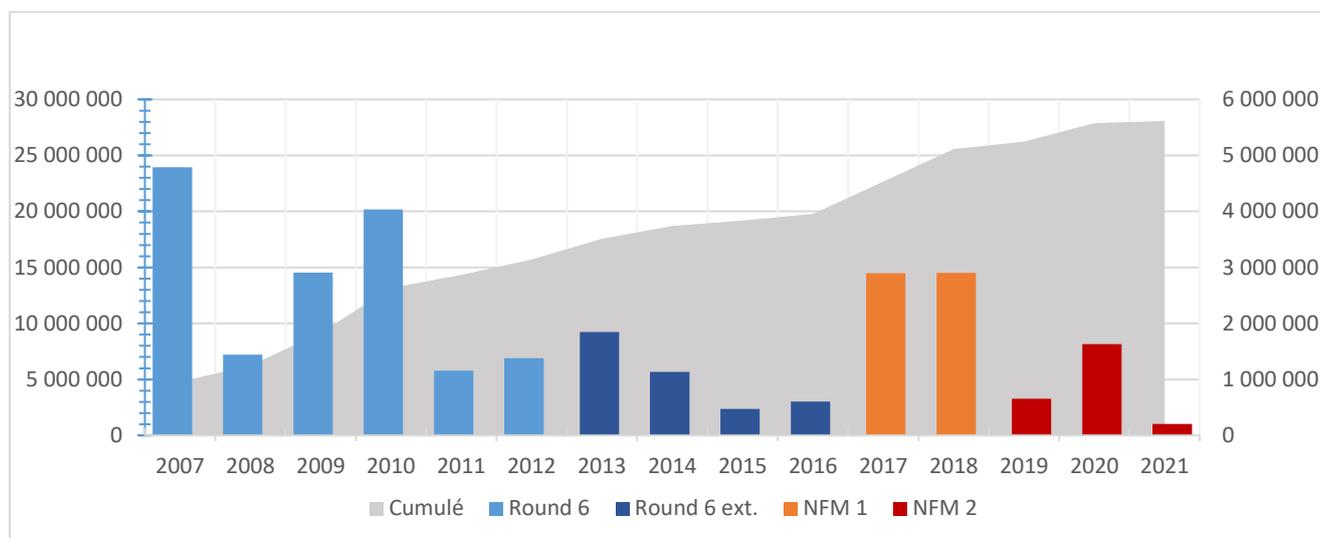
3.2 Financement par le Fonds mondial

Le soutien du Fonds Mondial à la riposte nationale contre le VIH a démarré en 2007. Son montant cumulé est estimé à 28 millions de USD en termes de décaissements avec un pic en 2009-2011 et un autre en 2017-2019.

La Tunisie a mis en œuvre 3 subventions : une première subvention de « Round 6 » devant durer de 2007 à 2012 mais qui a été étendue jusqu'en 2016 à cause **d'un retard dans la signature de conventions par les autorités politiques tunisiennes dues à des hésitations et indécisions aggravées par les différents changements de ministres**². Depuis l'adoption du Nouveau modèle de financement (NFM), la Tunisie a obtenu 2 subventions : une en sur 2017-2018 et une sur 2019-2021. La Tunisie vient d'obtenir 2 subventions en 2021 (1 subvention au titre de la période 2022-2024 de 5.698 \$k et une subvention « Covid19 » de 725 \$k sur la même période) Le graphique suivant montre l'évolution des décaissements dans le temps par subvention obtenue :

² Six (6) ministres de la santé entre janvier 2014 et décembre 2017.

Graphique 6: Décaissements FM (annuels par subvention et cumulés en \$US)



Source : site du FM

Les montants décaissés par le FM sont décroissants. La période 2013-2016 a connu une baisse des décaissements pour les raisons expliquées ci-haut. Le pic de 2017-2018 correspond en partie à un rattrapage des années précédentes.

Ces financements sont détaillés dans le tableau suivant sur les différentes subventions obtenues ³:

Tableau 3: Détail des financements par le FM de la riposte contre le VIH

| Subvention | Round 6 | NFM1 | NFM2 | NFM3 + C19RM |
|-------------------------------|--------------|-------------|-------------------|------------------|
| Période | 2007-2016 | 2017-2018 | 2019-2021 | 2022-2024 |
| Durée en années | 10 | 2 | 3 | 3 |
| 1. Budget | \$23 998 006 | \$7 201 346 | \$5 058 019 | \$6 424 177 (iv) |
| 2. Montant décaissé | \$19 777 641 | \$5 732 311 | \$2 492 186 (iii) | |
| 3. Montant exécuté (i) | \$18 917 049 | \$3 645 508 | \$2 633 232 (ii) | |
| Taux d'absorption (3/1 en %) | 79% | 51% | 52% | |
| Moyenne annuelle des budgets | \$2 399 801 | \$3 600 673 | \$1 686 006 | \$2 141 392 |
| Moyenne annuelle des dépenses | \$1 891 705 | \$1 822 754 | \$1 316 616 | |

Le financement du FM est en diminution et est passé d'une moyenne de budget 2.4 \$USM par an sur la première subvention à 1.6 US\$M sur la subvention en cours. La moyenne de budget pourra augmenter à 2.1 \$USM pour la nouvelle subvention grâce notamment à la subvention Covid 19. Les budgets du Fonds mondial sont révisés afin de tenir compte des taux d'absorption relativement faibles observés (51% pour NFM1 et 52% pour NFM2 à un an de la fin). L'absorption du budget de la nouvelle subvention demeure un défi.

Les financements du Fonds Mondial sont gérés par un bénéficiaire principal (l'ONFP) qui met en œuvre certaines activités avec le soutien de sous bénéficiaires (associations et Organismes gouvernementaux) tels que répartis dans le tableau suivant :

(i) Selon PUDR
(ii) Au 31/12/2020
(iii) Au 31/7/2021
(iv) Non encore signé

Tableau 4: Répartition des financements entre le PR et les SR des différentes subventions

| | Round 6 | NFM1 | NFM2 |
|-----------------------------|--------------|-------------|-------------|
| 1. Montant alloué aux PRs | \$8 568 596 | \$2 488 374 | \$901 453 |
| 2. Montant alloué aux SRs | \$15 429 410 | \$4 712 973 | \$4 156 566 |
| 3. Total des subventions | \$23 998 006 | \$7 201 347 | \$5 058 019 |
| 4. Parts des SRs (2/3 en %) | 64% | 65% | 82% |

La part allouée aux SRs a augmenté pour la dernière subvention de 65% à 82%. Les SR sont en majorité des associations à l'exception de la DSSB (le PNLs) qui est gouvernemental. Le tableau suivant présente la répartition des budgets sur les 2 dernières subventions par SR ainsi que les taux d'absorptions de NFM1 :

Tableau 5: Répartition des budgets par SR et par subvention en %

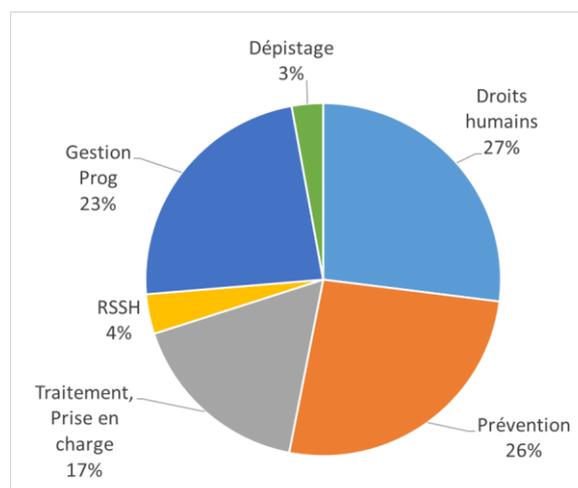
| | NFM1 | | NFM2 |
|--------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| | Taux budget / budget total | Taux d'absorption budget | Taux budget / budget total |
| ONFP | 35% | 93% | 18% |
| DSSB (PNLS) | 31% | 60% | 4% |
| Total OG | 65% | 78% | 22% |
| ATL TUN | 11% | 73% | 13% |
| ATL BUR | 8% | 113% | 12% |
| ATIOST | 7% | 114% | 35% |
| ATP+ | 4% | 71% | 4% |
| ATUPRET | 4% | 0% | 0% |
| ATSR | 1% | 121% | 5% |
| ASF | - | - | 8% |
| Total ONG | 35% | 83% | 78% |

La part des organismes gouvernementaux dans la subvention a baissé de plus de la moitié passant de 65% dans la subvention 3 à 22% dans la subvention 4. Cette baisse est notamment due à une réaffectation du paiement des dépenses de la plupart des activités du PNLs vers l'association ATIOST (soit 1,112,620 \$US). Cette réaffectation a été décidée afin d'éviter les lenteurs administratives au niveau du PNLs **qui a le plus faible taux de décaissement**. En corrigeant cette réaffectation, la part des ONG descend à 56% mais reste en hausse par rapport au NFM1. Au niveau des ONG les associations ATIOST – même en excluant l'impact de la réaffectation-, ATL Tunis et ATL bureau National (basée à Sfax) gèrent les montants les plus élevés. La subvention NFM2 a vu la part des ONG augmenter également sous l'effet de la nouvelle composante « droits humains » introduite avec cette dernière subvention et confiée à un SR « Avocats sans Frontières Tunis ».

L'analyse du budget par module montre des frais de gestion importants (23%). Les budgets sont ensuite divisés en trois principales activités : les droits humains (27%), la prévention (26%) et le traitement et la prise en charge (17%). **Les dépenses de traitement qui s'élèvent à 857 899 \$ comprennent 40% de frais de rénovation et de constructions de centres de soins.**

Les activités de RSSH concernent essentiellement des activités de recherches et d'études (études bio-comportementales, études taille de la population, consultations).

Graphique 7: Répartition de la subvention par type d'activité



La répartition des activités par type d'entité de MO (ONG/OG) et après correction des budgets de la DSSB montre la répartition des rôles entre gouvernement et société civile : les activités de prévention, Droits humains et de dépistage sont majoritairement conduits par les ONG et **sont donc les plus vulnérables dans l'hypothèse d'une transition**. Le traitement et la prise en charge est une activité dédiée aux structures du gouvernement.

Tableau 6: Répartition du budget de la subvention NFM2 entre ONG et OG – retraité

| Montants en USD | ONG | OG | Part des ONG |
|-----------------------------------------------|------------------|------------------|--------------|
| Droits humains | 1 022 537 | 342 234 | 75% |
| Prévention | 1 054 565 | 265 033 | 80% |
| Traitement, prise en charge et soutien | 0 | 857 899 | 0% |
| RSSH | 73 697 | 110 605 | 40% |
| Gestion de programme | 573 626 | 613 584 | 48% |
| Dépistage | 115 735 | 28 503 | 80% |
| | 2 840 160 | 2 217 859 | 56% |

Les principaux problèmes de gestion des subventions d'après les lettres de gestion du FM et des rapports du comité Oversight du CCM sont :

- Des procédures lourdes au sein des entités gouvernementales qui allongent les délais d'exécution et altèrent les taux d'absorption.
- Ruptures de stocks due à une chaîne d'approvisionnement non optimisée.
- Faible système de suivi et évaluation
- Retards dans la production des données financières
- Suivi insuffisant de la file active
- Résultats insuffisants en termes de dépistage et de prévention.

3.3 Financement des OSC

Les Organisations de la société civile travaillent étroitement avec les populations clés et sont les chevilles ouvrières de la riposte nationale contre le VIH. Nous avons mené une enquête auprès des 6 ONG bénéficiaires de l'appui du fonds mondial afin d'analyser leur structure et leur financement. 5 ONG nous ont donné des

chiffres par écrit, seule l'ATSR nous a répondu de manière orale sans donner de chiffres exacts. Il est à noter qu'il n'y a pas d'autre ONG en Tunisie qui travaille sur la thématique du VIH de façon directe autre que les ONG bénéficiaires de l'appui du FM. D'autres ONG travaillent sur des thématiques voisines (*droits humains, lutte contre la toxicomanie, populations clés, migrants, santé...*) et bénéficient de financements d'autres bailleurs de fonds. L'échantillon étudié représente donc la totalité des acteurs sur la thématique exclusive lutte contre le VIH. Nous présentons dans le tableau suivant la fiche d'identité de ces différentes associations :

Tableau 7: Fiche de résumé des ONG SR de la subvention Fonds mondial

| Sigle | Nom détaillé | Année de création | Bureau directeur | Salariés Permanents | Volontaires/ bénévoles | Autres |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|---------------------|------------------------|--------|
| ATSR | Association Tunisienne de la Santé de la Reproduction | 1968 | 11 | NC | NC | NC |
| ATL TUN | Association Tunisienne de Lutte contre les MST/SIDA – Bureau Tunis | 1990 | 20 | 7 | 50 | 1 |
| ATL BUR | Association Tunisienne de Lutte contre les MST/SIDA – Bureau National | 1990 | 9 | 13 | 50 | |
| ATIOST | Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le SIDA et la Toxicomanie | 1992 | 5 | 12 | 5 | |
| ASF | Avocats sans frontière – Branche de Tunis | 2015 | 11 | NC | NC | NC |
| ATP+ | Association Tunisienne de Prévention Positive | 2016 | 4 | NC | NC | NC |

Les associations SR sont dans leur majorité des associations anciennes et « historiques » et sont sous récipiendaires depuis les débuts du Fonds mondial. Seule l'ATP+ a intégré les SR plus tardivement de même que ASF est SR depuis 2019 suite à l'obtention de la subvention « Droits humains ».

Le tableau suivant présente les sources de Financement des ONG pour leurs activités VIH en pourcentage et ce d'après l'enquête menée :

Tableau 8: Sources de Financement des ONG pour leurs activités VIH en % (année 2020)

| ONG | Part VIH dans les activités de l'ONG | Financement des activités VIH en % | | | Commentaires |
|---------|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Fonds Mondial | Autres bailleurs de fonds | Autres sources | |
| ATIOST | 100% | 100% | | | Activité uniquement centrée sur le VIH et financement 100% FM |
| ATP | 100% | 60% | 40% | | Activité uniquement centrée sur le VIH et financement dépendant des bailleurs de fonds (FM et autres) |
| ATL TUN | 100% | 58% | 42% | | Activité uniquement centrée sur le VIH et financement dépendant des bailleurs de fonds (FM et autres) |
| ATL BUR | 100% | 100% | | | Activité uniquement centrée sur le VIH et financement dépendant des bailleurs de fonds (FM et autres) |
| ATSR | 40%* | 100% | | | Activité centrée sur la santé de la reproduction. Un budget stable vient de l'association internationale IBBS |
| ASF | 5% | 100% | | | Le VIH représente 5% de l'activité ASF mais est financé à 100% par le FM |

Sources : PUDR et données fournies par les ONG. * Donnée obtenue oralement

Les ONG qui contribuent directement à la riposte nationale sont totalement dépendantes des financements extérieurs et notamment de celui du Fonds Mondial : En effet, **toutes les ONG sont financées à 100% par des bailleurs de fonds externes pour leurs activités VIH mais également pour l'ensemble de leurs autres activités. Ceci représente un risque important sur la durabilité de leur action.** 4 ONG sur 6 travaillent exclusivement sur

la thématique du VIH. Les 2 autres travaillent également sur la santé de la reproduction (ATSR) et l'appui juridique (ASF). Leur activité dans le VIH est exclusivement financée par le FM et leurs autres domaines d'activités sont financés intégralement par leurs partenaires étrangers. En l'absence du Fond Mondial, ils n'envisageraient pas de poursuivre leur activité dans le domaine de la lutte contre le VIH. Deux ONG (ATP+ et ATL TUNIS) ont réussi à obtenir d'autres financements que le FM mais toujours de la part de projets financés par des bailleurs étrangers. ATL Tunis bénéficie d'un double financement FM dans la mesure où elle est également SR d'une subvention régionale.

Tableau 9: Financement de la lutte contre le VIH par les ONG pour l'année 2020

| ONG | Financement FM (2020) | Bailleurs de fonds | Ressources VIH/ONG |
|----------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
| ATIOST | 1 226 528 | 0 | 1 226 528 |
| ATP | 90 151 | 60 100 | 150 251 |
| ATL TUN | 491 398 | 354 948 | 846 346 |
| ATL BUR | 259 032 | 0 | 259 032 |
| ATSR | 153 505 | 0 | 153 505 |
| ASF | 231 991 | 0 | 231 991 |
| Total en \$US | 2 452 605 | 415 048 | 2 867 653 |

Sources : PUDR et données fournies par les ONG.

En termes de montants, et pour l'année 2020, 2.4M\$US financent la lutte contre le VIH pour les ONG dont 2 M\$US qui proviennent du FM soit 82%. L'ATIOST semble avoir le plus grand montant mais son chiffre est biaisé par les activités payées pour le compte de la DSSB. C'est l'ATL Tunis suivie de l'ATL bureau National qui ont le plus grand montant de financement

Le financement par les projets des bailleurs est structurant en termes de gestion et d'organisation mais n'est pas durable dans le temps et ne permet pas de financer les frais de structure, de retenir les ressources humaines et ainsi de capitaliser sur les acquis de l'expérience. **La structure de financement des associations de lutte contre le VIH est un vrai risque en situation de transition, notamment pour les activités visant les populations clés qui de ce fait deviennent plus vulnérables.**

Au total les Organisations de la Société Civile qui développent les activités communautaires et d'accompagnement multiformes des PVVIH en Tunisie dépendent massivement du financement du FM notamment pour toutes les dépenses en personnel et pour les interventions sur le terrain notamment les activités de prévention, défense des droits humains et dépistage communautaire. Ces activités sont les plus menacées en cas de transition rapide. Ce personnel qui a une expérience et des capacités uniques représente un atout majeur dans la prévention et l'accompagnement psychosocial des PVVIH, populations clés et vulnérables.

3.4 Paysage global de Financement, estimation pour l'année 2020

L'absence de données fiables, notamment sur le financement public rend difficile toute tentative de dessiner un paysage global des ressources mobilisées dans le cadre de la riposte nationale. Cette section présente quelques ordres de grandeur et la répartition des dépenses par source de financement pour l'année 2020 en faisant plusieurs ajustements aux chiffres collectés et en adoptant une méthodologie qui comporte de nombreuses limites (voir [Annexe 3](#) [Annexe 3 Note méthodologique sur l'estimation des dépenses et financements de la riposte nationale VIH pour 2020](#) [Note méthodologique sur l'estimation des dépenses et financements de la riposte nationale VIH pour 2020](#)).

Si nous faisons un regroupement des dépenses par domaines et en distinguant d'un côté le financement sur budget public y compris la sécurité sociale et de l'autre les dépenses financées par les ménages, nous obtenons le tableau suivant :

Tableau 10: Dépenses domestiques de lutte contre le VIH par domaine d'intervention estimées et réaffectées - 2020

| Activité | Etat (USD) | Ménages (USD) |
|----------------------------------------|------------------|------------------|
| Droits humains | 11 755 | |
| Prévention | 1 585 233 | |
| Dépistage | 1 415 861 | |
| Traitement, prise en charge et soutien | 4 907 520 | 1 490 079 |
| Total | 7 920 369 | 1 490 079 |

En reclassant certaines **dépenses du Fonds Mondial** en 2020 pour mieux refléter leur utilisation par domaine (par exemple les dépenses de réaménagement sont reclassées par le RSSH dans la mesure où elles concernent des dépenses d'équipements et de consommables médicaux...), nous obtenons la répartition suivante des domaines financés par le Fonds Mondial, pour l'année 2020 et exprimée en USD

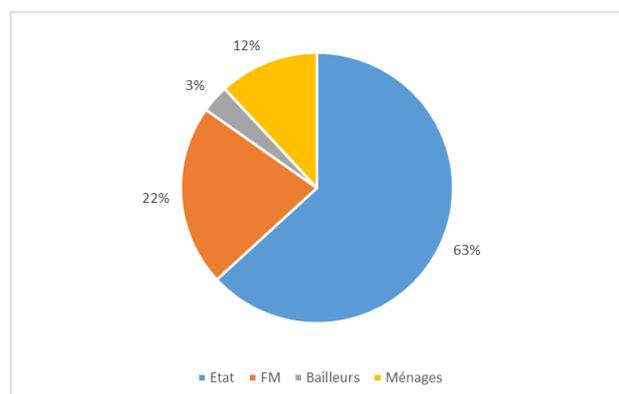
Tableau 11: budget du Fonds mondial pour la lutte contre le VIH en Tunisie pour l'année 2020 et exprimé en USD

| Modules | Selon budget 2020 | Après réaffectation |
|----------------------------------------|-------------------|---------------------|
| Droits humains | 803 715 | 803 715 |
| Prévention | 666 529 | 608 353 |
| Dépistage | 61 154 | 119 330 |
| Traitement, prise en charge et soutien | 557 592 | 423 850 |
| RSSH | 169 806 | 303 547 |
| Program management | 458 039 | 458 039 |
| Total | 2 716 834 | 2 716 834 |

Au total, nous estimons le financement de la lutte contre le VIH en 2020 à environ 12 542 331 \$ répartis entre financement public 63%⁴, Fonds Mondial 22% et 12% pour les ménages et 3% pour les autres bailleurs (OMS, FNUAP, PNUD,...).

⁴ Y compris assurance maladie publique : Environ 200 PVVIH ont recours au secteur médical privé et achètent leurs ARV auprès des officines pharmaceutiques privées (source PCT et rapport Mélanie). Il n'est pas certain qu'un remboursement intégral des frais de soins et de médicaments soit fait par les organismes publics d'assurance maladie et les mutuelles. Les protocoles thérapeutiques et la liste des produits et actes remboursés ne sont pas mis à jour régulièrement (en particulier la liste des ARV remboursés). Les traitements de deuxième et troisième ligne ne sont pas inclus par l'Assurance maladie, à titre d'exemple. De plus, peu de PVVIH bénéficient des médicaments ARV dans le cadre de l'assurance médicale étant donné qu'ils reçoivent gratuitement les ARV au niveau des centres référents du ministère de la Santé.

Graphique 8: Sources de financement de la riposte contre le VIH en 2020



La répartition des montants par activité est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 12: Paysage de financement de la lutte contre le VIH en Tunisie en 2020 – montants en USD

| Activité | Etat | FM | Autres bailleurs | Ménages | Total |
|-----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| Droits humains | 11 755 | 803 715 | | | 815 471 |
| Prévention | 1 585 233 | 608 353 | 415 048 | | 2 608 634 |
| Dépistage | 1 415 861 | 119 330 | | | 1 535 191 |
| Traitement, prise en charge | 4 907 520 | 423 850 | | 1 490 079 | 6 821 449 |
| RSSH | | 303 547 | | | 303 547 |
| Gestion des programmes | | 458 039 | | | 458 039 |
| | 7 920 369 | 2 716 834 | 415 048 | 1 490 079 | 12 542 331 |

Des constats importants ressortent de ces estimations :

- Le financement de l'Etat tunisien, toutes sources confondues, a relativement baissé puisqu'il est passé de 70% en 2013 à 63% en 2020. Cette proportion serait encore plus faible si on avait inclus tous les autres apports directs des bailleurs comme le budget octroyé par le FM au financement du CCM ou les appuis donnés par l'ONUSIDA.
- Si l'Etat Tunisien finance une grande partie des dépenses du PSN de lutte contre le SIDA, l'appui du Fonds Mondial reste décisif pour les activités des ONG en matière de prévention et de soutien en direction des populations clés mais aussi pour la coordination, l'évaluation et certaines dépenses critiques en ressources humaines y compris dans le secteur public. Ainsi seul le coordinateur du PNLIS est financé sur le budget du Ministère, toute l'équipe centrale du PNLIS est prise en charge par la subvention du Fonds Mondial. Il en est de même pour une partie des personnels affectés aux 4 centres hospitaliers de traitement des PVVIH.
- Les activités régulières et les coûts récurrents qui dépendent de l'appui du Fonds Mondial sont vulnérables du point de vue de leur pérennité alors que leur importance est dans certains cas capitale pour les progrès de la lutte contre le VIH.
- Tous ces chiffres sont à prendre avec précaution car l'année 2020 n'est pas représentative du fait de l'instabilité politique du pays et de la crise économique et sanitaire majeure induite notamment par la pandémie de la Covid 19.

- Il y a un besoin prioritaire de mettre en place les outils et mécanismes de suivi de toutes les dépenses et sources de financement de la lutte contre le VIH pour en analyser l'efficacité et préparer les conditions de la transition réussie et la pérennité du financement. La réforme introduisant les budgets programme et par objectif et l'actualisation des comptes nationaux de la santé sont des opportunités.

4 Etat de la préparation à la transition, enjeux actuels et vulnérabilités

La question de la préparation à la transition du programme VIH est à l'ordre du jour depuis au moins 2018 selon les rapports disponibles sur la riposte nationale mais aucun processus d'évaluation de la préparation à la transition n'a été entrepris jusqu'à présent pour dépasser les principaux risques pouvant affecter négativement la pérennité de la riposte nationale au VIH en Tunisie.

A la lecture des documents et des données sur les tendances épidémiologiques, programmatiques et institutionnelles, juridiques et financières ainsi que des entretiens et échanges avec les représentants des parties prenantes locales et externes, nous avons pu noter et documenter les principaux risques identifiés comme élevés pour le VIH. Sans les citer par ordre d'importance, on nommera 1) l'environnement social et le cadre juridique qui restent contraignants pour les populations clés, 2) l'absence de suivi des dépenses publiques 3) le financement extérieur élevé des interventions en direction des populations clés 4) les faiblesses des mécanismes de coordination institutionnelle officielles 5) La forte dépendance des ONG du financement du Fonds Mondial et leur faible capacité de coordination et de pérennisation de leurs interventions en direction des populations clés 6) l'inadéquation des mécanismes approvisionnement des produits de santé.

Ces contraintes et faiblesses sont des facteurs de risque qui ont été aggravées par les effets de la pandémie du Covid 19 qui ont détérioré l'économie tunisienne, multiplié les déficits et déstabilisé le système de santé et de protection sociale

4.1 Contexte politique entravant la prise de décision

L'instabilité politique se manifeste par un changement fréquent de Gouvernements (9 premiers ministres ou chef de gouvernements depuis janvier 2011), et de ministres de la santé (17 ministres de la santé depuis janvier 2011 soit une moyenne de 7.5 mois par ministre). L'instance parlementaire est souvent paralysée par les conflits politiques et de groupes d'intérêts, elle a voté peu de lois engageant de véritables réformes. Dans ce contexte, il y a peu de considération et d'attention des forces et autorités politiques à la lutte contre le VIH et la situation des PVVIH.

4.2 Un contexte économique et sanitaire fortement dégradé

Tous les rapports consultés ainsi que nos observations au cours des entretiens menés avec les parties prenantes indiquent qu'au-delà des contraintes spécifiques au VIH, un certain nombre de contraintes majeures et structurelles liées à l'économie tunisienne et au système de Santé freinent et retardent sérieusement le financement et la réalisation des objectifs stratégiques du programme de lutte contre le VIH.

Sur le plan économique, il s'agit du net ralentissement de la croissance et de la multiplication des déficits financiers et du niveau élevé de l'endettement extérieur du pays. L'instabilité politique et la crise sociale ont rendu difficile l'adoption et la mise en œuvre de réformes structurelles notamment celles demandées par le FMI et d'autres bailleurs et axées sur la réforme des entreprises publiques, la révision du système de subventions et la réduction de la masse salariale publique. Les indicateurs sociaux n'ont pas connu de réelle amélioration depuis la révolution de 2011. Ils se sont fortement dégradés et les obstacles à l'emploi se sont accrus, alimentant les frustrations : le taux de pauvreté est passé de 14 à 21% en un an et le taux de chômage atteint 17,4% de la population active et touche plus particulièrement les jeunes (36%) en 2020. Les revendications salariales et l'emploi se sont multipliées dans plusieurs régions du sud et de l'intérieur de la Tunisie fortement

touchées par la précarité, ont entraîné l'arrêt de sites de production (hydrocarbures et phosphate) et perturbé l'activité économique. Le recul de la croissance et la faible création de richesses et de valeurs ont entraîné une dégradation des conditions de vie des couches moyennes et à bas revenu.

Cette situation économique et sociale dégradée est favorable à la multiplication des cas de VIH et au non-respect des droits des PVVIH et à la discontinuité des services médicaux et psychosociaux. Tout cela intervient dans le contexte d'un système de santé dépassé par la pandémie crise du Covid 19 et où les faiblesses et les contraintes des services de santé, publics et privés, sont révélées au grand jour et exacerbées par l'urgence et l'ampleur de la réponse à y apporter. La baisse des dépenses publiques en matière de santé de 6.6% en 2011 à 5% en 2021 accentue la précarité des services de la santé déjà sinistrés et accentue les inégalités entre les plus aisés et les démunis. L'étude d'Oxfam intitulée « *Indice sur l'engagement à la réduction des inégalités : le cas de la Tunisie »* révèle par exemple que *Tunis compte 10,2 lits de soins intensifs pour 10000 habitants. Par contre Tataouine, Gafsa, Sidi Bouzid et dix autres régions ont 0 lit pour le même nombre d'habitants* ».

Ces contraintes économiques et sociales se sont répercutées sur le système de santé notamment par le tassement des budgets publics de fonctionnement et la stagnation des investissements pour maintenir et développer les infrastructures et les équipements devenus vieillissants dans le secteur public.

Déjà relégué au second plan, le programme de lutte contre le VIH semble devenir dans ce contexte très secondaire dans les préoccupations des autorités publiques et sanitaires et encore plus dépendants des activités des ONG et du financement extérieur, principalement du Fonds Mondial.

4.3 Impact de la pandémie de la COVID 19

La pandémie de la Covid 19 est intervenue à une période où la Tunisie traverse une des plus sévères crises socioéconomiques depuis son indépendance. La pandémie du Covid-19 survient alors que le pays est en train de régresser sur le plan économique, sur fond de croissance molle, d'un chômage structurel de 15%, d'un taux de pauvreté de plus de 15 %, de pressions inflationnistes toujours pesantes, d'une baisse continue du pouvoir d'achat, d'un investissement national en chute libre, d'un endettement extérieur galopant... Les chocs simultanés sur l'offre, la demande intérieure, les exportations, l'investissement national, les investissements directs étrangers sont en train de générer à travers une alchimie inédite une forte récession économique, une augmentation du chômage, de la pauvreté et des tensions sociales. Selon la Banque mondiale (2020) le nombre de Tunisiens vulnérables vivant en dessous de 5,5 dollars par jour (en parité du pouvoir d'achat) pourra augmenter de 1,9 million (17% de la population totale) à plus de 2,1 millions suite à la crise provoquée par le Covid-19.

Sur le plan sanitaire, la Covid 19 a mis à rude épreuve un système de santé déjà en rendement décroissant depuis deux décades et traversant une crise grave et durable avec des manifestations aiguës de plus en plus fréquentes. La crise de la Covid 19 fragilise les acquis et aggrave les inégalités sociales et régionales pour l'accès à des soins de qualité. Un système de soins à plusieurs vitesses, engendré par la dualité et la complexité et l'iniquité de l'offre de services. Entre un secteur public en souffrance, avec des obligations croissantes pour assurer sa mission de service public, mais des moyens limités, et un secteur privé en croissance rapide mais inaccessible financièrement et géographiquement, une frange importante de la population se trouve ainsi exclue de l'accès à des soins de qualité, les populations clés en sont parmi les premiers exclus. La réduction des budgets publics de santé et les déficiences en matière de pilotage, de régulation, de financement et l'instabilité des ministres de la santé ne permettent ni d'adapter un système de santé, devenu de plus en plus complexe et opaque, aux exigences d'une évolution rapide des besoins des populations clés et des groupes vulnérables ni de prendre en considération les aspirations des minorités et des professionnels.

L'étude sur les populations clés et la COVID-19⁵ menée dans la région MENA et réalisée en décembre 2020, pour le compte de la plateforme populations clés MENA soutenue par le Fonds mondial au travers de l'Initiative stratégique Communauté, Droits et Genre apporte de nombreuses observations et conclusions intéressantes parmi lesquelles :

- en ce qui concerne les ressources et moyens de subsistance : 36% rapportent une perte de ressources, 38.3% craignaient de perdre leur emploi, 6% des PVVIH versus 13% des autres ont déclaré une perte de revenus, 50% craignaient de manquer de nourriture et des biens essentiels.
- En ce qui concerne l'accès aux services de santé et au traitement : 38% des PVVIH craignaient l'exposition à la COVID-19, Seuls 13 % des PVVIH ont pu obtenir leurs médicaments à temps, Seuls 3 % des PVVIH ont déclaré n'avoir eu aucune difficulté à accéder aux services relatifs au VIH, 32% ont eu des difficultés pour accéder aux services du fait des restrictions de mouvement, (Confinement) 26% des personnes interrogées n'ont pas pu communiquer régulièrement avec leur médecin, 38% ont déclaré que les services de SSR et IST étaient peu accessibles durant le confinement.
- En ce qui concerne, la stigmatisation et violence, 26% ont noté une hausse de la stigmatisation et de la discrimination durant le confinement, 44% des PVVIH vs. 22% des personnes séronégatives ont été sujettes à la stigmatisation et à la discrimination, 11% des personnes interrogées ont souffert de violence et d'abus pendant cette période, mais 37% des PVVIH ont été exposées à la violence physique contre 45% pour les personnes séronégatives.
- En ce qui concerne, l'état émotionnel et santé mentale, 72% des personnes interrogées étaient angoissées et stressées, 62% se sentaient déprimées, 72% déclaraient avoir souffert de solitude pendant le confinement, 58% avaient l'angoisse d'une rupture de leur traitement, Seules 23% ont déclaré ne pas être inquiète pour leur avenir, 61.7 % des personnes interrogées ont été soutenues par leur famille quand elles en avaient besoin , 57.5% ont reçu l'appui de la communauté, Seules 17.1% ont eu accès à des services d'appui psychologique professionnel, 21.3% ont eu accès à des services de soutien mis en place face à la COVID-19.

Les mesures de riposte à la COVID-19 ont eu, à certains égards, un impact négatif sur les programmes de lutte contre le VIH, et ont affecté les PVVIH et leur famille. Avec la crise liée à la pandémie COVID19, la situation s'est aggravée sur le terrain pour ces populations : les restrictions de déplacement et confinements en 2020-2021 ont entraîné le report de nombreuses activités prévues dans le cadre de la stratégie sur les droits humains et le VIH. La réponse nationale s'est vue largement recentrée sur la distribution des médicaments pour assurer la continuité du traitement antirétroviral et l'appui nutritionnel aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH), reportant beaucoup d'interventions structurelles.

Néanmoins **les acteurs communautaires tunisiens de la réponse au VIH** ont organisé des interventions de solidarité pour permettre aux personnes isolées de maintenir leur accès aux soins et aux traitements ARV. Les recoupements entre COVID-19 et le VIH ont incontestablement eu des impacts sanitaires et socioéconomiques négatifs sur les vulnérabilités préexistantes au sein des populations clés et vulnérables ainsi qu'en terme d'accès à la prévention et aux outils de prévention.

Les modèles de soins différenciés, y compris les approches communautaires ont été mis en œuvre en Tunisie par les associations notamment ATP+ et ATL MST Tunis pour réduire la pression sur les services de santé et

⁵ Rapport d'enquête sur l'impact de la COVID 19 sur les populations clés dans la région MENA, Dec 2020

aider les PVVIH qui ne pouvez se déplacer. La distribution sur plusieurs mois (MMD quand le stock de médicament était disponible) a permis de décongestionner les centres référents, de réduire la pression sur les professionnels de la santé et de diminuer les risques d'exposition au SRAS-COV2 pour les professionnels de la santé et les PVVIH qui sont suivi dans les services de maladies infectieuses, également chargé du suivi de la COVID 19 selon la réponse nationale en Tunisie.

La crise de la COVID fut l'occasion de mettre en place des actions nouvelles et novatrices et de mettre en avant le rôle de la communauté et des associations communautaires dans l'accès aux services, par exemple distribution d'ARV au domicile du patient, distribution de préservatifs et de kit alimentaires. Ceci a été une source inestimable d'apprentissage qu'il serait utile d'exploiter à travers la documentation et la réplique des bonnes pratiques. Un axe d'action devrait donc être consacré à la valorisation de l'action communautaire dans l'accès aux droits et aux services selon une approche différenciée, la documentation/diffusion et le plaidoyer pour une intégration de l'action communautaire dans la rétention pour améliorer la cascade de soins. Les interventions expérimentées en 2020 et au début 2021 seront mises à l'échelle et seront inscrites dans le cadre de l'initiative C19RM.

4.4 L'environnement social et le cadre juridique : La stigmatisation et la discrimination persistent

L'environnement social et légal restent contraignants pour les populations clés : La stigmatisation et la discrimination liée au VIH continue d'être un défi majeur pour la riposte au VIH en Tunisie

Toutes les enquêtes récentes (MICS UNICEF, Cartographie 2021, Stigma Index,...) révèlent un niveau très élevé de stigmatisation et discrimination : 60,5 % des hommes et 66,4 % des femmes rapportaient des attitudes discriminatoires à l'égard des PVVIH ; tandis, 71,2 % des hommes et 71,9 % des femmes déclaraient hésiter à passer un test de dépistage du VIH parce qu'ils ont peur de la réaction des autres si le résultat du test est positif pour le VIH, ce dernier chiffre indique que l'auto-stigmatisation est un obstacle à l'accès aux services VIH. Elles montrent aussi un niveau encore élevé de stigmatisation des PVVIH dans les centres de santé (19,6%), les communautés (30%) et au niveau des institutions (13%) ainsi que des violences et autres formes de stigmatisation physique (20,6%).

Les rapports disponibles sur les droits humains indiquent que les populations affectées par le VIH sont celles qui rencontrent le plus de difficultés d'accès aux services du fait de l'insuffisance de l'offre des soins et de sa qualité mais surtout du fait de la stigmatisation ambiante et des lois nationales considérant les populations clés comme illégales. En effet, l'homosexualité, la prostitution, l'usage des drogues et les rapports sexuels hors mariage étant réprimés par les lois, contraignent ces populations à mener une vie sexuelle clandestine, à maintenir des comportements à haut risque d'infection ou de transmission de l'infection et expose les acteurs de prévention et les populations cibles principales des programmes à des risques de répression.

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). Les lois punitives en vigueur relatives à leur comportements, orientation sexuelle ou identité de genre favorisent un climat de discrimination, violence et de marginalisation. Cette stigmatisation, discrimination et criminalisation des populations clés découragent les individus d'accéder aux services de santé, y compris aux méthodes de prévention du VIH, de connaître leur statut VIH, de s'inscrire à des programmes de soin et de suivre leur traitement.

Les dispositions législatives relatives aux rapports sexuels entre personnes de même sexe entraînent des peines d'emprisonnement variant entre deux mois à trois ans, ainsi que des amendes allant de 46 à 120 euros. Ces

peines sont généralement appliquées. En Tunisie certaines catégories du commerce du sexe féminin est réglementé et autorisé cependant le travail de sexe clandestin est en revanche pénalisé. L'article 231 du code pénal tunisien prévoit ainsi des amendes de 20 à 200 dinars et des peines de prison de 6 mois à 2 ans, pour toutes les femmes. La pénalisation/criminalisation sont les principaux déterminants de la vulnérabilité multiple des HSH et des TS, des transgenres et des UDI. Ils favorisent et légitiment la stigmatisation et la discrimination à l'égard de ces populations et freinent de ce fait leur accès à la santé (prévention, dépistage et soin).

De nombreuses lois restrictives de liberté sont en vigueur ainsi en est-il de

- L'article 230 du code pénal prévoit jusqu'à trois ans de prison pour des rapports entre adultes de même sexe consentants ;
- L'article 226 bis du code pénal punit l'outrage aux bonnes mœurs ou l'immoralité publique de six mois de prison et d'une amende de 1 000 dinars tunisiens (416 dollars US). Les personnes transgenres en particulier sont exposées au risque d'être arrêtées et poursuivies en vertu de l'article 226 quand leurs actes, apparences sont considérés comme une atteinte aux bonnes mœurs
- Loi 92 des maladies Sexuellement transmissibles : la loi considère les PVVIH comme des « dangers » pour la société qu'il faut protéger d'eux : par exemple : possibilité de les isoler en cas d'arrestation.
- La loi 52 promulguée en 1992 prévoyant une peine minimale d'un an de prison pour « consommation de stupéfiants » a été amendée en 2017 afin de permettre aux magistrats de tenir compte de circonstances atténuantes et d'éviter l'emprisonnement dans certains cas. Cependant, l'application de la loi 52 par la police et la justice continue d'avoir un impact considérable sur la vie de nombreux jeunes Tunisiens.
- La circulaire n° 16-2001 du 27 février 2001 relative à la lutte contre le VIH Sida limite l'accès gratuit aux traitements ARV aux patients tunisiens résidents en Tunisie. De plus, la loi numéro 7 de 1968 permet de déporter tout non ressortissant perçu comme une menace à l'ordre public.
- Loi 52-92 sur les stupéfiants tel que modifiée par les textes subséquents (notamment 2018). Cette loi est trop sévère sur les usagers de drogues et ne laisse pas de marge à la réhabilitation.
- Absence de cadre juridique pour les traitements de substitution. La modification de 2018 donne droit à la désintoxication, elle a également enlevé la prison systématique mais laisse une marge de manœuvre au juge pour emprisonner les primo-usagers de drogues. <https://legislation-securite.tn/fr/node/44463>

Problème d'application de la loi

- Loi n° 2016-5 du 16 février 2016, modifiant et complétant certaines dispositions du Code de procédure pénale n'est pas systématiquement appliquée (droit avocat, droit à un médecin) non appliqué <https://legislation-securite.tn/fr/node/45564>
- Loi 58- violences faites femmes : (TS et PVVIH notamment ne bénéficient pas souvent des protections données par cette loi) <https://legislation-securite.tn/fr/node/56326>
- Les Violences contre les Transgenre et LGBT ne sont pas explicitement considérées par la loi et encore moins sanctionnées
- Loi 52-92 sur les stupéfiants : mauvais et/ou absence de centres opérationnels et efficaces (de désintoxication)

L'adoption d'une stratégie nationale sur les droits humains et le VIH en 2019 avec le soutien du FM a permis d'accomplir certains progrès (plaidoyer pour la dépenalisation en Tunisie des rapports sexuels entre personnes de même sexe étude Stigma Index en 2021, guide référentiel, accord avec l'Office National de l'ordre des Avocats, plateforme juridique, formations et recrutement de professionnels de santé aux droits humains...) et de réduire quelque peu la stigmatisation et la discrimination liée au VIH et de protection des droits des PVVIH, populations clés et vulnérables mais tout cela reste trop limité pour avoir un impact sur l'accès de ces

populations aux services de VIH (prévention et traitement). De plus, le plaidoyer en faveur d'une réforme des lois, politiques et pratiques punitives qui continuent de créer des obstacles importants à l'accès aux services VIH est également en recul, en raison des difficultés que connaît le pays dans sa transition démocratique et des restrictions dues à la pandémie du Covid-19.

4.5 Les faiblesses des mécanismes de coordination institutionnelle officielle

Le Comité de Coordination Tunisie (CCM), organe national de coordination inclut des représentants des autorités publiques, des organisations de la société civile, des populations clés et des partenaires internationaux. Il est le seul espace fonctionnel et de discussion des questions vitales sur la mise en œuvre des PSN de lutte contre le VIH. Il est surtout centré sur la mise en œuvre des subventions du FM. Cependant, comme dans d'autres pays, le CCM a la forme juridique d'une simple association. Le statut d'association lui donne une liberté d'action programmatique et financière et lui permet d'être proche des communautés et de toutes les parties prenantes. Ce statut lui donne peu de pouvoir pour mobiliser ou influencer les acteurs publics de la santé et des autres secteurs impliqués dans la lutte contre le VIH.

Le Comité National de la lutte contre le VIH est l'organe Gouvernemental qui a la charge de fixer et de suivre les politiques nationales mais qui n'a jamais effectivement fonctionné ni au niveau central ni au niveau régional et périphérique. Le CNLS n'a pas de budget et sa composition est à forte dominance gouvernementale. Les membres n'ont pas été renouvelés depuis 1992 comme cela a été décrit plus haut dans la section 2.2.1 L'organisation de la lutte contre le VIH). Cette non-fonctionnalité du CNLS est une des faiblesses institutionnelles majeures de la lutte contre le VIH et un frein dans la transition vers la pérennité.

4.6 La faible capacité de gestion financière, de suivi et de d'évaluation

Une autre lacune majeure de la riposte nationale réside au niveau du système d'information et de gestion des données épidémiologiques, programmatiques et financières liées à la lutte contre le VIH. En effet, malgré les investissements réalisés notamment par le FM, les mécanismes existants de collecte et de traitement de l'information restent peu performants et ne permettent pas de disposer dans les délais de données robustes sur le nombre de cas dépistés, sous traitement, traités, perdus de vue. Il en est de même pour les informations sur les activités de prise en charge et de traitement des cas dépistés, les 4 centres installés au niveau des hôpitaux ne sont pas à même de faire remonter l'information dans les délais et sous une forme exploitable malgré la mise en place des outils et applications nécessaires.

Sur le plan financier, seules les dépenses financées par le Fonds Mondial sont identifiées et tracées notamment au niveau de l'UGP/ONFP et du LFA. Le PNL et le CCM ne disposent pas d'informations complètes et exploitables sur les dépenses financées sur ressources étatiques du fait de l'inexistence d'un budget spécifique et d'un système de collecte adéquat. De ce fait, les coûts et les financements effectifs de la riposte nationale ne sont pas connus avec précision et de manière régulière.

Cette défaillance majeure est bien identifiée dans le nouveau PSN et dans la récente demande de financement au FM car c'est un handicap majeur pour la détermination des besoins, cibles et objectifs et pour planification opérationnelle, budgétaire et financière.

Ainsi les nouvelles estimations du Spectrum-2020 donnent 6827 PVVIHs alors que le cadre de performance de la subvention 2019-2021 basé sur les estimations de Spectrum - 2018 portaient sur 3538 PVVIHs. De ce fait les résultats enregistrés en pourcentage en 2020 sont divisés par 2 du fait du doublement du dénominateur.

4.7 ONG très actives mais dépendantes

Les ONG assurant des fonctions essentielles dans la riposte nationale au VIH mais fortement dépendantes du soutien des financements extérieurs et du Fonds Mondial et dont la faible capacité de coordination et de

mobilisation des ressources est un risque majeur pour la transition et la pérennisation de leurs interventions en direction des populations clés

Les associations réalisent un travail unique et remarquable par sa valeur ajoutée. Elles sont activement impliquées dans la lutte contre le VIH notamment dans la prévention primaire, la prévention combinée auprès des populations clés (HSH, TS, UDI et des transgenres) ainsi que les populations en contexte de vulnérabilité notamment les migrants, les détenus et quelques personnes en situation de handicap accueillies. Les associations ont développé des contacts directs avec les populations clés et dans les hot spots par le biais des pairs éducateurs pour la plupart d'entre eux issus des populations elles-mêmes. Les pairs éducateurs assurent de nombreuses prestations en direction des populations clés et vulnérables sous forme d'actions de sensibilisation, offre de dépistage notamment en stratégie mobiles dans le cadre de campagnes, soutien juridique et psychosocial en face de situations de violation de droits, de violences et de discriminations. Les interventions concernent également l'accompagnement vers les 4 centres de prise en charge de l'infection par le VIH (Tunis, Monastir, Sousse et Sfax). Chacune des associations impliquées dans la riposte nationale contre le VIH a son historique, ses approches, ses aires géographiques et ses particularités en termes d'actions et de principales populations clés⁶.

Les associations présentent un certain nombre de faiblesses sur le plan programmatique et financier qui sont des risques par rapport à la transition. On peut citer notamment les éléments suivants cités lors des entretiens menés

- Les associations sont toutes très dépendantes et depuis longtemps des financements extérieurs et particulièrement du FM malgré les quelques tentatives de diversification de ressources (voir données dans la section sur le financement). Le budget alloué par l'Etat pour appuyer les programmes des OSC demeure très faible⁷ et sans aucun effet significatif. Les personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation s'accordent à dire que lorsque le FM se retirera, les OSC perdront beaucoup de leurs capacités d'intervention et d'influence notamment en rapport avec les populations clés et les activités de prévention et de soutien multiforme qui leur sont dédiées.
- Elles restent concentrées sur le plan géographique et ne bouleverse pas l'architecture des services publics en charge du VIH. Les ONG manquent de présence active au niveau des régions non côtières et l'on constate que les ONG thématiques IST-VIH sont celles effectivement actives sur le terrain dans la lutte contre le SIDA. Peu d'ONG de développement ou du secteur social sont impliquées dans le soutien aux PVVIH. C'est là peut-être un des effets négatifs du soutien FM. Il faut toutefois signaler que les associations sur les droits humains contribuent dans leur domaine à la riposte nationale.
- L'absence d'une instance et de mécanismes effectifs de concertation et de coordination nationale engendre la faible couverture des besoins en prévention des populations clés à la fois sur le plan géographique et en termes de quantité et qualité des activités. La coordination de leurs programmes et activités est variable et peu effective du fait de la relative absence de mécanismes et de volonté de trouver des synergies et des complémentarités. Plusieurs acteurs travaillent sur la même thématique sans coordination, exemple le plaidoyer auprès des parlementaires est une activité partagée entre ASF (subvention nationale) et ATL Tunis (subvention régionale). Il y a éparpillement des activités et quelque fois une compétition inutile entre ONGs. Il y a aussi une certaine routine qui s'installe et l'absence de véritables indicateurs de performance et de recherche d'atteinte de résultats

⁶ Il s'agit essentiellement des associations suivantes : ATIOST, ATP, ATL TUN, ATL, BUR ATSR et ASF

⁷ Selon le budget du ministère de la santé 2021, il est de 1 234 000 DT soit 300,000 \$ pour l'ensemble des associations (y compris les amicales du personnel du ministère). Aucune ONG liée au VIH ne reçoit de financement public selon leurs confirmations

- L'offre de dépistage volontaire est marquée par plusieurs insuffisances tant quantitatives que qualitatives avec une activité variable des centres de dépistage et un nombre de tests annuels très insuffisant. Des opportunités manquées avec une offre de dépistage du VIH peu attractif et souvent pas assez ciblée sur les populations clés. Le dépistage mobile et communautaire reste limité à quelques campagnes selon les moyens.
- Il n'existe pas aussi de contractualisation effective entre les ONG et le bénéficiaire principal ou avec le PNLs basé sur des contrats sociaux indiquant les performances à atteindre qui auraient permis de meilleurs résultats. Si bien que les investissements du FM n'atteignent pas pleinement l'impact escompté dans les délais.
- Les ONG n'ont pas toujours réussi à aider les populations clés à s'organiser, il est vrai que ces dernières connaissent une grande dispersion et subissent une discrimination encore perceptible au niveau de la société et de certaines institutions
- Les ONG connaissant une instabilité importante de leur personnel du fait des bas salaires et primes au regard du coût de la vie mais aussi du fait de l'absence de formation solide, de motivation et de plan de carrière.
- Les ONG manquent également de capacités dans la mobilisation et la gestion des ressources et dans la conception et la mise en œuvre d'approches innovantes et effectives. Tout cela a des effets sur leur réputation et sur leurs capacités d'absorption des financements alloués et dans le suivi et évaluation de leurs activités et performances.

4.8 L'inadéquation des mécanismes approvisionnement des produits de santé

L'approvisionnement en produits de santé pour le PNLs est réalisé par la Pharmacie Centrale de Tunisie et a deux sources de financement d'une part le budget de l'Etat et d'autre part la subvention du Fonds Mondial.

Tableau 13: Financement des produits de santé en Tunisie 2020

| Etat | Fonds mondial |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 100 % des tests de confirmation, mesure de la charge virale et tests de suivi des patients | 100% des tests rapides et des tests de génotypage effectués par le laboratoire national de référence |
| | 100% des préservatifs, gels lubrifiants et seringues |
| 100 % des ARV pour les Tunisiens | Molécules de 2eme et 3eme ligne |
| | Traitements pour les migrants (cohorte de 200 à 600 patients) |

Le budget de l'Etat couvre environ 80% des dépenses en ARV, le Fonds Mondial autour de 20%. Le décaissement des montants par l'Etat a été régulier jusqu'à présent. La part du Fonds Mondial est bien plus importante si l'on considère le financement de l'ensemble des produits de santé et pas seulement les ARV (\$530k sur 3 ans pour le FM).

Le système d'approvisionnement, stockage et distribution en médicaments pour le PNLs est unique et intégré pour les deux sources de fonds. L'approvisionnement est géré par la PCT qui détient le monopole de l'importation des produits pharmaceutiques en Tunisie tant pour le secteur public que le secteur privé en vertu d'un décret de janvier 1961. Seuls les médicaments ayant reçus une AMM du ministère de la Santé sont autorisés à l'importation et commercialisation. Il existe une dérogation pour les médicaments destinés à des

patients désignés nommément ou pour l'achat de médicament en faible quantité à travers la procédure de la « commande ferme ». La PCT utilise la procédure de l'appel d'offre local ou international pour les achats planifiés et la procédure du marché de gré à gré quand il n'y a pas de concurrence.

Les médicaments antirétroviraux sur budget de l'Etat ont été approvisionnés totalement à travers la procédure des « commandes fermes ». Dans les années 2019-2020, le PNLS, à travers la PCT, s'est approvisionné en ARV auprès de deux fabricants indiens de médicaments génériques et auprès de fabricants de Princeps pour les médicaments de troisième ligne et pour certains médicaments de deuxième ligne et certaines formulations pédiatriques des sirops. Dans le passé, la PCT s'est aussi approvisionnée en ARV auprès de IDA, une agence d'approvisionnement européenne. Néanmoins, IDA exige un prépaiement en devises et a des délais relativement longs de livraison, tout cela pour des quantités modestes puisque qu'actuellement, environ 1460 personnes sont en traitement sous antirétroviraux (ARV) dans le secteur public dont environ 30 enfants en dessous de 10 ans 8.

Le secteur médical et pharmaceutique privé, également approvisionné par la PCT, couvre environ une cohorte de plus de 200 patients, soit environ 20-30% des patients sous TARV en Tunisie. L'irrégularité de la disponibilité des ARV et le coût relativement élevé de ces médicaments dans les officines privées est un facteur de souci en termes d'interruption de traitement et de création de potentielle résistance aux médicaments d'autant plus que le secteur privé n'est pas intégré au PNLS et ne transmet pas de données.

Le marché des médicaments et produits de santé lié au VIH est très modeste en Tunisie comme on l'a signalé plus haut. Même avec un passage à l'échelle dans la couverture en ARV des toutes les personnes vivantes avec le VIH en Tunisie, y compris les migrants, le marché des médicaments pour le VIH n'est pas attractif pour les fournisseurs. De plus, l'approvisionnement connaît une série de difficultés et d'obstacles qui réduisent son efficacité et expliquent quelque peu les prix élevés pour certains produits.

Le premier problème concerne la sélection et la quantification des produits qui restent sous-optimales. Ainsi l'utilisation de la consommation mensuelle moyenne comme méthode de quantification a des limitations importantes dans la définition de besoins des cohortes de patients sous TARV, surtout pour la deuxième, troisième ligne et pour les enfants. Le PNLS de Tunisie n'utilise pas encore un outil de quantification qui se base sur les données désagrégées des patients sous traitement par régime.

Le deuxième problème touche aux opérations et procédures de stockage et de distribution des médicaments qui sont quelque peu dépassées et surtout sous-encadrées du fait par exemple que le pharmacien de la DSSB référent a en plus du PNLS, 14 autres programmes à suivre avec peu de moyens techniques et logistiques.

En plus de cela, le système d'information de la gestion logistique (SIGL) des médicaments et produits de santé auprès du dépôt de la DSSB est déficitaire et continue à traiter manuellement, sous forme papier les opérations courantes sans moyen informatique, malgré l'installation récente d'un logiciel (e-pharma), non encore utilisé.

Ces trois problèmes ont engendré des ruptures de stocks et des pénuries quelques fois prolongées pour certains produits de première importance 9. On sait que toute rupture et interruption de traitement a un impact sur la

⁸⁸ Dr Barbara Milani, Etat de lieux sur la gestion des stocks et des achats (GAS), les politiques et la réglementation pharmaceutique en Tunisie pour la proposition VIH au Fonds mondial. Expertise France, Décembre 2020

⁹ Voir dans le rapport de Barbara Milani le tableau des ruptures de stocks dans les centres de traitement pour la période Janvier-Novembre 2020

santé et la vie des patients et sur l'apparition des résistances, et donc sur le poids économique de la maladie dans le pays.

L'inefficacité de la gestion de la sélection, de la quantification, des stocks et de la distribution couplée à la rigidité de la réglementation et des procédures d'achat des médicaments et produits de santé dans un contexte d'un marché tunisien modeste et peu attractif aboutit à l'acquisition de médicaments à des prix relativement élevés par rapport à ceux obtenus par d'autres pays et par les mécanismes internationaux d'achats comme le montre le rapport du Dr Barbara Milani.

Tableau 14: Prix des schémas thérapeutiques antirétroviraux en Tunisie (par patient par année). 2020

| schema therapeutique | Prix historique (USD) par personne par année DDP INCOTERM | source budget |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Première intention Emtricitabine / Tenofovir / Efavirenz | 156 | Budget de l'Etat Fonds mondial (population migrante) |
| Deuxième Intention Zidovudine/lamivudine (or Abacavir/Lamivudine) + Lopinavir/ritonavir* | 588* | Budget de l'Etat Fonds mondial |
| Troisième intention Etravirine /Raltegravir/Darunavir/ritonavir | Jusqu'à 19 932 | Fonds mondial |

Source : Prix historiques PCT, LOHP-TN, Bénéficiaire principale. * En 2019, des formulations génériques de lopinavir/ritonavir a été approvisionnée. Source : rapport de Barbara Milani, Dec 2020. *La liste détaillée est présentée en [Annexe 6](#)*

Dans un contexte de crise économique et sanitaire aigue et d'aggravation des déficits financiers publics, la Tunisie se doit de faire des économies, traquer les pertes et optimiser son système d'approvisionnement pharmaceutique. Dans le cadre de la préparation à la transition par rapport au soutien financier du Fonds mondial, il est crucial de formuler une stratégie et des politiques et d'utiliser des outils appropriés pour accroître l'accès à des médicaments de qualité et à des prix abordables et de prendre avantages des mécanismes internationaux qui ont prouvé leurs bienfaits et avantages. (Tel que le système de préqualification de l'OMS, le développement des formulations génériques...)

4.9 Points de vue des parties prenantes sur les enjeux et le processus de préparation à la transition

La liste des domaines, des risques et des recommandations proposés a été discuté avec les représentants des parties prenantes au cours des entretiens et échanges tenus entre avril et fin juillet ([Annexe 1](#) ~~Annexe 1~~ [Liste des personnes consultées lors des entretiens et/ou ateliers](#) ~~Liste des personnes consultées lors des entretiens et/ou ateliers~~). Cette liste a été revue par de nombreux responsables et représentants des parties prenantes nationales et internationales

Les principales parties prenantes ont insisté sur les points suivants.

Les représentants du ministère de la Santé par le biais du responsable du PNLIS ont rappelé les acquis et les progrès réalisés en matière de lutte contre le VIH qui sont d'une importance capitale aussi bien dans les domaines de la prévention, du dépistage et diagnostic que de la prise en charge thérapeutique et psychosociale et des droits humains. L'appui des partenaires et des OCS a été très utile pour porter à l'échelle la riposte et passer à une vitesse supérieure. La préparation à la transition doit être, de ce fait, appréhendée de façon globale et positive. Elle constitue une réelle opportunité pour la Tunisie et pour les gestionnaires du programme IST/VIH car elle permet de tester de nouvelles approches et des nouveaux modèles et de renforcer les synergies et l'intégration et de tenir compte des nombreuses réformes en cours et envisagées. Des efforts doivent être consentis de façon progressive afin de capitaliser ces acquis et de laisser émerger, dans la dynamique de la riposte, des éléments nouveaux à même de garantir la pérennité de l'action selon avec la participation de l'ensemble des acteurs sous le leadership du ministère de la santé. Il a été souligné la nécessité de renforcer les actions liées à la prise en charge psychosociale et à la problématique droits humains et VIH et à de prendre toutes les mesures utiles pour l'amélioration de la gestion des achats et des stocks des produits pharmaceutiques.

Cette vision sur le financement est partagée par l'ensemble des *représentants de l'ONUSIDA et du Fonds Mondial* qui recommandent d'adopter une approche progressive en accordant la priorité aux actions à fort impact, susceptibles de renforcer les acquis et de réduire les risques et obstacles identifiés dans le cadre de l'évaluation de l'état de préparation à la transition. Ces agences insistent sur le fait que la Tunisie traverse une période très difficile sur le plan institutionnel, sanitaire et socio-économique. Les ressources du Fonds Mondial sont nécessaires à cette étape. Il est aussi très important de disposer de données solides pour bien établir les priorités et mesurer les résultats. Il s'agit aussi de développer l'approche communautaire qui devrait être un levier fort de la riposte au VIH en Tunisie. Les agences de Nations Unies continueront à soutenir, notamment sur le plan technique, la riposte contre le VIH et à accompagner les efforts de tous les partenaires et acteurs locaux.

Les *Organisations de la Société Civile* ont toutes exprimé leur volonté d'accompagner activement le processus de préparation à la transition du fait de leur présence sur le terrain et du rôle capital qu'elles jouent dans la lutte contre le VIH/sida et pour les droits humains. Etant acteurs principaux dans la prévention, le dépistage et l'appui psychosocial mais tributaires dans leurs interventions des financements Fonds Mondial, les OSC ont beaucoup insisté sur le fait que soient mis en place les instruments juridiques, financiers et programmatiques nécessaires à la pérennisation de leurs actions auprès des populations clés et vulnérables. Les OSCs sont pour l'innovation, la coordination et la mise en place de contrats dans le cadre d'un partenariat public-OSC mais aussi d'un financement stable prévisible et d'une gestion sans contraintes bureaucratiques.

Au cours des entretiens et des échanges, il a été retenu d'importants **points communs**, parmi lesquels :

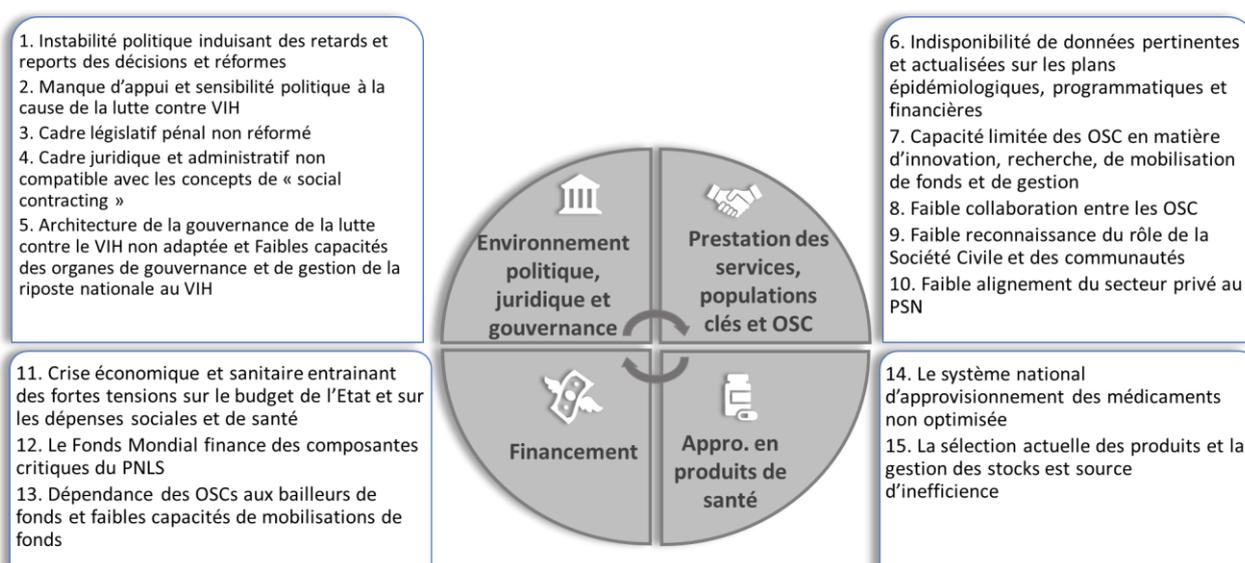
- Le processus de préparation à la transition prendra plusieurs années. Le temps disponible avec la subvention 2022-2024 est une chance unique pour tous les acteurs et partenaires de la lutte contre le VIH. Il devra être saisi comme une opportunité pour une préparation systématique, coordonnée et réfléchie prenant en compte les volets techniques et programmatiques mais aussi institutionnels et financiers qu'une telle évolution apportera.
- Un certain nombre de jalons importants sur le plan organisationnel, programmatique et financier sont à identifier et à concrétiser au cours des prochaines années pour une trajectoire vertueuse en direction de la durabilité et la pérennité.
- La préparation à la transition se présente dans un contexte difficile du fait de la conjoncture économique et financière et des nombreuses priorités sociales. Il faudra inscrire la phase de préparation de la transition et aligner les nouvelles mesures de riposte contre le VIH dans le cadre des initiatives, projets et réformes du système et de la politique de santé en cours notamment la Nouvelle Politique Nationale de Santé à l'horizon 2030.

5 Vision et objectifs et principaux domaines du plan de préparation à la Transition

5.1 Liste des risques par rapport à la transition

À la suite d'une analyse de situation et d'une série d'échanges clôturés par un atelier tenu en ligne le 7 juillet 2021 avec des représentants des parties prenantes une liste prioritaire de **15 risques clés** a été retenue en se basant sur l'importance du problème identifié, la probabilité de survenance, le potentiel impact et la faisabilité des mesures à entreprendre au cours des trois prochaines années pour faire face au risque. Elle est présentée ci-dessous par domaine selon les termes qui ont été retenus au cours de l'atelier. La liste des risques est résumée dans ce graphique :

Graphique 9: Liste des risques entravant la transition du FM et la pérennisation de la lutte contre le VIH



5.1.1 Environnement politique, juridique et gouvernance

1. **Instabilité politique induisant des retards et reports des décisions et réformes**

Les changements fréquents au niveau des responsables politiques et ou administratifs, a par le passé, ralenti et impacté la mise en œuvre de la réponse nationale au VIH. Cela entraîne des retards dans la mise en œuvre des politiques et des budgets en cours (Par exemple le NFM3), dans les orientations et les décisions prises et un report permanent des décisions de réforme et des mesures visant à assurer une efficience dans le court terme et une viabilité à long terme des activités de lutte contre le VIH. Cette instabilité politique risque d'engendrer un risque de retard dans la mise en œuvre du plan d'action de transition et de mobilisation de fonds pour la lutte contre le VIH qui sont actuellement apportés par le FM.

2. **Manque d'appui et sensibilité politique à la cause de la lutte contre VIH**

La sensibilisation politique de haut niveau et le soutien à la lutte contre le VIH s'estompent à mesure que la crise économique et sanitaire s'installe dans un contexte de priorités sociales et sanitaires concurrentes, et de déficit budgétaire et de contraintes macro-économiques majeures. Du fait que la question du VIH est reliée culturellement à des populations marginalisées et que le conservatisme a élargi son influence. Les politiques manquent de sensibilité aux différents déterminants de l'épidémie. Le soutien politique, social et financier en vue de préparer et d'entamer la période de transition risque d'être faible mettant la lutte contre le VIH en grande difficulté en cas de baisse drastique du soutien du Fond Mondial.

3. **Cadre législatif pénal non réformé**

Le cadre légal – notamment la constitution- a évolué positivement dans le cadre de la protection des droits de l'homme en général. Cependant cette évolution n'a pas touché plusieurs dispositions législatives et pratiques

favorisant la stigmatisation, la discrimination à l'égard des populations clés et freinant de ce fait leur accès à la santé (prévention, dépistage et soin). Les dispositions de pénalisation et criminalisation induisent une vulnérabilité multiple et accrue des HSH et des TS, des transgenres et des UDI et impactent le travail des associations sur le terrain. Par exemple, l'article 231 du code pénal tunisien prévoit ainsi des amendes de 20 à 200 dinars et des peines de prison de 6 mois à 2 ans, pour toutes les femmes pratiquant le travail de sexe clandestin. Les rapports sexuels entre hommes entraînent des peines d'emprisonnement variant entre deux mois à trois ans, ainsi que des amendes allant de 46 à 120 euros. La détention et distribution de préservatifs peut être un motif d'arrestation pour incitation à la débauche.

Les réponses efficaces au VIH restent entravées par la criminalisation du travail du sexe et de la consommation de drogues et découragent les populations clés à chercher des soins préventifs et curatifs adéquats tels que décrits dans les stratégies nationales de lutte contre le VIH.

4. *Cadre juridique et administratif non compatible avec les concepts de « social contracting »*

Le cadre juridique et administratif pour la collaboration directe entre l'Etat et les OSC pour mener des activités auprès des populations vulnérables dans le cadre de la lutte contre le VIH n'est pas totalement adapté ni suffisant. Il existe un cadre juridique général pour le financement public des associations. Ce cadre ne couvre pas l'ensemble des besoins financiers (par exemple dons en nature, mise à disposition de personnel ou d'équipements), ne régit pas la collaboration sans financement et ne permet pas d'avoir une protection juridique suffisante. Les budgets liés à l'appui aux associations est faible (Exemple en 2013, 400 mille dinars pour l'ensemble des associations pour le ministère de la Santé en incluant les amicales du personnel).

Les OSC jouent pourtant un rôle critique et important dans la riposte nationale et dans la mise en œuvre des activités soutenues par le Fonds mondial. Sans l'élaboration d'un cadre juridique et une mise en œuvre effective notamment sous forme de contrats financés et basés sur des objectifs et des résultats définis (« social contracting »), il sera difficile pour les institutions gouvernementales de prendre la relève du Fonds mondial et de soutenir les OSC à mesure que le financement des donateurs diminue.

5. *Architecture de la gouvernance de la lutte contre le VIH non adaptée et Faibles capacités des organes de gouvernance et de gestion de la riposte nationale au VIH* La gouvernance de la riposte nationale n'est pas adaptée à la gestion de la lutte contre le VIH. Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) impliquant l'ensemble des acteurs concernés n'a pas été opérationnalisé réduisant ainsi les capacités de plaidoyer et de mobilisation de l'attention des autorités publiques et des ressources domestiques (publiques et privées). Son rôle, sa composition et ses méthodes de travail ne sont pas inclusifs et représentatifs des différentes parties prenantes de la riposte nationale (spécialement la SC et les communautés). Malgré des améliorations certaines, le PNLS est actuellement dénué de moyens suffisants sur les plans financiers, logistiques et humains. Le CCM a une représentation inclusive, est actif et apporte une contribution significative mais n'a aucun mandat officiel et permanent en dehors de mobilisation des fonds à partir du Fonds mondial ainsi que l'orientation et le suivi de l'allocation des ressources affectées par le Fonds Mondial. Son statut d'association le rend vulnérable lors du départ du Fonds Mondial. La gouvernance et la gestion de la lutte contre le VIH restent fragiles et largement dépendantes des organes initiés et des moyens fournis par le FM.

De plus, la réussite de la gestion des programmes nécessite la prise de décision claire, rapide et efficace. Il y a un risque de nommer des responsables n'ayant pas les capacités techniques et de gestion suffisantes pour prendre les décisions justes, opportunes et en temps voulu.

La gouvernance de la lutte contre le VIH actuelle présente un risque par rapport à la transition tant sur le plan de sa conception que des moyens de mis en œuvre.

5.1.2 Prestation des services, populations clés et OSC

6. Indisponibilité de données pertinentes et actualisées sur les plans épidémiologiques, programmatiques et financières

Le système de collecte et de traitement de l'information épidémiologique, programmatique et financière présente de nombreuses limites et ne permet pas, de ce fait, une planification et une gestion rigoureuse des activités et des ressources de tous les acteurs impliqués dans la riposte nationale au VIH. Les plateformes disponibles de santé ainsi que le système national de Suivi et évaluation (NADIS) ne sont pas optimaux. Ceci engendre un risque sur la qualité de la planification des activités et donc sur l'impact de la riposte au VIH/sida.

7. Capacité limitée des OSC en matière d'innovation, recherche, de mobilisation de fonds et de gestion

Les capacités de planification, de programmation et de coordination des interventions des OSC sont très variables et restent insuffisantes pour fournir des services de lutte contre le VIH solides et de qualité. Le nombre réduit des ONG de lutte contre le VIH/sida et surtout l'instabilité de leur personnel qualifié et la faiblesse des motivations en place expliquent en partie cette situation. Leur financement est dépendant des programmes des bailleurs particulièrement du Fonds mondial ce qui a limité leur capacité d'entreprendre leur propres programmes et activités. Leur expérience est faible en matière de contrats sociaux avec le gouvernement et dans la mobilisation de fonds auprès potentiels partenaires et financeurs. Leurs interventions restent classiques, assez peu innovantes.

8. Faible collaboration entre les OSC

Les OSC particulièrement les bénéficiaires de la subvention FM ne collaborent entre elles que d'une manière épisodique dans la mise en œuvre des programmes. Elles ne sont également pas suffisamment intégrées dans d'autres réseaux nationaux et internationaux travaillant sur des thématiques plus larges. Avec la sortie du FM, cette collaboration risque de disparaître et ainsi affaiblir leur poids et affecter la qualité de la riposte.

9. Faible reconnaissance du rôle de la Société Civile et des communautés

Les autorités administratives n'ont pas l'habitude de collaborer effectivement avec la société civile et les communautés et c'est grâce au programme du Fonds mondial et un travail de longue haleine que cette collaboration a pu se mettre en place mais d'une manière limitée. Il existe une méfiance quant à l'intervention de la société civile dans des activités jugées « régaliennes ». En l'absence d'un bailleur de fonds international, les autorités administratives risquent de ne plus reconnaître et consulter les représentants de la société civile et des communautés dans les activités initiées par elles et/ou de ne pas leur donner les accès et autorisations nécessaires pour mettre en œuvre et développer leurs propres initiatives.

10. Faible alignement du secteur privé au PSN

Le secteur privé de la santé est en forte expansion et représente une part croissante dans l'offre de services et de produits de santé, il n'est cependant pas intégré dans les efforts de lutte contre le VIH. Pourtant il est utilisé par exemple par les TS clandestines et les HSH pour le dépistage et occasionnellement pour des consultations médicales et pour l'achat de certains produits de santé et autres par les populations clés et vulnérables y compris les migrants. Les antirétroviraux de première et deuxième ligne sont présents dans les officines privées, approvisionnées par la PCT. En 2018, le secteur privé de la santé était estimé couvrir une cohorte de plus de 200 patients, soit environ 20-30% des patients sous TARV. Il n'existe pas de collaboration organisée et évaluée avec le secteur public ni de système explicite d'accréditation, de sous-traitance, de financement et de suivi des prestataires privés dans le cadre de la lutte contre le VIH. Sans une politique et une intégration appropriée des prestataires et assureurs privés mais aussi un plaidoyer auprès du secteur économique privé, il sera difficile pour la Tunisie de parvenir à une réponse globale et de la maintenir.

5.1.3 Financement de la lutte contre le VIH

11. Crise économique et sanitaire entraînant des fortes tensions sur le budget de l'Etat et sur les dépenses sociales et de santé

La crise économique et sociale vécue par la Tunisie ces dernières années a été aggravée par la pandémie de COVID-19 qui a entraîné un ralentissement économique sans précédent et une dégradation des conditions de vie fragilisant encore plus les populations clés et vulnérables. Le PIB réel s'est contracté de 8,2 % en 2020 et la hausse du taux de chômage a touché de manière disproportionnée les travailleurs peu qualifiés, les femmes et les jeunes, et contribue au mécontentement social. L'espace fiscal de l'Etat s'est beaucoup réduit avec un déficit budgétaire croissant et un lourd endettement public laissant peu de marges pour redéployer des dépenses publiques supplémentaires notamment à la lutte contre le VIH. La crise économique risque de perdurer et d'avoir un impact durable sur le financement public de la santé en général et la lutte contre le VIH en particulier.

12. Le Fonds Mondial finance des composantes critiques du PNLS

Le programme de lutte contre le VIH reste fortement dépendant du Fonds mondial, en particulier pour certains volets (prévention, certaines études et enquêtes, tests de génotypage, diagnostics, dépistage et conseil, le travail de proximité) de même que certains personnels du PNLS et des unités hospitalières de traitement.

13. Dépendance des OSCs aux bailleurs de fonds et faibles capacités de mobilisations de fonds

Les activités menées par les OSC pour les populations clés dépendent à une large proportion de fonds externes notamment pour leur personnel salarié et pour les interventions visant les populations clés. Ces activités ne sont durables que s'il existe un engagement et un plan clairs pour que le gouvernement prenne en charge le financement dans ces domaines. Jusqu'à présent, le gouvernement n'a pas pris de mesures pour allouer progressivement des fonds aux OSC contractantes. Les OSC n'ont pas entamé la recherche effective de financements permettant de contribuer à la pérennisation de leurs ressources et activités. Ce déficit de financement risque d'affecter directement la poursuite et réalisation des activités des ONG.

5.1.4 Approvisionnement en produits de santé

14. Le système national d'approvisionnement des médicaments non optimisée

Le système d'approvisionnement en produits de santé n'est pas encore efficient et ne dispose pas des outils et procédures permettant l'acquisition en médicaments de qualité et à des prix abordables en utilisant les meilleures procédures et pratiques internationales en ce domaine. Certains produits ont été et sont acquis à des prix plus élevés que les moyennes observées ailleurs. Les ruptures de plusieurs mois vécus en 2020 et 2021 ont été nombreuses de même le constat de prix élevés pour les médicaments et autres produits de santé (exemples des formulations lopinavir/ritonavir adultes et enfants ainsi que tous les médicaments de troisième ligne). A mesure que le gouvernement prend progressivement la responsabilité d'acheter tous les médicaments, tests, réactifs et autres produits et dispositifs liés au VIH, il existe un risque que les mécanismes et pratiques actuelles d'achat entraînent une hausse des prix, des retards de livraison et des ruptures fréquentes dans l'approvisionnement. Les réformes envisagées sont à mettre en œuvre effectivement

15. La sélection des produits et la gestion des stocks est source d'inefficience

Les mécanismes en place de sélection des produits et des fournisseurs ainsi que ceux de quantification, de planification et de coordination des commandes et de suivi et gestion des stocks ne sont pas optimaux et risquent d'augmenter les inefficiences et augmentations des prix et des ruptures de stock avec l'accélération de la riposte nationale et l'actualisation des protocoles thérapeutiques à utiliser.

Cette liste confirme et complète celle obtenue sur la base des réponses des représentants des parties prenantes à notre questionnaire au début de notre consultation et est présentée en **Annexe 6** **Annexe-6 Liste des**

médicaments ARV approvisionnés et leur prix historique~~Liste des médicaments ARV approvisionnés et leur prix historique.~~

5.2 Vision de la transition

Comme tous les pays à revenu intermédiaire dont la charge de morbidité est faible ou modérée, la Tunisie est encouragée à concevoir et à mettre en œuvre une stratégie de transition par rapport au Fonds Mondial basée sur une évaluation du degré de préparation à la transition réalisée au travers d'un processus multipartite et d'un dialogue inclusif avec tous les acteurs et partenaires concernés au niveau du pays. Ce processus a été engagé depuis 2013 et s'est accéléré en 2021 pour doter le pays d'une vision et d'objectifs à moyen et long terme pour une transition souple et réussie tant sur le plan programmatique, organisationnel que financier.

La vision du pays est fondée sur un maintien des acquis de la riposte contre le VIH et son accélération en vue d'atteindre les objectifs stratégiques en 2030 tout en visant la durabilité des activités après le retrait du financement externe par le Fonds mondial.

A long terme, il s'agit de se préparer à s'affranchir des financements externes en mobilisant et utilisant efficacement les ressources du pays tout en continuant de pérenniser les acquis et de procéder à leur expansion quantitative et qualitative dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

A moyen terme, il s'agit d'engager le processus pour une augmentation graduelle et ferme du financement national (conventionnel ou innovant) des activités prioritaires de la riposte appuyées jusque-là et à divers titres par les subventions du Fonds Mondial et par l'appui des autres partenaires. Les domaines étant en particulier les prestations de services communautaires et des OSC aux populations clés, l'achat efficace de tous les produits de santé, les éventuelles ressources humaines et autres frais opérationnels récurrents liés à la gestion du programme de lutte contre le VIH et des entités de coordination et de mise en œuvre concernées.

La transition demandera du temps et l'implication de tous les acteurs notamment pour réunir les conditions et facteurs favorables et en particulier pour :

- Tirer les enseignements de ce qui a été réalisé en Tunisie et apprendre des expériences internationales notamment des pays à revenu intermédiaire qui affrontent des situations et contraintes similaires ;
- Identifier et tester de nouvelles approches et de nouveaux modèles de financement des interventions des OSC auprès des populations clés et vulnérables et de gestion des activités et des relations entre les parties prenantes ;
- Promouvoir un environnement propice à la poursuite des programmes pour les populations-clés et vulnérables ;
- Renforcer les capacités des acteurs non étatiques notamment par la mise en œuvre de contrats sociaux dans un cadre légal favorable et renforcement de leurs capacités de plaidoyer et de mobilisation de ressources ;
- Renforcer le partenariat public privé dans la riposte au VIH
- Améliorer la gouvernance et les instances publiques de coordination nationale pour gérer et réussir le processus de transition ;
- Aligner et intégrer des programmes, services et activités de la riposte dans le cadre des stratégies et plans nationaux de santé ;
- Investir dans des systèmes robustes et efficaces de suivi et d'évaluation ;
- Utiliser des mécanismes fiables et efficaces de gestion des achats et des stocks de produits de santé.

5.3 Matrice Des Recommandations

La liste des recommandations retenues par les représentants des parties prenantes est basée sur celle des risques identifiés et classés par domaine et degré d'importance, elle se focalise sur les interventions structurantes à fort impact sur le processus de préparation à la transition et sur les mandats, ressources et capacités des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PSN 2022-2024 et de la nouvelle subvention du FM.

| DOMAINES | LISTE DES ACTIVITES | INDICATEURS DE PERFORMANCE | RESPONSABLE | AUTRES PARTIES PRENANTES | CALENDRIER indicatif | Risques sous jacents |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------|
| 1. GOUVERNANCE et DROITS HUMAINS | 1.1. Mise en place des organes de pilotage de la riposte nationale et des instruments de suivi de la mise en œuvre du PSN et de la transition | Circulaire du ministre de la Santé | | | | |
| | 1.1.1. Réformer et redynamiser le CNLS pour assurer un pilotage institutionnel et une coordination intersectorielle et inclusive de la riposte nationale | Circulaire du ministre de la Santé | MdS | Ministères, OSC, CNAM, OMS, ONUSIDA | Q1 2022 | 1;5 |
| | 1.1.2. Installer l'organe de mise en œuvre et suivi du plan de préparation à la transition y compris les groupes par domaine spécifique de la transition par le Comité directeur (financement, OCS et PC,..) | Circulaire du ministre de la Santé | MdS | CNLS, CCM, ONUSIDA | déc-21 | 1;5 |
| | 1.1.3. Entamer les études prévues dans le plan d'action du CCM pour son renforcement et son repositionnement dans le cadre de la transition | Etude sur la cartographie des acteurs dans le VIH | CCM | CCM, ONUSIDA | Jan 2021 | 1;5 |
| | 1.2. Partenariat et contractualisation | | | | | |
| | 1.2.1. Mettre en place un cadre légal de partenariat entre MS et OSC pour développer les contrats sociaux entre institutions publiques et Organisations de la société civile | Cadre légal et modalités de partenariat publié | MdS- OSC | CCM, OSC, ONUSIDA | T2 -2022 | 1, 2, 4 |

| DOMAINES | LISTE DES ACTIVITES | INDICATEURS DE PERFORMANCE | RESPONSABLE | AUTRES PARTIES PRENANTES | CALENDRIER indicatif | Risques sous jacents |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| | 1.2.2. Définir et encadrer le rôle du secteur privé dans la lutte contre le Sida et établir les règles précises de coordination et de partenariat avec le secteur privé dans la lutte contre le VIH | Cadré légal publié, plan de coordination et de partenariat approuvé et mis en œuvre | MdS | CNAM, associations professionnelles, OSC | T2-2022 | 10 |
| | 1.3. Législation et droits humains | | | | | |
| | 1.3.1. Appropriation et mise en œuvre effective de la stratégie DH et VIH par le comité national de lutte contre le Sida et renforcement de la collaboration avec les ministères de l'intérieur, de la justice, affaires sociales, femmes... | Stratégie et plan d'action DH et VIH actualisés et enrichis et mis en œuvre | MdS/OSC/CNLS | Autres ministères et organes | T3 2022 | 2;3 |
| 2. FINANCEMENT | 21. Stratégie de financement | | | | | |
| | 2.1.1 Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de mobilisation des ressources financières nationales et extérieures en vue de pérenniser le financement domestique de la riposte au VIH et soutenir les activités des OSCs | Stratégie définie et publiée. Cartographie des BF élaborée | MdS, CNLS | Ministères, OSC, CNAM, OMS, ONUSIDA | T1 2022 | 2, 6 11;12, 13, |
| | 2.1.2. Renforcer les ressources humaines et matérielles du PNLs notamment en le dotant de budget adéquat et de personnel suffisant et qualifié pour assurer les nombreuses tâches d'encadrement, mise en œuvre, coordination, suivi et évaluation du programme | PNLS financé et doté en personnel adéquat par le ministère de la Santé | MdS | CNLS, | T4-2021 | 2, 12 |
| | 2.1.3. Mettre en place des mécanismes de collecte, d'analyse et de transmission régulières des données sur les engagements de cofinancement et d'accroissement du financement domestique de la riposte nationale contre le | Rapport annuel sur le co-financements élaboré et transmis dans les délais requis | MdS (CNLS)/CCM | FM, ONUSIDA | T1-2022 | 2;6, 12, 13, 14 |

| DOMAINES | LISTE DES ACTIVITES | INDICATEURS DE PERFORMANCE | RESPONSABLE | AUTRES PARTIES PRENANTES | CALENDRIER indicatif | Risques sous jacents |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------|----------------------|----------------------|
| | VIH. Saisir les opportunités offertes par la gestion du budget par programme et l'actualisation des comptes nationaux de la santé. | | | | | |
| | 2.1.4. Conduire des études d'évaluation économique, d'estimation des couts unitaires des prestations, d'efficacité et de retour sur investissement des interventions VIH et d'estimation des besoins des PSN VIH et des subventions FM (prévoir scénarios) | Rapports des études évaluations économiques finalisés et diffusés pour action | MdS (CNLS) | OMS, PNUD, ONUSIDA | T 3 2022 | 2, 6, 13, 14 |
| | Impliquer plus l'assurance maladie | | | | | |
| | 2.2. Intégration de la prise en charge du VIH et la tuberculose dans les régimes d'assurance maladie | Décision de prise en charge du VIH et de la TB dans les régimes d'assurance maladie adoptée | MdS-CNAM | OSC | T3 2022 | 11/12/14 |
| | 2.2.1. Mise à jour des protocoles thérapeutiques et de la Nomenclature des actes pris en charge par la CNAM mutuelles et couvrir les frais y afférents pour tous les assurés sociaux. | Nomenclature des actes mise à jour | MdS-CNAM | Sociétés scientifiques, OMS, ONUSIDA | T2-T4 2022 | 12, 14, 15 |
| | 2.2.2. Intégrer le VIH dans la liste des maladies chroniques bénéficiant du tiers payant par les organismes d'assurance maladie et assurer de la prise en charge des PVVIH bénéficiaires de l'AMG y compris celles sous 2ème et 3ème ligne de traitement. | Liste des maladies chroniques actualisée en tenant compte du VIH. % d'accès des AMGiste à la prise en charge VIH assurée par la CNAM | MdS-CNAM | Sociétés scientifiques, OMS, ONUSIDA | T2-T4 2022 | 11, 12, 13 |

| DOMAINES | LISTE DES ACTIVITES | INDICATEURS DE PERFORMANCE | RESPONSABLE | AUTRES PARTIES PRENANTES | CALENDRIER indicatif | Risques sous jacents |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| | 2.2.3. Définir et assurer les conditions d'une implication et d'une intégration du secteur privé dans la prise en charge VIH : protocole de prise en charge, liste des médicaments remboursés, mise à niveau et information actualisée, facturation et remboursement, respect de la confidentialité, coordination avec les services publics et les associations, transmission des données et informations, ... | Plan d'intégration du secteur privé et plan opérationnel adoptés | MdS | OMS, ONUSIDA | T3 2022 | 10 |
| Pc/OS | 3.1. Accélérer la mise œuvre effective de la stratégie droits humains et VIH | Rapport annuel et Taux d'exécution de la mise en œuvre de la stratégie | MdS, | Ministères de la justice, de l'intérieur, OSC | 2022-2023 | 3, 9 |
| | 3.1.1. Mettre en œuvre les activités de lutte contre stigmatisation et la discrimination incluses dans la stratégie DH et VIH. Accélérer l'adoption et la mise en œuvre des instruments juridiques de protection du droit à la santé et mécanismes de recours | Plan d'action et rapport annuel de mise en oeuvre | MdS , CNLS | Ministères, OSC | 2022-2023 | 3, 9 |
| | 32. Mettre en œuvre des contrats sociaux Etat/OSC | | | | | |
| | 3.2.1. Elaborer et mettre en œuvre des conventions cadres de partenariat entre le MdS avec les OSC et lancement d'une phase pilote de contrats objectifs moyens avec quelques OSC (contrats sociaux basés sur des objectifs précis et sur la performance) avec, au départ, un financement conditionnel du FM, un accompagnement et des outils adaptés. | Nombre de contrats objectifs moyens avec les OSC (contrats sociaux) initié et évalué | MdS- OSC | Ministères, FM, OSC, CNAM, OMS, ONUSIDA | 2022-2023 | 4, 9, 13 |
| | 3.2.2. Estimer le coût des paquets de prestations VIH pour valoriser les prestations des OSC et faciliter la mise en œuvre des conventions et de contrats sociaux avec les OSC et la coordination entre OSC et avec les services publics | Estimations faites et validées par le CNLS | MdS, CNLS | Instance Nationale de l'Evaluation et de l'Accréditation | T2-T4 2022 | 4, 7, 8 |

| DOMAINES | LISTE DES ACTIVITES | INDICATEURS DE PERFORMANCE | RESPONSABLE | AUTRES PARTIES PRENANTES | CALENDRIER indicatif | Risques sous jacents |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|
| | | | | en Santé (INEAS), OSC | | |
| | 3.2.3. Mettre en œuvre un programme de renforcement intensif des capacités des OSC en matière de planification, de mobilisation, de gestion des ressources, de communication, de suivi et d'évaluation | Programme élaboré, budgétisé et mis en œuvre. Nombre d'OSC ayant augmenté de 50% la part des ressources domestiques dans leur budget de fonctionnement | MdS, CCM, ONG SR | FM, OSC, OMS, ONUSIDA | T1-T4 2022 | 7; 8 |
| APPRO PROUITS SANTÉ | 41. Politique nationale d'approvisionnement | | | | | |
| | 411. formuler et mettre en œuvre une stratégie pour accroître l'accès à des médicaments de qualité assurée et à des prix abordables et de prendre avantages des mécanismes et des outils internationaux (tels que le système de préqualification de l'OMS, les formulations génériques pour favoriser l'observance, l'enregistrement accéléré des produits PQ, utiliser le système d'achat du FM pour les produits de santé liés au VIH,..) | Stratégie d'approvisionnement pour le PNLs adoptée et mise en œuvre | MdS, CNLS | DPM, PCT, DSSB; OMS, ONUSIDA | T2- T3 2022 | 14 |

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------|--------------|----------|
| 4.1.2 Révision de la nomenclature hospitalière pour inclure tous les médicaments antirétroviraux inclus dans les guides du PNLS, y inclus les formulations pédiatriques et les combinaisons à dose fixe. Coordonner le comité de traitement en charge des guide antirétroviraux en Tunisie avec le comité GAS | Nomenclature hospitalière révisée et régulièrement mise à jour. Coordination entre comité guide ARV et comité GAS | MdS | PNLS, PCT, PCT | 2022-2023 | 14 |
| 4.1.3 Réviser la réglementation des ARV dans le secteur privé pour éviter la création d'une éventuelle résistance qui aurait un lourd impact économique. | Publication de la révision de la réglementation sur les ARV dans le secteur privé | MdS | DPM, PCT, DSSB | 2022-2023 | 14 |
| 4.2. Chaîne d'approvisionnement et gestion de la logistique | | | | | |
| 4.2.1 Revoir la prévision et la gestion budgétaires relative à l'achat des produits de santé, prévoir marché de 3 ans et sécuriser les crédits en début d'année pour l'acquisition des médicaments essentiels notamment pour les programmes IST et VIH | Programme budgétaire révisée | MdS, DF | DPM, Finance et budget, PCT | 2022-2024 | 14 et 15 |
| 4.2.2. Rationalisation de la sélection des produits, des fournisseurs et du système de quantification, de planification, de coordination des commandes et de suivi des stocks | Processus de rationalisation de la sélection des produits et des fournisseurs. Nouveau système de quantification et de coordination des | DSSB, PNLS, PCT | DPM, ONUSIDA | T1 etT2 2022 | 14 et 15 |

| | | | | | | |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|-------------------|-----------|----------|
| | | achats et des stocks en place | | | | |
| | 4.2.3. Investir dans l'informatisation et le renforcement des capacités des personnes impliquées dans le cycle d'approvisionnement à tous les niveaux de la chaîne. Mise à niveau de tous les pharmaciens dans la chaîne d'approvisionnement et utilisation d'outils informatiques performants | Nombre de cadres et de pharmaciens formés et d'outils validés | DSSB, PCT | DPM; ONUSIDA, OMS | 2022-2023 | 14 et 15 |

NB : les recommandations mise en valeur et en vert sont à fort impact potentiel et devraient figurer parmi les priorités fortes à considérer en premier lieu selon leur faisabilité.

6 Prochaines étapes de mise en œuvre du plan de préparation à la transition

A l'issue de l'atelier du 8 septembre et après adoption du plan de préparation à la transition, l'ensemble des participants ont apprécié le chemin parcouru et souligné les points suivants :

La Tunisie est dans une conjoncture très difficile et peu favorable à une accélération de la riposte nationale au VIH. Le soutien du Fonds Mondial a été bénéfique et reste absolument indispensable dans cette phase critique de préparation à la transition notamment pour maintenir les résultats obtenus, répondre aux besoins des populations clés et vulnérables et soutenir les activités des organisations de la société civile. L'anticipation de la phase de transition est une opportunité pour préparer et mener bien le renforcement du système de riposte et aller vers la pérennisation des activités et réussir la transition.

Cependant les enjeux de la préparation de la transition sont énormes. Les défis à relever pour dépasser les fragilités, faiblesses et vulnérabilités actuelles et atteindre effectivement les objectifs en 2030 et réduire les disparités et inégalités en place nécessiteront d'immenses efforts de la part de toutes les parties prenantes. Le plan adopté est une des garanties du succès mais il reste à le concrétiser au bénéfice des populations clés et vulnérables.

La liste des principales activités à mener dans l'immédiat dans le cadre de l'adoption et la mise en œuvre du plan de préparation à la transition a été présentée le 8 septembre 2021 en présence des représentants des parties prenantes. Il s'agit principalement des tâches suivantes :

6.1 Finalisation, adoption et mise en œuvre du plan de préparation à la transition

- Mise en place par le ministère en coordination avec le CCM du comité ou groupe de travail de préparation à la transition (voir projet de TDR en Annexe 2)
- Elaboration de la feuille de route du groupe de travail : identification des priorités et modalités et moyens de mise en œuvre par domaine (gouvernance, Financement, OSC, approvisionnement), suivi et évaluation régulière.
- Prise en compte et coordination effective du plan de transition dans la mise en œuvre du PSN sur le VIH et des subventions du FM 2022-2024 et autres (programmation et reprogrammation).

6.2 [Les 10 priorités absolues pour les 18 premiers mois de mise en œuvre du plan de préparation à la transition](#) pourraient être les suivantes :

- 1. Réformer et redynamiser le CNLS pour assurer un pilotage institutionnel et une coordination intersectorielle et inclusive de la riposte nationale**
- 2. Entamer les études prévues dans le plan d'action du CCM pour son renforcement et son repositionnement dans le cadre de la transition**
- 3. Renforcer les ressources humaines et matérielles du PNLs notamment en le dotant de budget local adéquat et de personnel suffisant et qualifié pour assurer les nombreuses tâches d'encadrement, mise en œuvre, coordination, suivi et évaluation du programme**
- 4. Mettre en place des mécanismes de collecte, de transmission et d'analyse régulières des données épidémiologiques mais aussi sur les engagements de cofinancement et sur l'accroissement du financement domestique de la riposte nationale contre le VIH. Saisir les opportunités offertes par la gestion du budget par programme et l'actualisation des comptes nationaux de la santé.**
- 5. Elaborer des conventions cadres de partenariat entre le MdS avec les ONG et lancement d'une phase pilote avec quelques ONG de contrats sociaux basés sur des objectifs précis et sur la performance**

avec, au départ, un financement conditionnel du FM, un accompagnement technique et un renforcement des capacités notamment des ONGs en matière de planification, de mobilisation, de gestion des ressources, de communication, de suivi et d'évaluation.

6. Conduire des études d'évaluation économique, d'estimation des coûts unitaires des prestations, d'efficacité et de retour sur investissement des interventions VIH et d'estimation des besoins des PSN VIH et des subventions FM (prévoir scénarios)
7. Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de mobilisation des ressources financières nationales et extérieures en parallèle d'un renforcement des capacités vue de pérenniser le financement domestique de la riposte au VIH et soutenir les activités des ONG
8. Intégration de la prise en charge du VIH et la tuberculose dans les régimes d'assurance maladie publique et mise à jour des protocoles thérapeutiques et de la Nomenclature des actes pris en charge par la CNAM
9. Formuler et mettre en œuvre une stratégie pour accroître l'accès à des médicaments de qualité assurée et à des prix abordables et de prendre avantages des mécanismes et des outils internationaux (tels que le système de préqualification de l'OMS, les formulations génériques pour favoriser l'observance, l'enregistrement accéléré des produits PQ, utiliser le système d'achat du FM pour les produits de santé liés au VIH,..)
10. Revoir la prévision et la gestion budgétaires relative à l'achat des produits de santé, rationaliser la sélection des produits, des fournisseurs et du système de quantification, de planification, de coordination des commandes et de suivi des stocks, prévoir des marchés et contrats de 3 ans et sécuriser les crédits en début d'année pour l'acquisition des médicaments essentiels notamment pour les programmes IST et VIH.

Il appartiendra aux représentants des parties prenantes et aux décideurs de revoir cette liste et d'apprécier quelles sont les mesures et les activités réalisables à fort impact et à effet multiplicateur à même de créer les conditions et la dynamique d'une préparation effective à une transition sereine et réussie. Certaines recommandations prioritaires peuvent prendre plus de temps et impliquent des réformes juridiques ou des décisions politiques fortes d'autres sont plus opérationnelles et techniques mais toutes sont à entamer et à évaluer avec méthode et détermination en coordination avec toutes les parties concernées.

6.3 Etudes et recherches opérationnelles

Certaines études et recherches opérationnelles à caractère économique et financier nous semblent indispensables pour accompagner la mise en œuvre du plan de transition, il s'agit notamment

1. Projections et scénarios des besoins financiers, ressources disponibles et éventuels déficits dans les programmes VIH (pour le Plan de Transition et pour le PSN)
2. Une estimation des coûts des activités prévues dans le Plan de Transition qui pourraient être financées par le FM dans les prochaines subventions
3. Une étude économique et actuarielle des services VIH qui seraient éventuellement couverts par les organismes d'assurance médicale dans les prochaines années
4. Une estimation du coût des paquets de prestations VIH pour faciliter le développement des conventions entre le gouvernement et les Organisations de la Société Civiles dans le cadre des « social contracts »
5. Une stratégie nationale pour l'approvisionnement en produits de santé VIH et TB et autres programmes nationaux en prenant en compte différentes options (pooled procurement via UNICEF, IDA, GDF, etc) en comparant les coûts, l'efficacité ainsi que les avantages et inconvénients de chaque option retenue.
6. Une étude sur l'élaboration et la mise en œuvre des contrats sociaux avec les OSC et leur financement mixte avec une transition vers un financement domestique pérenne.

7 Annexes

Annexe 1. Liste des personnes consultées lors des entretiens et/ou ateliers

| Personne | Organisme | Ateliers | | Entretiens / questionnaires |
|-----------------------------------------|---------------------|------------|------------|--------------------------------|
| | | 07-juil-21 | 08/09/2021 | |
| CCM | | | | |
| Mohamed CHAKROUN | CCM | 0 | | 0 |
| Ahmed Maamouri | CCM | 0 | 0 | 0 |
| Slim BEN NASR | CCM | 0 | 0 | 0 |
| Gouvernemental | | | | |
| Faouzi Abid | PNLS | 0 | | |
| Samir Mokrani | PNLS | | 0 | |
| Nadia Assili | Ministère Santé | | 0 | |
| Nabil Sakka | Ministère finances | | | |
| Fatma Temimi | ONFP | | 0 | |
| Kheireddine Khaled | ONFP/ Unité Gestion | | | 0 |
| ONG | | | | |
| Amira Derbali | ASF | 0 | 0 | 0 |
| Emna Ben Khelifa | ATL MST SIDA | 0 | | |
| Mohamed Ridha kamoun | ATL MST SIDA | 0 | | 0 |
| Balkis Ben Gaga | ATL MST SIDA | 0 | | |
| Rafed.Rabbeh | ATL MST SIDA | 0 | | |
| Aida Mokrani | ATL MST SIDA | | 0 | |
| Ben Hamida et Anis | ATL MST SIDA | | 0 | |
| Issam Gritli | ATL MST SIDA | | 0 | |
| Hedia Chaouechi | ATIOST | | 0 | 0 |
| Souhaila Ben Said | ATP+/CCM | 0 | 0 | 0 |
| Ghaya Jbeli | ATP+ | | 0 | |
| Sonia Maalej | STMRA/CCM | | | 0 |
| Imen Ben Nasser | ATSR | | 0 | |
| Rafika Merghni | ATSR | | | |
| kods brahmi | | | 0 | |
| PTF et bailleurs | | | | |
| Mohamed Lassaad Soua | ONUSIDA | 0 | | 0 |
| Yves Philippe Henri Souteyrand | OMS | | | |
| Amélie Joubert | FM | 0 | 0 | |
| Ebeny Francois Temgbait Chimoun | FM | 0 | | |
| Anne-Marie Ngo Tega | FM | 0 | | |
| Anis Megdich | FM/ LFA | | | 0 |
| Lisa Regis | FM | | | |
| Marie Jn Baptiste | FM | | | |
| Consultants ayant une expérience | | | | |
| Zied Mhirs | | | | 0 |

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------|--------|---|---|---|
| Amira Medimagh | | | 0 | |
| Yassine Kalboussi | | | 0 | 0 |
| Ahmed Chaabouni | | | | 0 |
| Equipe de consultants de la mission sur la transition | | | | |
| Robert Hecht | PHAROS | | 0 | |
| Miloud KADDAR | PHAROS | 0 | | |
| Wassim Khrouf | PHAROS | 0 | | |

Annexe 2. Note sur le groupe de travail sur la préparation à la transition

Mandat

- Faciliter et coordonner la réflexion et la concertation sur les thèmes de la pérennisation des acquis, la durabilité et le financement de la lutte contre le VIH;
- Développer, coordonner et suivre le plan d'action de préparation à la transition en matière de financement du programme de lutte contre le VIH;
- Rendre compte aux autorités concernées des progrès et difficultés de la mise en œuvre du plan et faire des recommandations pour une transition réussie.

Composition

- Le comité directeur devra comporter entre 7 et 10 membres représentant les principales parties prenantes (Ministères, CCM, OSC,...)
- Représentants des parties prenantes en matière de programmation et de financement de la riposte contre le VIH.
- Représentants du CCM et des principaux partenaires de la lutte contre le VIH
- Présidence du comité par une haute autorité du ministère de la Santé.

Fonctionnement

- Le groupe de travail (GT) est coordonné par un bureau composé de 3 membres dont un président, un vice-président et rapporteur.
- Le Secrétariat du GT est domicilié à la DSSB/ONFP ou CCM ?
- Il se réunit tous les trois mois.
- Le GT peut créer des groupes technique thématiques selon les besoins (financement, pop clés, etc.).
- Le GT peut faire appel à toute compétence et expertise externe selon les besoins et les procédures reconnues.
- Il rend compte de l'état d'avancement et des difficultés au Secrétaire Général du ministère de la Santé
- Il produit un rapport semestriel de suivi et un rapport annuel d'évaluation de l'état d'avancement de la préparation à la transition

Projet de programme d'action du GT 2022-2023

- Développer, finaliser et adopter le plan d'action détaillé de préparation à la transition (actions prioritaires)
- Mettre en place les groupes thématiques (financement, populations clés et OSCs, etc.)
- Réunir toute la documentation sur la question de la transition et de la durabilité
- Mobiliser les ressources pour les activités programmées
- Engager les études et les actions prioritaires retenues pour la période avec les parties prenantes
- Assurer le suivi des activités du plan de préparation
- Tenir des réunions trimestrielles
- Préparer les rapports de suivi et rendre compte régulièrement aux autorités et partenaires concernées.

Annexe 3. Note méthodologique sur l'estimation des dépenses et financements de la riposte nationale VIH pour 2020

Nous avons retraité les données afin de catégoriser les dépenses dans des rubriques comparables.

Dépenses de l'Etat : Nous avons utilisé les dépenses domestiques déterminées dans l'étude sur le cofinancement (*Ammar Hamdi 2021 draft de septembre*) qui donnent un total de dépenses de **9 436 469 USD** en 2020. Nous avons appliqué la même logique adoptée par cette étude (en utilisant les mêmes indices d'actualisation) afin de déterminer la répartition de la dépense domestique selon les activités. Cette répartition des activités a été présentée dans l'étude Arfa (2013) et présentée en Annexe 1 de l'étude (2021) de Mr Ammar Hamdi. Le calcul donne le tableau suivant :

Tableau 15: Dépenses domestiques de lutte contre le VIH par domaine d'intervention et par agent de financement 2013/2020

| Domaine/ Agent | 2013 USD | Estimations de 2020 USD |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------|
| Intégration sociale | 11 350 | 11 755 |
| ONG (assistance sociale aux plus démunis) | 11 350 | 11 755 |
| Prévention | 2 897 513 | 3 001 094 |
| Banque du sang | 687 117 | 711 680 |
| CCDAG | 455 706 | 471 996 |
| DMSU | 83 067 | 86 037 |
| DSSB | 1 072 | 1 110 |
| LAB Immunologie | 58 528 | 60 620 |
| LAB Virologie | 165 644 | 171 566 |
| MAS | 158 160 | 163 813 |
| MEN | 52 515 | 54 393 |
| MES | 33 252 | 34 440 |
| ONFP | 1 202 454 | 1 245 439 |
| Traitement | 6 176 791 | 6 397 599 |
| CNAM (médicaments destinés aux PVVIH autres que les ARV gratuits) | 495 245 | 512 949 |
| CSSB | 1 438 650 | 1 490 079 |
| DSSB | 880 367 | 911 839 |
| MDN | 503 374 | 521 369 |
| Ménages | 1 438 650 | 1 490 079 |
| Services maladies infectieuses | 1 420 504 | 1 471 284 |
| Total général | 9 085 655 | 9 410 448 |

Nous avons ensuite procédé aux réaffectations suivantes parmi les catégories :

- Distinction entre dépenses de l'Etat (7.920 \$k) et celles des ménages (1.490 \$k).
- Reclassement des dépenses faites par les CCDAG, la Banque du sang, le laboratoire de virologie et celui d'immunologie en dépenses de dépistage.

Il est également à noter les limites suivantes (autre que celle de la méthode d'évolution par taux annuel) :

- Selon l'étude de Mr Hamdi (2021), le budget Total de la DSSB qui inclut plusieurs autres activités que celles du PNLS est de 426,410 DT soit **157,930 USD¹⁰** alors que l'adoption de la méthode utilisée par la même étude au budget de 2013 issu de la DSSB et affecté uniquement à la lutte contre le VIH donne un Montant de **912,429 USD**. Ce qui est une différence significative.
- Les dépenses de l'ONFP extraits de son rapport annuel et consacrées à la lutte contre le VIH sont de 2.971 Mille DT soit 1 ,100 USD contre **1,245 USD** obtenu par la méthode d'extrapolation.
- Le total obtenu en faisant l'extrapolation aux différents domaines et agents donne 9 410 448 USD contre 9 436 469 USD obtenu par extrapolation aux totaux. La différence n'est pas significative.

Après les différents reclassements, nous obtenons les données suivantes pour les dépenses domestiques :

Tableau 16: Dépenses domestiques de lutte contre le VIH par domaine

| Activité | Etat (USD) | Ménages (USD) |
|-----------------------------------------------|------------------|------------------|
| Droits humains | 11 755 | |
| Prévention | 1 585 233 | |
| Dépistage | 1 415 861 | |
| Traitement, prise en charge et soutien | 4 907 520 | 1 490 079 |
| Total | 7 920 369 | 1 490 079 |

Dépenses Fonds mondial : Nous avons réaffectés les dépenses budgétisées 2020 comme suit :

- Reclassement en dépistage de certaines dépenses de dépistage communautaires qui sont classées parmi les activités de prévention au niveau de la subvention, à savoir :
 - Services de dépistage du VIH destinés aux professionnels du sexe : 19 070\$.
 - Services de dépistage du VIH destinés aux HSH : 11 086\$.
 - Services de dépistage du VIH destinés aux consommateurs de drogues injectables : 28 019\$.
- Reclassement en rubrique RSSH de toutes les dépenses de rénovation/construction incluses dans la rubrique traitement dans la subvention pour un montant de 133 742\$ en 2020.

Il est à noter que la rubrique « prévention » contient plus de 242 000 usd de frais liés à la prévention covid19 en 2020.

¹⁰ Au taux de 2.7 employé dans la même étude pour la même année.

Annexe 4. Liste des principaux documents consultés

- Inès Ayadi et Abdelwahed El Abassi : Crise du financement de la santé en Tunisie : quelles solutions pour progresser vers la Couverture Sanitaire Universelle ?
- Fonds Mondial : Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement (GF/B35/04 – Révision 1). https://www.theglobalfund.org/media/4223/bm35_04-sustainabilitytransitionandcofinancing_policy_fr.pdf
- Barbara Milani Etat de lieux sur la gestion des stocks et des achats (GAS), les politiques et la réglementation pharmaceutique en Tunisie pour la proposition VIH au Fonds mondial, Decembre 2020
- Multi country founding proposal: HIV: Sustainability of services for key populations in MENA region, MENA H Coalition)
- OMS, Maitrise de coûts des médicaments en Tunisie, 2003 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67804/WHO_EDM_QSM_2003.3_fre.pdf?sequence=1
- OMS, Le Secteur Pharmaceutique Tunisien: son organisation, son fonctionnement et ses performances par rapport à la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments , 2004 <http://www.dpm.tn/images/pdf/spt.pdf>
- APMG Health : Évaluations des pays ciblés, Évaluation du VIH en Tunisie, Évaluation sur le terrain, Mars 2019
- Étude sur la cascade du Conseil et Dépistage Volontaire, PEC et PTME du VIH/Sida en Tunisie, *Rapport préliminaire*, Novembre 2018
- Rapport de Prise en Charge de su PVVIH médicale psychologique et sociale et en Tunisie EC 2018
- ONUSIDA : Rapports d'avancement nationaux – Tunisie 2020
- Ministère de la santé : draft du Plan Stratégique National de la riposte au VIH/Sida et aux IST en Tunisie, ministère de la Santé – DSSB,
- Ministère de la santé : draft de la demande de financement soumise au Fonds Mondial pour la période 2022-2024 ; Tunisie, ministère de la Santé – DSSB,
- Comité technique des comptes de la santé (août2017),« Résultats des Comptes de la santé2014 »
- Banque Mondiale (avril 2016), « Étude sur l'assistance médicale gratuite » <http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/687831472236995453/pdf/106474-FRENCH-WP-P152974-OUO-9.pdf>
- Dialogue Sociétal (2014), « Santé en Tunisie-Etats des lieux »
- <http://www.hiwarsaha.tn/upload/1409236122.pdf>
- Dialogue Sociétal(2014), « Livre blanc : pour une meilleure santé
- En Tunisie. Faisons le chemin ensemble »
- Association Tunisienne de Défense du Droit à la santé (2016) « Rapport ATDDS sur le droit à la santé en Tunisie »

Annexe 5. Données macro-économique sur la Tunisie

| Tableau . Tunisie : principaux indicateurs économiques, 2017-20 | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------|------|------|
| Population (2019) : 11,8 millions | PIB par habitant (2020, USD) : 3,323 | | | |
| Principaux marchés à l'exportation : Allemagne, France, Italie | Taux d'alphabétisation (2019) : 82,3 % (est.) | | | |
| Principales exportations : produits électroniques et mécaniques, textiles, énergie, huile d'olive, tourisme | Taux de pauvreté (2020) : 21,2 % | | | |
| Les recettes touristiques ont baissé de -65%. en 2020 Les flux d'IDE entrants en Tunisie en 2020 ont baissé de -26,0% sur un an. | Les flux d'IDE entrants en Tunisie en 2020 ont baissé de -26,0% sur un an. | | | |
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| Activité économique | | | | |
| Croissance du PIB réel (en pourcentage) | 1,9 | 2,7 | 1,0 | -8,2 |
| Chômage (fin de période, en pourcentage) | 15,5 | 15,5 | 14,9 | 16,2 |
| Inflation (moyenne ; en pourcentage) | 5,3 | 7,3 | 6,7 | 5,7 |
| Dette brute de l'administration centrale (en % du PIB) | 70,9 | 77,5 | 71,8 | 87,6 |
| Balance des paiements | | | | |
| Solde des transactions courantes (pourcentage du PIB) | -10,3 | -11,1 | -8,4 | -6,8 |
| Réserves officielles brutes (millions dollars, fin de période) | 2,0 | 2,5 | 2,1 | 1,6 |
| Couverture des réserves (mois d'importations de BSHF de l'année prochaine) | 2,6 | 2,5 | 4,3 | 4,1 |
| Dette extérieure (pourcentage du PIB) | 84,6 | 97,4 | 92,8 | 94,7 |
| Sources : FMI, rapport au titre de l'article IV avec la Tunisie, 26 février 2021, Situation économique de la Tunisie, DGT, Mars 2021. | | | | |

Annexe 6. Liste des médicaments ARV approvisionnés et leur prix historique

| Nom du Médicament ARV | | | | Coût unitaire Prix historique PCT (DDP/DDU INCOTERM) TND | Coût unitaire Prix historique PCT (DDP/DDU INCOTERM) USD | Commentaires |
|-----------------------|---------------------------------------------|-------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Catégorie | DCI | Forme Dosage / | Présentati on | | | |
| 1ère ligne AD | Emtricitabine / Tenofovir / Efavirenz | cp 300+300+600 mg | 30 cp | 36 | 13 | |
| 1ère/2ème ligne AD | Tenofovir / Emtricitabine | Cp300+300mg | 30 cp | 31 | 11 | |
| | Lamivudine / Zidovudine | Cp à 150/300 | 30 cp | 29 | 10 | |
| | Abacavir / Lamivudine | Cp à 600/300mg | 30 cp | 58 | 21 | Prix élevé |
| 1ère ligne AD | Efavirenz | Cp à 600mg | 30 cp | 14 | 5 | |
| 2ème ligne AD | Lopinavir / Ritonavir | cp 200+50mg | 120 cp | 108 | 39 | Prix élevé |
| | Atazanavir / Ritonavir | Cp à 300/10mg | 30 cp | 59 | 21 | |
| 3ème ligne AD | Etravirine100 mg | Cp à 100mg | 120 cp | 996 | 358 | Comme pour d'autres pays dans la region, la troisième ligne est très chère |
| | Raltegravir | Cp à 400mg | 60 cp | 2116 | 761 | |
| | Darunavir600 | Cp à 600mg | 60 cp | 1470 | 529 | |
| 3ème AD | Ritonavir100 | Cp à 100mg | 30 cp | 36 | 13 | |
| ? AD | Ténofovir | Cp à 300mg | 30 cp | 27 | 10 | Fomulations pour les quelles il faut evaluer le besoin (car couvert par combinaisons à doses fixes) |
| ? AD | Lamivudine | Cp à 150mg | 60 cp | 13 | 5 | |
| ? AD | Abacavir | Cp à 300 | 60 cp | 36 | 13 | |
| ? AD | Zidovudine | Cp à 300mg | 100 gel | 29 | 10 | |
| PED | Lamivudine / Zidovudine | Cp 30mg + 60mg | 60 cp | 16 | 6 | |

| Nom du Médicament ARV | | | | Coût unitaire Prix historique PCT (DDP/DDU INCOTERM) TND | Coût unitaire Prix historique PCT (DDP/DDU INCOTERM) USD | Commentaires |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Catégorie | DCI | Forme / Dosage | Présentati on | | | |
| PED | Abacavir / Lamivudine | Cp disp à 60mg+30mg | 60 cp | 23 | 8 | |
| PED | Lopinavir / Ritonavir | Solution Or à 80mg+20mg/ ml | 60 ml | 145 | 52 | Prix très élevé (possibilité de considérer formes orales pédiatriques en granules ou pellets) |
| PED | Efavirenz | Cp à 200mg | 90 cp | 7 | 3 | |
| PED | Lamivudine | Sirop à 10mg/ml | 240 ml | 23 | 8 | Formulations pour lesquelles il faut évaluer le besoin (car couvert par combinaisons à doses fixes / comprimé dispersibles) |
| PED | Zidovudine | Gel à 100mg | 60 cp | 82 | 30 | |
| PED | Efavirenz 30 mg /ml | Sirop à 30mg/ml | 180 ml | 101 | 36 | |
| PTME | Zidovudine | Amp 200mg | 5 amp | 91 | 33 | |

Source : rapport de Barbara Milani, Dec 2020

Annexe 7. Analyse des risques selon les réponses aux questionnaires

| Tableau synthétique des risques liés à la transition | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Composante | Brève réponse | Niveau du risque |
| Gouvernance, cadre légal et droits humains | | |
| • Y-t-il un soutien politique de haut niveau et constant à la riposte nationale contre le VIH ? Est-ce que ce soutien se traduit par une gouvernance adéquate ainsi que des allocations financières croissantes ? | Soutien officiel modéré mais peu d'implication sur le plan politique et financier | Modéré |
| • Est ce que les lois en vigueur et les pratiques en cours protègent pleinement les droits des populations clés et vulnérables et leur donnent accès aux services nécessaires contre le VIH ? | Lois généralement protectrices mais importantes dispositions discriminatoires et repressives | Elevé |
| • Existe-t-il une coordination, une gestion et un suivi permanent et de qualité de la lutte contre le VIH à même de préparer et de gérer la transition et au-delà de cette période ? | Le comité national VIH n'est pas opérationnel et la qualité des données épidémiologiques, programmatiques et financières est médiocre. Le CCM et le PNLS font de leur mieux dans un milieu contraint | Modéré |
| Prestations de services, populations clés et OCS | | |
| • La couverture et la qualité des services critiques de lutte contre le VIH permettent-elles d'atteindre la réalisation des objectifs nationaux déclarés ? | Les stratégies de dépistage et de traitement se sont améliorées mais restent insuffisantes pour couvrir les besoins des PVVIH et atteindre les objectifs du PSN | Modéré |
| • Est-ce que les OSC travaillant dans le domaine du VIH ont la capacité techniques, managériales et financières pour maintenir et développer leurs programmes et activités ? | Les OCS font un travail diversifié, remarquable et apprécié de tous. Elles n'ont pas la répartition géographique ni les capacités techniques, financières et managériales pour gérer sans difficulté la transition | Elevé |
| • Existe-t-il un système juridique et administratif en place pour que les institutions publiques puissent conclure et financer des contrats sur la base des performances et développer des partenariats avec les OSCs ? | Il existe un dispositif juridiques et administratif pour développer et financer des contrats entre les institutions publiques et les OCS. Toutefois, il n'y a ni la volonté ni les ressources financières pour développer des contrats sociaux. | Modéré ? |
| Approvisionnement en produits de santé | | |
| • Est-ce que le système en place d'approvisionnement en produits de santé pour la lutte contre le VIH contribue à accélérer l'atteinte des objectifs et des résultats attendus dans la riposte nationale ? | Le système d'approvisionnement en produits de santé est sous le monopole de la PCT et satisfait les besoins essentiels du PNLS toutefois les inefficiences sont nombreuses et les couts d'acquisition sont relativement élevés | Modéré |
| • Est-ce que les politiques et capacités d'achat et de gestion de la chaîne d'approvisionnement sont adéquates pour soutenir la lutte contre le VIH en l'absence de soutien des bailleurs de fond ? | La chaîne d'approvisionnement connaît de nombreuses limites en termes de sélection des produits et des fournisseurs, de quantification et de gestion des stocks. | Modéré |
| • Est-ce que la Tunisie a développé et mise en œuvre une stratégie et des politiques pour accroître l'accès à des médicaments de qualité et à des prix abordables et pour bénéficier des mécanismes et des outils mis à disposition par la communauté internationale ? | Le système d'approvisionnement et d'assurance qualité n'utilisent pas entièrement les mécanismes internationaux pour accroître l'accès à des médicaments de qualité et à des prix abordables (Prequalification, génériques, achats groupés FM,...) | Modéré |
| Financement de la lutte contre le VIH | | |
| • Y a-t-il un plan clair et spécifique en place pour que le gouvernement prenne progressivement en charge le financement des activités et composantes de la lutte contre le VIH actuellement financées par le Fonds Mondial ? | Le financement par l'Etat de la lutte contre le VIH est important dans le domaine du traitement mais très modeste dans les activités de prévention et d'information et d'accompagnement des populations clés | Modéré |
| • Quelles sont les domaines les plus dépendants du financement du Fonds Mondial ? | Le financement des activités et prestations des OSC en direction des populations clés, les médicaments de 2 et 3eme ligne, les préservatifs, les personnels techniques du PNLS et des Unités hospitalières de traitement, les études, formations et évaluations | Elevé |
| • Quelle contribution est apportée par l'assurance maladie sociale, les assurances privées et les mutuelles de santé dans le financement de la riposte contre le VIH ? Y a-t-il d'autres sources domestiques mobilisées dans la lutte contre le VIH. | Aucune contribution n'est apportée par les organismes d'assurance maladie et les mutuelles malgré le fait que certains PVVIH ont recours au secteur privé et que les officines vendent des ARV et autres produits liés au VIH. Aucune autre source domestique n'est mobilisée de manière significative et régulière dans la lutte contre le VIH. | Elevé |

Annexe 8. Plan de préparation à la transition : format Excel (voir fichier attaché)