



**ÉTUDE D'ÉVALUATION DE LA PRISE
EN CHARGE SOCIO-SANITAIRE ET
JURIDIQUE POUR LES USAGER.E.S
DE DROGUES INJECTABLES (UDI) EN
TUNISIE**

**CETTE ÉTUDE EST ÉLABORÉE DANS LE CADRE
DU PROGRAMME D'APPUI DU FONDS MONDIAL DE
LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET
LE PALUDISME EN PARTENARAIT AVEC L'OFFICE
NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION
ONFPETCEDANSCADREDUPROJET"AMÉLIORER"
L'ACCES AUX SERVICES DE PREVENTION ET DE
TRAITEMENT AINSI QUE LES DROITS HUMAINS
DES POPULATION CLÉS EN TUNISIE**

**Etude réalisée par :
Mme Amira Medimagh
Mr Imed Zouari
Mr Zouheir Ben Jannet
Mr Mohamed Arfaoui**

Décembre 2022

Table des matières

I. CADRE.....	8
A. Présentation de l'organisation ASF.....	8
B. Initiative " Lever les barrières " du FM en Tunisie.....	8
C. Situation VIH en Tunisie.....	10
II. OBJECTIFS/RESULTATS ATTENDUS.....	15
A. Objectif général.....	16
B. Produits attendus.....	16
III. METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	16
A. Type d'étude.....	16
B. Collecte des données.....	16
1. Revue bibliographique.....	16
2. Outils de collecte (en annexe).....	17
3. Organisation des FG et des entrevues.....	17
C. Analyse des données.....	20
D. L'application de l'approche DH et genre.....	20
E. Considérations éthiques.....	23
IV. RESULTATS DE L'ETUDE.....	24
A. Description de l'échantillon.....	24
B. Résultats descriptifs des FGD et des entretiens	25
1. Pratiques de consommation de drogues.....	25
2. Services d'aide juridique.....	26
3. Services sociaux.....	27
4. Les services de santé.....	27
V. ANALYSE DES RESULTATS.....	31
A. Interdépendance des droits : Intégration ou segmentation ?.....	31
B. Egalité et non-discrimination.....	34
C. Empowerment : autonomisation ou déresponsabilisation ?.....	36
D. Participation : tokénisme ou participation effective ?.....	38
E. Redevabilité et transparence.....	39
F. Les femmes usagères de drogues.....	40
VI. RECOMMANDATIONS.....	41
A. Interdépendance des droits.....	41
B. Egalité et non-discrimination.....	41
C. Autonomisation.....	42
D. Participation.....	42
E. Redevabilité.....	42
F. Les femmes usagères de drogues.....	43

G.	Recommandations transversales.....	43
VII.	CONCLUSION.....	44
VIII.	ANNEXES.....	45
A.	GUIDE DES FGD.....	45
B.	GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL.....	48
C.	FICHE DE COLLECTE D'INFORMATIONS SUR LES PARTICIPANTS AUX FGD....	51

ABREVIATIONS

VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
IST	Infection Sexuellement Transmissible
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
VHC	Virus de l'Hépatite C
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
TS	Travailleuses du sexe
UDI	Usagers de Drogues injectables
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RdR	Réduction des Risques
IBBS	Integrated biological and behavioral survey
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PreP	Pre-exposure prophylaxis
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
TSO	Traitement Substitutif aux Opiacés
ABDH	Approche basée sur les droits humains
FM	Fond Mondial pour la lutte contre la Tuberculose, le Paludisme et le VIH/Sida
FGD	Focus Group Discussion

RESUME EXECUTIF

Cette étude d'évaluation de la prise en charge socio-sanitaire et juridique pour les usagers de drogues injectables UDI est réalisée par ASF dans le cadre du projet VIH et Droits Humains " Améliorer l'accès aux services de prévention et de traitement ainsi que les droits humains des populations clés en Tunisie ". Il s'agit d'une étude qualitative au cours de laquelle, un mélange de données quantitatives secondaires et de données qualitatives primaires a été recueilli et analysé.

Les UDI sont un groupe très vulnérable au VIH/Sida de part leurs pratiques d'injection mais également leur situation marginalisée ainsi que les obstacles qu'ils et elles rencontrent dans l'accès aux services socio-sanitaires et juridiques. Aucun mécanisme de recours en cas de violation des droits pour les détenteurs de droit n'est en place ni celui du cheminement et traitement des feedbacks. Cette étude qualitative a permis de mettre en avant à travers des FGD à Tunis, Nabeul et Gafsa ainsi que des entretiens avec des personnes clés et des consommateurs de drogues injectables, les facteurs à l'origine de la vulnérabilité des UDI en Tunisie.

D'après les résultats des groupes de discussion, il apparaît que le Subutex est la drogue la plus fréquemment consommée. Tous les participants sont unanimes sur la disponibilité et la facilité d'approvisionnement en drogues injectables. Les participants aux différents FGD, ont identifié le besoin pour une aide juridique afin d'entamer une procédure de cessation des poursuites judiciaires à leur encontre. Certains interviewés ont exprimé leur besoin à une formation qui leur permet de comprendre leurs droits notamment ceux ayant rapport avec l'accès à la justice. Les services d'accompagnement juridique proposés par ASF ne sont pas connus par les participants dans toutes les villes où ont eu lieu les FGD. La majorité des personnes interrogées n'ont pas eu accès à ce service social de couverture santé. Fautes de moyens, plusieurs d'entre elles et d'entre eux souffrent, de problèmes de santé mais n'arrivent pas à se faire soigner et ne profitent actuellement d'aucun suivi médical. Le besoin urgent exprimé par les participants au FGD de Gafsa et Nabeul est la réouverture des centres à bas seuil de l'ATL MST Sida Tunis qui assurait la distribution de seringues et de matériel d'injection. Les services de sevrage aux drogues sont également des besoins exprimés par les participants. Tous les participants souffrent d'infections des sites d'injection et se soignent par leurs propres moyens. Dans toutes les villes, les participants n'utilisent souvent pas de moyens de prévention des IST. L'accès aux seringues stériles diffère d'une ville à l'autre à Nabeul et Gafsa, l'accès est plus difficile en raison de la fermeture des centres à bas seuil. Parmi les participants, beaucoup ont recours à l'échange de seringues lorsqu'ils ne peuvent pas s'en procurer auprès des associations ou en pharmacie. La majorité des participants à Gafsa vivant avec le VIH sont pris en charge à l'Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba à Monastir. Tous ceux qui ont l'hépatite doivent prendre en charge financièrement les analyses qui leurs coûteraient dans les 4000 DT pour tout le suivi dans un laboratoire privé. Certains y parviennent grâce au soutien de leurs familles d'autres abandonnent la prise en charge.

Il est clair, à travers les données collectées, que l'approche prédominante adoptée par les acteurs de la riposte ne s'adresse pas aux personnes vulnérables de manière globale et compartimente le vécu des ayants droits afin de faciliter l'offre de service qui reste segmentée. L'approche intégrée et globale n'est pas formalisée/systématisée

dans les programmes en lien avec la riposte au VIH. Les interventions d'aide juridique (elles-mêmes segmentées puisque soumises à des critères de sélection des affaires pouvant faire l'objet d'une aide juridique-voire encadrée P32) sont proposées sans qu'un lien systématique ne soit fait avec les autres droits tel que l'accès à la santé par exemple. Ceci s'illustre par un référencement vers les services juridiques de la part des assistants juridiques sans que les détenteurs de droit ne soient systématiquement accompagnés et suivis suite à l'action de l'avocat d'ASF. La stigmatisation et la discrimination restent un obstacle majeur à l'accès aux services pour les UDI. La stigmatisation peut être internalisée ou expérimentée. Elle a d'autant plus d'impact lorsqu'exercée en milieu de soin et ceci a été largement décrit par les UDI interrogés les poussant pour certains à retarder leur recours aux soins ou leur refus de soins. Les données collectées ne mettent pas en avant des actions ciblant l'entourage des détenteurs de droit ni des interventions touchant aux secteurs clés de lutte contre la stigmatisation mis à part les centres de santé où l'action reste très limitée en termes de couverture géographique et temporelle. Il est difficile d'évaluer l'impact du programme sur la réduction de la stigmatisation/discrimination. Au cours des FGD, les participants n'étaient pas conscients de leurs droits et ne se positionnaient pas comme acteurs de leur accès aux droits/services. Ils se perçoivent comme simples utilisateurs de services et non des ayants droit. L'approche programmatique adoptée, basée sur les besoins et non sur les droits mène à une déresponsabilisation des détenteurs de droit qui se positionnent en victimes et non en acteurs de leur vie. L'élaboration de la demande de subvention au FM est basée sur un large dialogue pays impliquant des représentants aussi bien de la société civile que des communautés affectées par le VIH. La participation des communautés est limitée à cet " événement ". En effet les détenteurs de droits ne sont plus impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du programme. L'implication au cours du dialogue pays se fait sans aucune formation ou préparation préalable résultant en une participation peu effective. Ajouté à cela, l'implication des mêmes personnes d'un dialogue pays à l'autre donne lieu à une participation tokéniste plutôt que réelle et honnête.

D'après les données collectées à travers les entretiens et la revue documentaire, aucun cadre de performance du plan national pour les DH n'est utilisé. Aucun mécanisme de recours en cas de violation des droits pour les détenteurs de droits n'est en place ni celui du cheminement et traitement des feedbacks. Tout ceci affaiblit la redevabilité et la transparence.

Les principales recommandations issues de ce travail sont les suivantes :

- Adopter une approche multidimensionnelle et multisectorielle aussi bien dans l'évaluation de la situation que dans la définition des interventions et le suivi et l'évaluation.
- Prendre en considération l'inégalité des sexes lors de l'élaboration des programmes et l'allocation des ressources afin de réduire la fracture qui en résulte.
- Renforcer la réflexion et l'intervention sur les aspects relatifs à la capacitation des communautés détentrices de droit dans l'optique de les conscientiser et leur donner les moyens de revendiquer les droits.
- Intégrer des mécanismes clairs de participation réelle des communautés détentrices de droits à toutes les étapes du cycle de programme.
- Assurer les bases du suivi programmatique : un cadre de performance et un plan de suivi clair détaillant les responsabilités.

I. CADRE

A. Présentation de l'organisation ASF

Créée en 1992, Avocats Sans Frontières (ASF) est une organisation non gouvernementale internationale de droit belge, qui a pour mission de soutenir la réalisation d'une société juste et équitable et dans laquelle le droit est au service des groupes et des populations en situation de vulnérabilité. Son objectif principal est de contribuer à la mise en place d'institutions et de mécanismes permettant l'accès à une justice indépendante et impartiale, capable d'assurer la sécurité juridique et de garantir la protection et l'effectivité des droits fondamentaux pour toutes et tous. Elle met en place des activités très diverses pour garantir l'accès à la justice des plus vulnérables et la mise en place de systèmes légaux capables de les protéger.

ASF est engagée sur plusieurs axes d'intervention (accès à la justice, justice pénale internationale, lutte contre la torture, promotion des droits économiques et sociaux, défense des droits civils et politiques, soutien et protection des défenseur.e.s des droits humains, etc.) et dispose de missions permanentes en Ouganda, en République Démocratique du Congo, au Maroc, en Tunisie et en République centrafricaine.

Active en Tunisie depuis février 2012, ASF vise à renforcer les acteurs de la société civile travaillant dans le secteur de l'aide légale, de la justice transitionnelle et de la mise en place des réformes, afin de les aider à améliorer la qualité de leurs services et l'efficacité de leur action, et pour participer aux réformes de la justice entamée en Tunisie. C'est dans ce contexte que travaille actuellement la mission d'Avocats Sans Frontières en Tunisie, par la mise en œuvre de plusieurs projets en partenariat avec des acteurs tunisiens (ONG de droits humains et professionnels du droit) : il s'agit à la fois de les accompagner dans la réforme de la justice, dans la promotion et la défense des droits humains, dans la protection des acquis constitutionnels et dans la création de services d'aide légale accessibles et de qualité pour les personnes en situation de vulnérabilité.

B. Initiative " Lever les barrières " du FM en Tunisie

Ce projet s'inscrit dans le cadre du Programme d'Appui du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme en partenariat avec l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP) et en collaboration avec des organisations de la société civile œuvrant dans le domaine de prévention et lutte contre le VIH/ Sida en Tunisie.

Le projet cible tout particulièrement les personnes atteintes ou exposées au VIH notamment en leur facilitant l'accès aux services d'aide juridique, mais également à travers l'animation de réunions de sensibilisation des populations clés sur le volet des droits humains, et l'organisation des sessions de formation pour le personnel de santé, les avocat.e.s, les magistrat.e.s, les ONG et les agents communautaires.

La facilitation de l'accès aux services d'aide légale adaptés aux besoins des groupes répond à l'une des missions majeures d'ASF en Tunisie : permettre aux groupes les plus vulnérables de la population, d'accéder à la justice, tout en identifiant, sur la base des données collectées via le mécanisme d'aide légale mis en place, les axes stratégiques de plaidoyer afin d'optimiser l'accès à ces services et d'améliorer leur qualité, qu'ils soient de nature institutionnelle ou organisationnelle.

Depuis 2017, l'initiative " Lever les obstacles " du FM fournit un soutien intensif à

20 pays (24 pays depuis 2023), afin d'intensifier les programmes fondés sur des données probantes qui réduisent les obstacles liés aux droits humains dans les services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. La Tunisie est l'un des 20 pays initialement sélectionnés. C'est dans ce cadre qu'une évaluation de référence des obstacles liés aux droits humains a été lancée en 2017, visant à :

Identifier les principaux obstacles liés aux droits humains

Décrire les programmes existants visant à lever ces obstacles, ainsi que leurs coûts ;

Indiquer en quoi consisterait une démarche globale visant à lever ces obstacles en termes de types de programmes, de leur couverture et de leurs coûts ; et

Identifier les occasions de les mettre à échelle au cours de la période couverte par la stratégie du Fonds mondial.

L'évaluation a fourni un cadre de référence concernant la situation en 2017 et a été suivie d'évaluations similaires à mi-parcours et au terme de la stratégie du Fonds mondial, dans le but d'évaluer l'impact de l'intensification des programmes destinés à lever les obstacles.

Les principaux obstacles liés aux droits humains identifiés par le rapport d'évaluation de référence du Fonds Mondial qui entravent l'accès aux services liés au VIH pour les populations clés et vulnérables sont :

- Les lois qui criminalisent la sexualité, le comportement sexuel et l'expression de genre, les drogues et l'usage de drogues ainsi que les lois qui limitent les droits des migrants

- Les pratiques policières qui continuent à être décrites comme autoritaires, punitives, abusives et qui ne font pas l'objet d'un contrôle ou d'une imputabilité suffisante, en particulier les pratiques à l'encontre des UDI, des PS, des HSH et des migrants d'Afrique subsaharienne. Les pratiques policières signalées comprenaient le harcèlement, l'extorsion de fonds, les arrestations arbitraires et la violence, y compris la violence sexuelle.

- Les normes de genre et les attitudes sociales en vigueur concernant le sexe et la sexualité, en particulier dans les communautés tunisiennes plus religieuses et socialement conservatrices, qui empêchent les femmes tunisiennes, les HSH, d'approcher des institutions qui offrent des services de santé sexuelle.

- La stigmatisation liée à la maladie mentale, à la toxicomanie et à la pauvreté, qui ajoute aux obstacles rencontrés par les personnes vivant avec le VIH et confrontées à ces problèmes.

- La stigmatisation liée au VIH, qui fait craindre aux personnes de subir un test de dépistage du VIH, les fait qu'elles pourraient être infectées par le VIH, les pousse à hésiter à utiliser des préservatifs ou à divulguer leur statut sérologique aux partenaires sexuels ou à leur famille et les pousse à refuser de chercher un traitement ARV.

A la lumière des résultats de l'évaluation de référence, une stratégie nationale sur les Droits Humains et le VIH/Sida 2019-2023 a été élaborée en 2019. Dans le but de créer un environnement favorable pour la mise en œuvre du PSN, cette stratégie s'est définie comme objectif global de " lever les barrières juridiques qui entravent l'accès aux services de prévention, de soins et traitements et protéger les droits humains liés au VIH pour son éradication d'ici 2030 en Tunisie ". Cet objectif global a été décliné en 4 axes spécifiques :

- Axe 1: La stigmatisation et la discrimination pour les populations clés et vulnérables sont réduites afin d'améliorer l'accès aux services

- 1.1: Programmes de formation du personnel de santé aux droits humains et à l'éthique liée au VIH

- 1.2 : Programmes de formation et sensibilisation des médias et des religieux
- Axe 2: les populations clés et vulnérables ont un meilleur accès à la justice
- 2.1. Programmes de sensibilisation des agents de la force publique
- 2.2. Programmes de promotion de l'alphabétisation juridique pour les populations clés et vulnérables (" connaissez vos droits ") (éducation par les pairs)
- 2.3. Services juridiques liés au VIH
- Axe 3. L'environnement juridique relatif au VIH est réformé afin de mieux protéger les droits des populations clés et vulnérables
- 3.1. Programmes de sensibilisation des législateurs

● Axe 4: les barrières relatives à l'accès aux services liés aux VIH pour les femmes, les jeunes et adolescents, les migrants, les personnes en détention sont éliminées ³ L'élaboration de cette stratégie a mobilisé tous les acteurs ainsi que les représentants des PVVIH, populations clés et vulnérables au cours de nombreux ateliers.

Sa mise en œuvre a été possible grâce au financement du FM à partir de 2019 à travers aussi bien la subvention régionale du FMS (Durabilité des services pour les populations clés de la région MENA 2019-2021) que celle nationale (NFM2 et NFM3). Selon la théorie du changement de l'initiative " lever les obstacles ", les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH peuvent être surmontés par la mise en œuvre et l'extension de programmes spécifiques et complémentaires comme suit :

La réduction de la stigmatisation et des discriminations au sein de la population générale, des professionnels de santé et de la police permet d'améliorer la sécurité et l'accès aux soins des populations clés.

Les populations clés informées et éduquées sur leurs droits et accompagnées dans la réalisation de ces droits peuvent se mobiliser, exiger le respect de leurs droits et exprimer leurs propres besoins. Elles sont mieux équipées pour demander et accéder aux services de santé dont elles ont besoin.

La réforme des politiques et lois stigmatisant et criminalisant les populations clés permet de créer un environnement juridique favorable qui protège les droits des populations clés et assure leur accès aux soins de santé et de prévention en toute sécurité.

Le renforcement du leadership et des capacités des communautés de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et des populations clés leur permettent de surveiller et améliorer la prestation des soins de santé, de s'organiser et de plaider pour la réalisation de leurs droits liés à la santé et pour des politiques et des pratiques améliorant leur accès aux services .

Depuis le démarrage de l'Initiative " Lever les barrières ", le Fonds Mondial a investi un total d'approximativement 2,6 millions de dollars US dans les programmes VIH et droits humains entre 2019 et 2023. La Tunisie a respectivement reçu en fonds de contrepartie 1 million de dollars US pour le cycle de subvention 2017-2019 et 900 000 dollars US pour celui de 2020-2022. Le pays a ajouté à ces fonds de contrepartie dans le cadre des allocations pays. Les périodes de mise en œuvre correspondantes ont été sur 2019-2021 pour le NFM2 et 2022-2023 pour le NFM3, le dernier cycle étant réduit d'un an afin de s'aligner sur la demande de financement multi-pays incluant la Tunisie et l'Algérie pour le cycle 2024-2026⁵.

C. Situation VIH en Tunisie

En Tunisie, la prévalence du VIH au sein de la population générale adulte était inférieure à 0,1% en 2021, soit une épidémie de faible intensité, avec un taux

d'incidence de 0.06/1000. Le nombre des personnes vivant avec le VIH est estimé en 2022 (Spectrum) à 6888 dont 4248 hommes (62%) et 2640 femmes, et moins de 200 enfants de 0 à 14 ans. Le nombre annuel de nouvelles infections VIH est estimé à un peu plus de 500 soit une quasi-stabilité depuis l'année 2008 montrant que les efforts de la riposte nationale n'ont pas permis jusqu'ici de les infléchir.

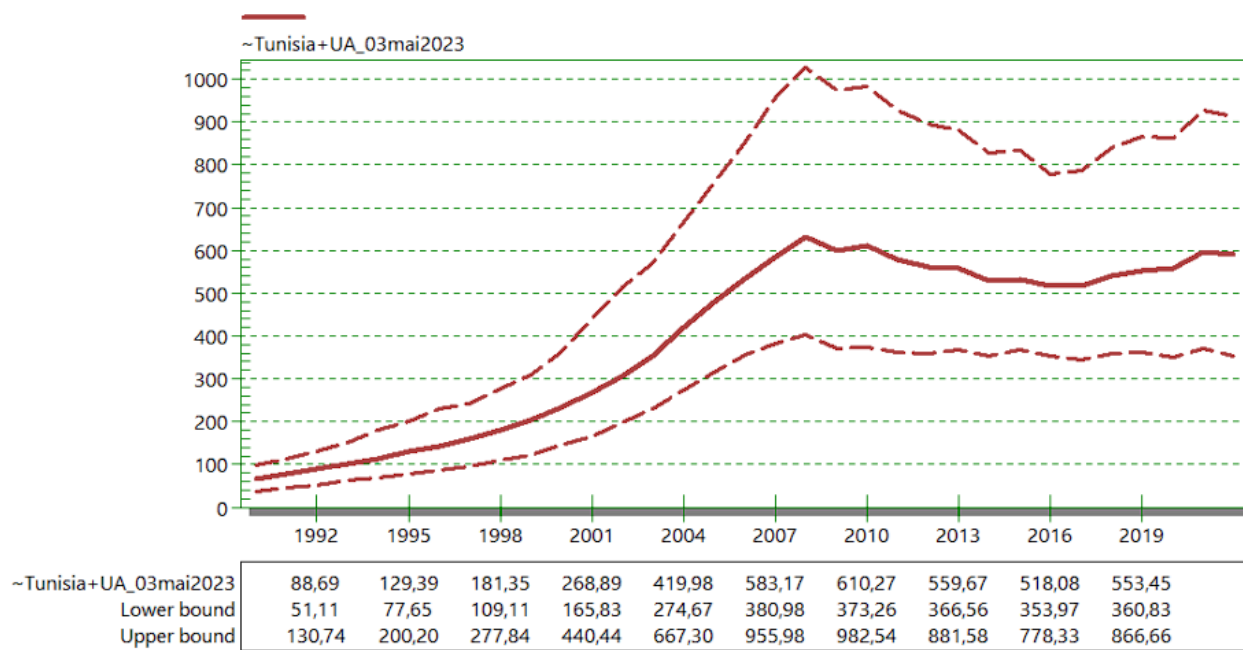


Figure 1 Evolution du nombre de nouvelles infections en Tunisie depuis 1990) Spectrum 2022

Le nombre de nouvelles infections a connu une forte hausse entre les années 90 à 2007, puis une légère baisse à partir de 2007 suivi d'une reprise à partir de 2016. La tendance n'est pas à la baisse. Les cas de VIH/sida notifiés au PNLS ont accusé une augmentation en 2022 avec 407 nouveaux cas dont 117 sont des femmes, 249 tunisiens et 158 migrants. Cette augmentation a été constatée au centre hospitalier de prise en charge VIH de la Rabta qui reçoit 7 à 8 nouveaux cas par semaine, souvent des jeunes des populations clés (HSH) et à un stade tardif de l'infection à VIH ¹. La majorité des nouvelles infections sont diagnostiquées entre 25 et 29 ans.

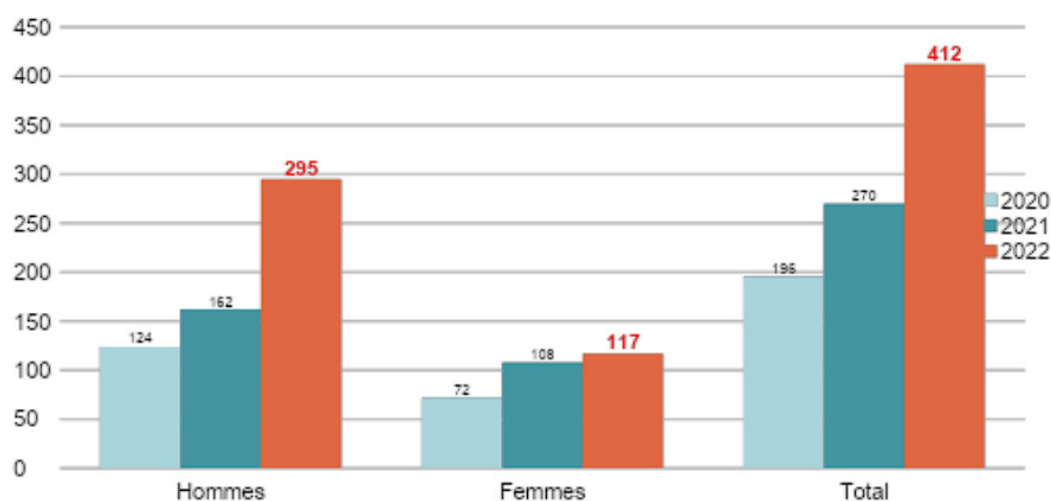


Figure 2: distribution des nouveaux cas de VIH des trois dernières années par sexe (PNLS Mai 2023)

Depuis le début de l'année 2023, 104 nouveaux cas ont initié un traitement ARV, dont 77 de nationalité tunisienne et 27 de nationalité étrangère².

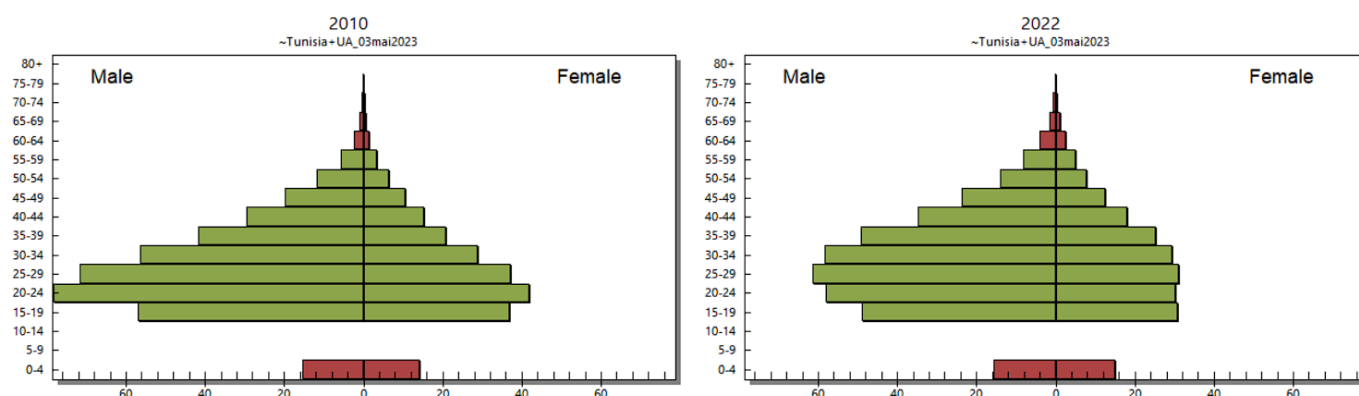


Figure 3: distribution des nouveaux cas selon la tranche d'âge en 2010 et en 2022 (Spectrum 2023)

Le ratio incidence/prévalence est de 8,1% en 2021 soit très élevé par rapport au niveau de stabilisation de l'épidémie (3%). Entre 2010 et 2022, les deux graphiques montrent une " masculinisation " de l'épidémie et une incidence élevée dans les groupes d'âges des adolescents et des populations jeunes (15-34 ans).

Selon les estimations Spectrum de 2022, le nombre estimé de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) est de 6888, uniquement 1811 sont sous ARV ce qui fait un pourcentage de 26% dénotant d'un écart important entre le dépistage et le diagnostic

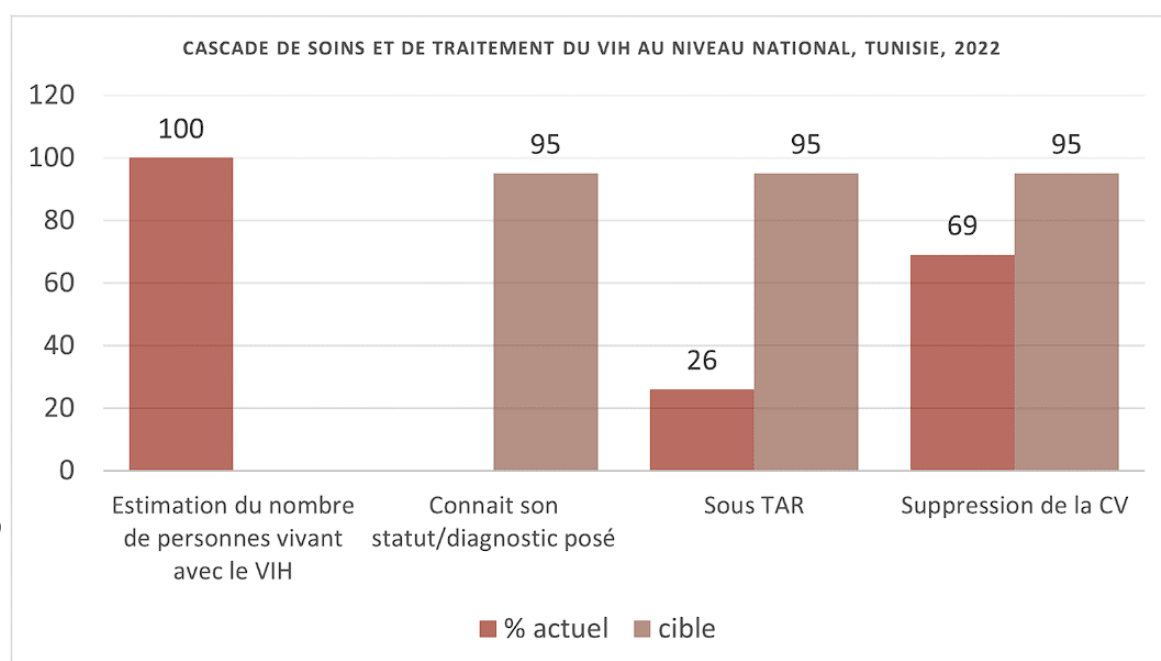


Figure 4: cascade de soins et de traitement du VIH au niveau national, Tunisie, 2022 (Spectrum 2023)

La cascade nationale de soins et de traitement, montre qu'actuellement, on ne dispose pas d'estimation sur le plan national du nombre de personnes chez lesquelles un diagnostic de VIH a été posé et qui connaissent leur statut. Il y a là une lacune

au niveau des données qui peut être comblée grâce à la surveillance basée sur l’identification des cas. Le système de déclaration obligatoire des maladies devrait permettre de suivre le nombre de personnes chez qui le diagnostic est posé. Ce système n’est pas suffisamment fonctionnel pour le permettre.

Uniquement 26% des PVVIH (nombre estimé) sont sous traitement ARV dénotant une lacune dans le dépistage. 69% de ceux et celles qui sont sous traitement sont en suppression virale dénotant d’un problème de prise en charge. On ne connaît pas la proportion de personnes par rapport aux diagnostiqués.

Les chiffres de la cascade sont loin des cibles des trois 95%. Le pays ne dispose pas de chiffre de cascade de soins et de traitement pour les populations clés puisque l’estimation nationale de taille des populations n’est pas disponible.

Tableau 1 : Indicateurs de la cascade de soins du VIH en Tunisie

Indicateur	Source de donnée et année d'obtention	Nombre absolu	pourcentage	Cible
Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH	Spectrum 2022	6888	100%	
Connait son statut/diagnostic posé	Non disponible	Non disponible	Non disponible	95%
Sous TAR	Services de PEC	1811	26.3%	95%
Suppression de la charge virale	Services de PEC	1252	18.2%	95%

Le nombre estimé de décès a augmenté de 232% entre les années 2010 et 2022 en lien avec la faible couverture par le traitement ARV (26% en 2022).

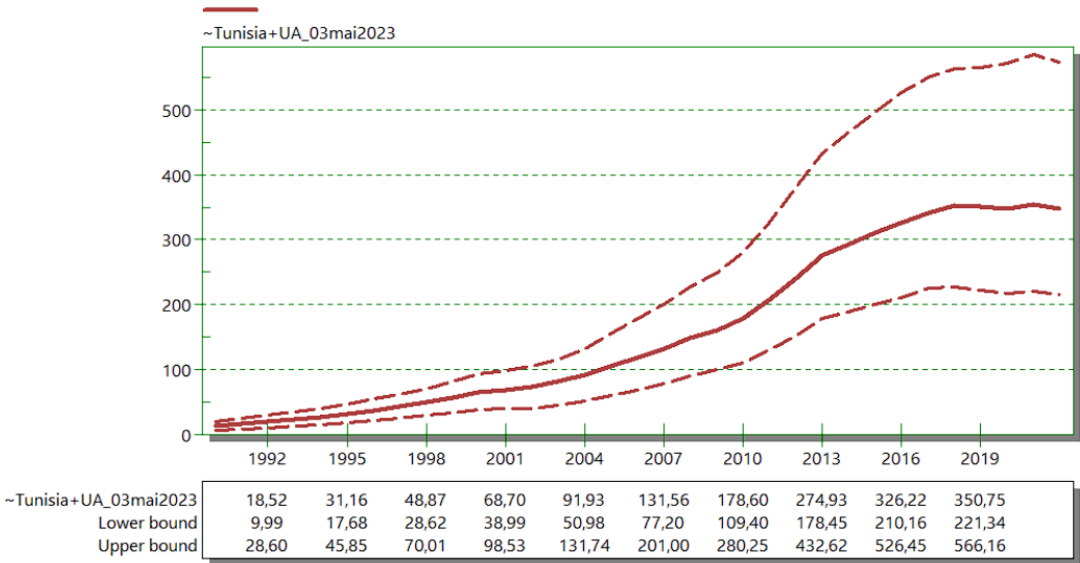


Figure 5: évolution du nombre de décès parmi les PVVIH depuis 1992 (Spectrum 2023)

L'épidémie du VIH en Tunisie est concentrée avec des prévalences très élevées parmi les populations clés notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les personnes qui s'injectent des drogues (UDI), avec une progression globalement (méthodologies différentes d'une enquête à l'autre) croissante dénotant d'une situation inquiétante en évolution. Les enquêtes bio comportementales sont la seule source d'information sur les comportements à risque auprès des populations clés. La dernière enquête³, réalisée en 2021, n'a pas permis d'estimer la taille des populations clés et ses résultats ne sont pas extrapolables au-delà des villes investiguées.

Tableau 2 : évolution de la prévalence du VIH/Sida au cours des enquêtes bio comportementales ⁴

Populations	Estimation de la taille 2014	Prévalence 2011	Prévalence 2014	Prévalence 2018	Prévalence selon étude 2021
UDI	9000	2,40%	3,90%	6%	11 %
TS	47.000	0,61%	0,94%	1,2%	0,5 %
HSH	28.000	13%	9,1%	10,20%	8 %

La dernière étude bio-comportementale (IBBS) conduite en 2021² a montré des prévalences de 0,5% parmi les professionnelles du sexe (TS), 8 % parmi les HSH et 11 % parmi les UDI avec des particularités liées aux villes investiguées.

A noter qu'il n'y a pas de données objectives relatives à l'estimation nationale de la taille des différentes populations clés. Aucune donnée n'est disponible pour les personnes transgenres.

Les estimations de taille des populations clés par ville dans l'IBBS 2021 sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Estimation de la taille des populations clés dans les villes d'étude dans l'enquête IBBS 2021

HSH	UDI	TS
Tunis 5221	Tunis 4289	Tunis 3762
Sfax 3828	Gafsa ---	Sousse 1223
Sousse 3245	Nabeul 570	Sfax 629

La situation épidémiologique actuelle est très loin des cibles des 95% et selon les projections Spectrum de 2022 les cibles ne seront pas atteintes d'ici 2030.

3 Enquête IBBS Tunisie, 2021

4 Plan stratégique national de lutte contre les IST et VIH/Sida 2021-2025 Tunisie , Ministère de la Santé

Figure 6: projection du nombre de décès dus au VIH/Sida (Spectrum 2023)

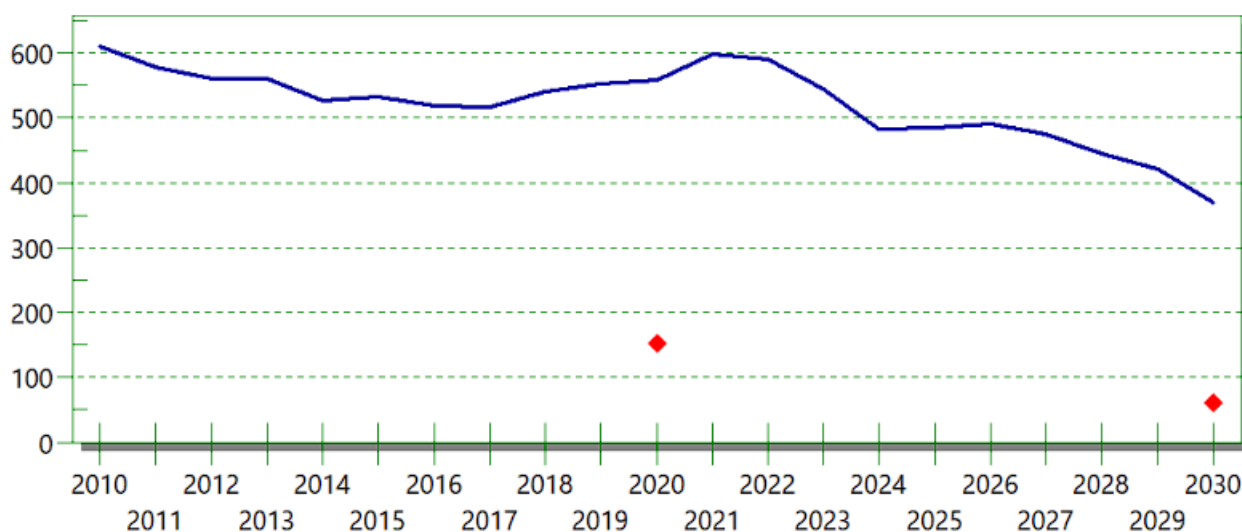
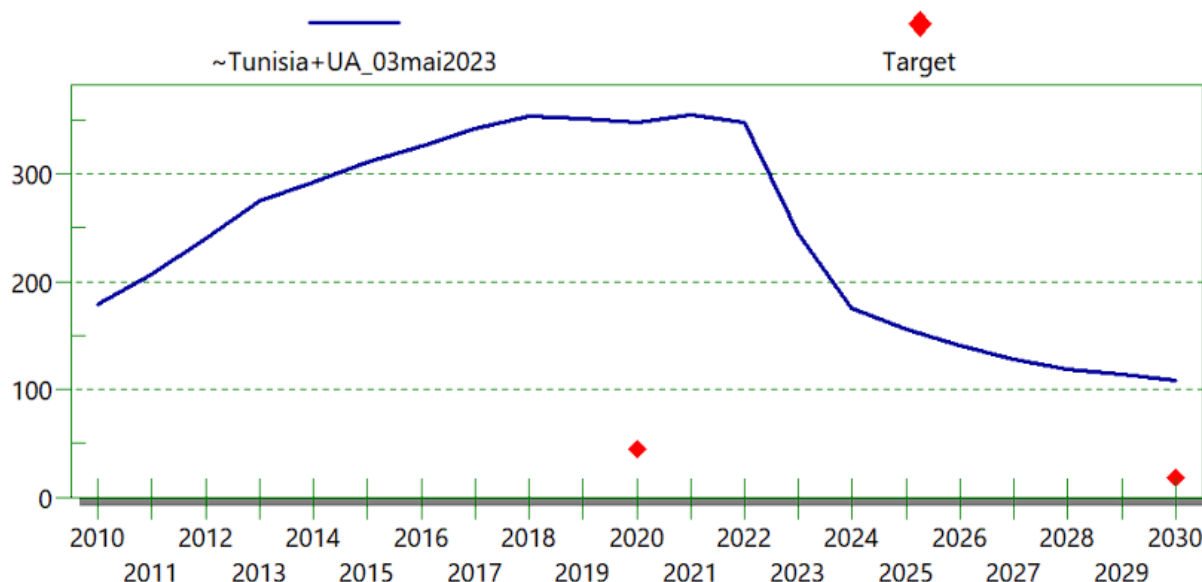


Figure 7 : projection du nombre de décès dus au VIH/Sida (Spectrum 2023)



Selon le graphique, à partir de 2022, on estime que le nombre de décès parmi les PVVIH va connaître une forte chute.

Aucune information épidémiologique nationale sur les IST n'a été communiquée par le PNLS, les seules informations fournies sont les déclarations des représentants d'ONG sur l'augmentation du nombre de tests positifs à la syphilis parmi les HSH (qui utilisent les TDR VIH/Syphilis).

II. OBJECTIFS/RESULTATS ATTENDUS

Avocats Sans Frontières a recruté un Consortium de Consultants pour le développement d'une étude d'évaluation de la prise en charge socio-sanitaire et juridique pour les usagers de drogues injectables UDI dans le cadre du projet VIH et Droits Humains " Améliorer l'accès aux services de prévention et de traitement ainsi que les droits humains des populations clés en Tunisie "

A. Objectif général

Elaborer, en collaboration avec les partenaires du projet deux études d'évaluation de la prise en charge socio-sanitaire et juridique gouvernementale et non gouvernementale pour les usagers de drogues injectables en Tunisie.

B. Produits attendus

- La note méthodologique, élaborée sur la base des TDR de la consultation et en concertation avec l'équipe du projet ainsi qu'un chronogramme de mise œuvre par étude d'évaluation.
- Deux rapports intermédiaires de progrès des études.
- Rapport de l'étude d'évaluation de la PEC socio-sanitaire et juridique gouvernementale et non gouvernementale des UDI en Tunisie

III. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Dans le cadre de notre étude visant à évaluer la prise en charge socio-sanitaire et juridique des usagers de drogues injectables (UDI) en Tunisie, il est impératif d'adopter une approche inclusive intégrant pleinement les notions de genre et de droits humains à tous les niveaux de notre démarche ; aussi bien dans la méthodologie de recherche que dans l'analyse des résultats.

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative. Un mélange de données quantitatives secondaires et de données qualitatives primaires a été recueilli pour comprendre les principaux facteurs d'inégalité, la dynamique du pouvoir et les facteurs qui empêchent ou favorisent la pleine réalisation des droits humains et des libertés fondamentales. Les données qualitatives ont été recueillies par le biais de groupes de discussion et d'entretiens avec des informateurs clés (entretiens semi-structurés). Les données quantitatives secondaires ont été recueillies grâce à une vaste étude documentaire utilisant les thèmes et sous-thèmes clés identifiés avec l'équipe de recherche.

B. Collecte des données

1. Revue bibliographique

Une collecte et une analyse des documents disponibles sur la question a été réalisée :

- Documents de stratégies et programmes nationaux ;
- Rapport de suivi et d'évaluation de programmes ;
- Rapports d'études et d'enquêtes ;
- Rapports d'ateliers et de rencontres ;
- Guidelines internationaux ;
- Publications sur des sujets similaires.

L'approche adoptée (expliquée plus loin) a nécessité également une consultation approfondie des meilleures pratiques en matière d'évaluation des programmes de réduction des risques pour les UDI, ainsi que des directives concernant l'intégration des considérations liées au genre dans la recherche en santé publique.

2. Outils de collecte (en annexe)

A la lumière des résultats des étapes précédentes, un guide pour le déroulement des FGD ainsi que celui des entrevues avec les personnes clés a été préparé par les consultants. La revue de ces outils en vue de leur amélioration a été faite à la suite des premiers FGD et entrevues.

3. Organisation des FG et des entrevues

a. Organisation des FGD

Les régions qui ont été ciblées par les FGD sont : Grand Tunis, Gafsa et Nabeul . Le choix de ces régions s'est fait essentiellement en fonction de l'accessibilité des populations concernées. Les profils des régions représentées dans notre enquête peuvent être présentés comme suit :

Le Grand Tunis

Le Grand Tunis est la région la plus peuplée en Tunisie. Sa population est estimée en 2021 à près de 3 millions d'habitants répartis entre les gouvernorats de Tunis (1075015 habitants), Ariana (667354), Ben Arous (715490) et La Manouba (423111). Comme métropole, cette région représente un espace de rencontre de plusieurs populations clés et connaît depuis longtemps une dynamique urbaine observable sur plusieurs niveaux : Étalement urbain, développement économique⁵, concentration des services publics et des richesses, dynamisme de la société civile, pluralité du paysage politique, etc. Toutefois, et même si cette dynamique ait bien permis d'intégrer plusieurs groupes sociaux de l'intérieur du pays dans le système économique et social, le prix social de cette dynamique urbaine se voit assez élevé.

Il nous serait suffisant de rappeler que le Grand Tunis constitue aujourd'hui un espace propice où s'expriment les inégalités sociales et se multiplient les indicateurs de vulnérabilités de plusieurs groupes sociaux qui sont en dehors du système socioéconomique organisé et à la marge des champs d'intervention de l'Etat dont les services connaissent depuis des années une dégradation continue tels que la santé, l'éducation, le transport et l'emploi. Le grand Tunis constitue ainsi un espace où se développent les activités socioéconomiques informelles et les trafics de délinquances, de délit, de drogue et du sexe dans les milieux défavorisés aussi bien que dans les milieux favorisés.

Nabeul

Nabeul est l'une des principales régions côtières dont le nombre d'habitants en 2021 est estimé selon l'INS à 866 milles. Cette région, connue principalement par sa dynamique économique notamment dans les secteurs de l'agriculture et du tourisme, profite de son emplacement géographique entre le Grand Tunis et la région du Sahel (Sousse, Monastir et Mahdia), et connaît depuis des années une dynamique socioéconomique, un taux de chômage ne dépassant le niveau de 8,2%, un taux de

5 Notons à ce propos que l'enquête nationale des entreprises réalisée en 2019 par l'Institut Tunisien de la Compétitivité et des Études Quantitatives a fait apparaître que 18% des entreprises privées sont installées à Tunis, 9.7%, à Ariana, 7.4% à Ben Arous et 4% à La Manouba. Le Grand Tunis comprend, lui seul, près de 40% du nombre total d'entreprises privées en Tunisie.

pauvreté de 8%. L'attractivité de la région de Nabeul ne se limite pas uniquement à sa dynamique économique mais peut également être expliquée par son ouverture sur l'extérieur notamment à travers le tourisme balnéaire qui fait venir dans la région plus de 1.2 million de touristes par an.

Malgré les conditions socio-économiques favorables sur l'ensemble du gouvernorat de Nabeul, il y'a lieu de noter l'existence de quelques indicateurs d'exclusion sociale et de discriminations en rapport avec la nature saisonnière de l'emploi dans le secteur touristique et la difficulté d'y intégrer la main d'œuvre non qualifiée. La concentration du chômage et de pauvreté dans certains quartiers populaires et l'existence d'une clientèle assez diversifiée sont à l'origine de la constitution un marché sexuel et d'un réseau de trafic de drogues engendrant une augmentation du nombre des UDI et des TS dans la région.

Gafsa

La région de Gafsa est le gouvernorat le plus peuplé au Sud-Ouest de la Tunisie avec une population estimée en 2021 à 354 mille habitants. Cette région frontalière avec l'Algérie, est caractérisée par une économie basée essentiellement sur l'industrie d'extraction de phosphate et l'agriculture. Les indicateurs de chômage et de pauvreté sont assez élevés qu'ils atteignent respectivement 25,5% et 19% dans l'ensemble du gouvernorat et dépassent le double des moyennes nationales dans certaines délégations (Belkhir et Sned)

Avec des taux de pauvreté et de chômage assez élevés d'une part, et une instabilité économique notamment au niveau du secteur minier d'autre part, des réseaux de trafics de drogues et de travail de sexe se sont constitués notamment dans les principaux quartiers populaires de la ville de Gafsa où se concentrent plusieurs formes de vulnérabilités (sociale, économique, culturelle, sécuritaire, etc.). Les trafics de drogues sont très liés aux trafics de contre-bonde sur les frontières avec l'Algérie.

Sfax

Sfax est la deuxième métropole en Tunisie avec une population estimée en 2021 à un million d'habitants dont la moitié habite dans la ville de Sfax. Avec un taux de pauvreté de 6.3% et un taux de chômage de 10.7%, Sfax bénéficie d'un large patrimoine entrepreneurial qui lui a permis de développer une économie locale assez diversifiée basée sur un secteur industriel bien développé, un secteur commercial bien ouvert sur les marchés national et international et un secteur agricole bien productif.

La ville de Sfax accueille depuis des décennies des flux migratoires venant des régions de l'intérieur et de son arrière-pays et commence depuis quelques années à recevoir des milliers de migrants subsaharien venant s'installer dans la ville pour soit pour les études ou pour le travail ou encore pour le transit vers l'Europe. Une autre communauté non moins nombreuse, celle des Libyens et des Algériens, vient à Sfax pour bénéficier d'une offre très importante en médecins privés et spécialistes. Malgré toutes ces potentialités, la ville de Sfax n'a pas réussi à garantir une véritable intégration socioéconomique pour ses tous ses habitants. La concentration de la pauvreté et du chômage dans les quartiers populaires qui l'entourent aussi bien que le développement d'une économie parallèle en plein ville sont des indicateurs d'échec des politiques mises en œuvre pour le développement de la ville. Faut-il ajouter à ce propos que l'aggravation des vulnérabilités dans la ville de Sfax ayant engendré un accroissement des indicateurs de délinquance, est à l'origine de l'avènement

depuis le début des années 2000 d'une dynamique associative ayant comme objectif de prévenir contre les facteurs de risques engendrés par le commerce du sexe et les trafics de drogue.

5 FGD ont été comptabilisés en tout comme suit :

	Cible	Lieu/Partenaire	Date	Nbre de participants	Durée
1	UDI Hommes	Gafsa/ATL Tunis	24/10/2023	11	90'
2	UDI PVVIH Hommes	Tunis/ATIOST Tunis	17/10/2023	07	40'
3	UDI MSM	Tunis/ATIOST Tunis	17/10/2023	7	45
4	UDI Hommes	Nabeul/ ATL Tunis	18/10/2023	8	60'
5	UDI	Sfax/ATL BN	23/10/2023	8	

La sélection des participants vise à refléter la réalité et à explorer la plus grande diversité possible de témoignages afin de mélanger les avis pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet. Les informations sur les caractéristiques de l'échantillon (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle...) ont été recueillies grâce à un questionnaire anonyme.

Dans la conduite du travail de terrain, l'équipe s'est fixée des standards, notamment :

- Garantir la représentativité des participants lors des entretiens et des groupes de discussion, à travers une collaboration étroite avec des organisations locales engagées auprès des UDI.
- Les questions posées lors de ces sessions ont porté sur leurs expériences individuelles en matière d'accès aux services de santé, de stigmatisation, de discrimination et de besoins spécifiques en termes de prise en charge socio-sanitaire et juridique. Ces groupes de discussions ont aussi tenu compte des différences liées au genre et aux particularités propres à chaque sous-groupe (Hommes, femmes, trans, migrants).
- La transparence du processus de sélection des participants et la conformité aux normes éthiques de la recherche. Le consentement éclairé des participants a été obtenu et la confidentialité des données collectées garantie.

L'évaluation auprès des participants a été menée sur la base d'un guide semi structuré prédéfini(annexe).

Le nombre de participants est compris entre 4 et 11 personnes, tous bénévoles. Le choix des participants aux FGD s'est fait en tenant en considération principalement les spécificités du genre, âge, statut social, niveau d'éducation et la répartition géographique. Chaque FGD a été enregistré à l'aide d'un enregistreur numérique.

b. Organisation d'entretiens avec des UDI

En complément des groupes de discussion, des entretiens individuels ont été menés pour garantir un équilibre de représentation entre les différents groupes et ce comme suit :

- Entretien avec UDI femmes au centre les Jasmins de ATL-Tunis le 22/01/2024 : UDI femme de Tunis et UDI femme de Nabeul (également TS)
- Entretiens avec 2 UDI hommes à ATL-Tunis le 21/01/2024.

c. Défis rencontrés dans l'organisation des focus groupes

Des difficultés ont été rencontrées pour l'organisation du FGD des UDI femmes à Gafsa il a été programmé à deux reprises et annulé. Les participantes avaient à chaque fois annulé leur participation en demandant une indemnisation plus importante ou d'organiser le focus groupe en dehors de Gafsa.

Afin de palier à ce problème nous avons organisé des entretiens avec des femmes UDI.

d. Organisation des entretiens avec des personnes ressources

L'évaluation auprès des personnes ressources a été menée sur la base d'un guide semi structuré prédéfini. Ci-après une liste préliminaire des personnes clés interviewées :

Rôles et institutions	Noms
CAMU / STADD	Dr Nabil Ben Salah
ASF-avocat	Mtre Safouane Jouili
Association Boutheina-présidente	Mme Bouthaina Aissaoui
ONUSIDA	Mr Lassaad Soua
DSSB-PNLS coordonnateur	Dr Samir Mokrani
CCM-Président	Pr Mohamed Chakroun

C. Analyse des données

L'analyse des résultats des groupes de discussion s'est concentrée sur l'identification des thèmes récurrents et des schémas de dialogue, mettant l'accent sur l'efficacité des services fournis et leur impact sur la jouissance des droits ainsi que sur la qualité des services, en prenant en compte les aspects liés au genre.

Un codage axial des verbatims a été effectué. Chaque partie du verbatim a été classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule. Ces catégories ont été ensuite regroupées en thèmes plus généraux et parfois en sous-catégories plus détaillées en fonction de la particularité de l'idée. Il en a résulté un arbre conceptuel qui représente les résultats du travail. La construction de cet arbre conceptuel a été progressive et évolutive, constamment enrichie par de nouveaux verbatim. Les limites sont les objectifs de l'étude. Ensuite, chaque catégorie a fait l'objet d'une synthèse descriptive qui a permis de quantifier très approximativement sa fréquence dans la population étudiée. L'analyse descriptive a été suivie d'une analyse plus interprétative des données et enrichie par une comparaison avec les données existantes dans la littérature et a abouti à la formulation d'éventuelles recommandations.

D. L'application de l'approche DH et genre

L'approche basée sur les droits humains (ABDH) a été développée dans les années 1990 et est devenue une approche de plus en plus importante pour le développement international. En 2003, les agences des Nations unies ont adopté une Déclaration de compréhension commune sur l'ABDH, qui a établi les principes de base de l'ABDH et a encouragé les agences à l'appliquer dans leur travail de développement.

La Déclaration de compréhension commune a souligné l'importance de l'application des principes de l'ABDH pour autonomiser les ayants droit et renforcer les capacités des détenteurs de devoirs à respecter, protéger, promouvoir et réaliser les droits

humains. Le processus a autant d'importance que le résultat, car tous deux se doivent de respecter les principes des droits humains et œuvrer à les réaliser.

Pour cette approche, les titulaires de droits sont les individus ou les groupes sociaux qui ont des droits particuliers par rapport aux détenteurs de devoirs. Les détenteurs de devoirs sont les acteurs étatiques ou non étatiques qui ont l'obligation de respecter, protéger, promouvoir et réaliser les droits humains des titulaires de droits

Depuis lors, l'ABDH a été adoptée par de nombreuses organisations internationales et nationales, y compris les institutions nationales des droits de l'homme, les organisations de la société civile et les gouvernements

L'ABDH est aussi devenue une approche clé pour garantir que les politiques et les programmes de développement sont centrés sur les personnes et répondent à leurs besoins et à leurs droits.

Dans le cadre de notre mission, les principes de l'ABDH sont considérés comme "étalon" de mesure, afin d'évaluer les différents services de prise en charge. Ces principes sont:

- L'interdépendance des droits humains
- La participation significative et inclusive et l'accès à la prise de décision ;
- La non-discrimination et l'égalité ;
- La responsabilité et l'État de droit pour tous ;
- La transparence et l'accès à l'information soutenue par des données désagrégées.

À la différence de l'approche basée sur les besoins, l'approche basée sur les droits humains (ABDH) présente des différences importantes dans la manière dont elle aborde les problèmes de développement et de protection des droits humains.

Le Focus : L'ABDH se concentre sur la protection et la réalisation des droits humains, tandis que l'approche basée sur les besoins se concentre sur la satisfaction des besoins des individus et des communautés. Les besoins sont "individuels", changeants, alors que les Droits sont universels.

Les Objectifs : L'ABDH vise à renforcer la capacité des détenteurs de devoirs à respecter, protéger, promouvoir et réaliser les droits humains, et à donner aux titulaires de droits le pouvoir de revendiquer et d'exercer leurs droits. L'approche basée sur les besoins, en revanche, vise à améliorer la prestation de services et à satisfaire les besoins de base des bénéficiaires.

Les Droits et responsabilités : L'ABDH met les droits humains au centre de son processus et implique que les individus et les institutions sont des détenteurs de devoirs responsables de respecter, protéger et réaliser les droits humains. L'approche basée sur les besoins ne met pas l'accent sur les droits humains et les responsabilités des détenteurs de devoirs.

La Participation et l'inclusion : L'ABDH encourage la participation active des individus et des communautés dans la prise de décision et la mise en œuvre des politiques et programmes. L'approche basée sur les besoins peut ne pas être aussi inclusive et peut reposer sur des approches top-down.

La Transparence et la responsabilité : L'ABDH promeut la transparence et la responsabilité dans la collecte et l'utilisation des données, soutenues par des données désagrégées. L'approche basée sur les besoins peut ne pas être aussi transparente et peut reposer sur des approches non basées sur les données.

Il est important d'appréhender la prise en charge (sanitaire, juridique, socio-économique) comme une réponse aux droits des populations auxquelles elles s'adressent.

Il s'agit d'un large ensemble de droits, qui va au-delà du droit à la santé, de l'accès à la Justice et de l'accès aux droits économiques et sociaux ; il fait référence au droit à

l'égalité, à la participation, au respect des données personnelles etc...

Les droits humains liés aux services socio-sanitaires pour les usagers de drogues injectables (UDI) sont fondamentaux pour assurer l'accès à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le droit à la santé comprend notamment l'accès en temps utile à des services de santé, et les violations des droits humains dans le domaine de la santé peuvent avoir des conséquences graves pour la santé, en particulier en cas de discriminations manifestes ou implicites dans la prestation de services de santé.

En outre, le droit à la santé est étroitement lié à la réalisation des autres droits de la personne, notamment le droit à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la non-discrimination, à l'accès à l'information, l'accès à la justice et à la participation.

Il est crucial que les services socio-sanitaires pour les UDI soient fournis de manière éthique, en garantissant la redevabilité envers les ayant droits, la protection de leurs données personnelles, leur participation effective, ainsi que leur accès à des recours en cas de non-respect des standards de qualité des services.

Par ailleurs, il est important de prendre en considération le prisme de l'approche du genre ; en effet, les cinq principes de l'intégration de la perspective de genre (détaillé ci-après) sont valables pour planifier et évaluer toutes les activités d'intégration de la perspective de genre et les mesures de mise en œuvre.

Langage sensible au genre • la littérature, outils, communication, donne une visibilité aux différentes identités de genre. • Une attention particulière doit également être accordée au choix d'images sensibles au genre lors de la préparation de supports de relations publiques.

Collecte et analyse de données spécifiques au genre • Les données doivent être collectées, analysées et présentées par genre. Les dimensions sociales telles que l'âge, l'ethnicité, le revenu et le niveau d'éducation doivent également être reflétées dans la mesure du possible. • L'analyse spécifique au genre de la situation initiale doit fournir la base de toutes les décisions. Statistiques sensibles au genre : Rendre visibles les réalités de la vie :

Accès égal aux services et utilisation équitable • Les services et produits doivent être évalués en fonction de leurs effets différents sur les différents groupes (Femmes, Hommes, Trans...). Il est important d'identifier :

- Qui utilise les services ?
- Qui sont les clients ?
- Qui sont les groupes cibles ?
- Les femmes et les hommes ont-ils des besoins différents ?
- Les circonstances différentes sont-elles prises en compte lors de la planification et de la conception des services ? ex: le handicap, l'identité sexuelle...
- Tous les groupes cibles ont-ils accès aux mêmes sources d'information ?
- Qui bénéficie le plus ?
- Quel groupe souffrirait le plus s'il ne pouvait pas utiliser les services offerts ?
Les structures fournissant le service sont-ils structurellement orientés vers le genre et sans obstacles (c'est-à-dire les espaces d'attente, l'éclairage, l'accès sans marches, la signalisation) ?

Implication égale des femmes et des hommes dans la prise de décision • Il existe des objectifs contraignants pour un ratio homme-femme équilibré à tous les niveaux de prise de décision. Des mesures et des stratégies visant un ratio homme-femme équilibré doivent être prises à tous les niveaux de prise de décision. Cela

est également important lors de la nomination de groupes de travail, d'équipes de projet, de commissions et de conseils consultatifs, ainsi que lors de l'organisation d'événements, par exemple lors de la sélection des intervenants. Les lieux de travail doivent être structurellement orientés vers le genre et sans obstacles dans la mesure du possible (par exemple, signalétique différenciée selon le genre, éclairage suffisant, évitement des situations potentiellement effrayantes comme dans des archives de sous-sol difficilement accessibles, accès sans marches, salles sociales pour différentes professions).

Le traitement égal est intégré aux processus de pilotage • Les instruments de pilotage comprennent la gestion de la qualité et le budget sensible au genre, entre autres. Il est important de noter que Prêter attention aux circonstances différentes des femmes et des hommes améliore le taux de réussite, l'efficacité et l'utilisation maximale du personnel et des fonds. Tous les objectifs liés aux personnes sont définis en termes de pleine égalité et les objectifs atteints sont donc présentés par genre. Le contrôle de routine comprend naturellement une évaluation spécifique au genre des résultats et un pilotage systématique du ratio homme-femme, en d'autres termes, le développement et la mise en œuvre de cibles, de stratégies et de mesures (nouvelles et adaptées)

L'approche genre, quant à elle, nous servira essentiellement de moyen méthodologique qui permet de prendre en considération les différences liées au genre dans l'évaluation des services socio-sanitaires et d'aide juridique offerts actuellement aux UDI. Les différences liées au genre seront prises en considération au niveau des offres de services d'une part, et au niveau de l'accès des bénéficiaires hommes et femmes à ces services d'autre part.

Cette approche, parue sur la scène internationale depuis le début des années 1990 et adoptée par les Etats membres des Nations Unies depuis de la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes (Beijing 1995), nous permettra ainsi d'optimiser notre évaluation par l'analyse des obstacles socioculturels qui empêchent les institutions compétentes et les organisations de soutien de traiter les bénéficiaires, indépendamment de leurs genres (hommes, femmes, autres) sur le même pied d'égalité et entravent certains bénéficiaires, notamment les femmes, d'accéder à ces services en toute sécurité.

E. Considérations éthiques

- Un consentement éclairé et volontaire a été obtenu des participants avant de procéder. Cela signifie que les participants ont reçu toutes les informations pertinentes sur la recherche et ont été en mesure de la comprendre ; être libre de choisir de participer et de se retirer de la recherche à tout moment.
- La recherche a été menée dans des endroits où les participants et les chercheurs se sentent en sécurité et à l'aise socialement, et où les répondants peuvent s'exprimer aussi librement que possible.
- Si les participants ont engagé des frais financiers directs, ils ont été remboursés.
- Les données obtenues ont été traitées de façon confidentielle et stockées en toute sécurité. Les données ont été analysées et déclarées dans un format anonyme.

IV. RESULTATS DE L'ETUDE

A. Description de l'échantillon

Caractéristique	Effectif
Effectif total	42
Ville	
Tunis	15
Nabeul	8
Gafsa	11
Sfax	8
Age	
25 - 18	6
35 - 25	17
+ 35	19
Niveau d'éducation	
Oui	40
Non	2
Primaire	16
Premier cycle de l'enseignement de base	12
Deuxième cycle de l'enseignement de base	9
Supérieur	1
Formation professionnelle	2
Sans réponse	2
Profession	
Employé/ salarié	1
Elève/ Étudiant	4
Sans emploi	36
Sans réponse	1
Lieu D'habitation	
Dans une maison / appartement	32
(Habitat ou vivent plusieurs familles(wkala	4
Sans Domicile Fixe	4
Dans la rue	2
Sans réponse	1
Mode d'habitat	
Seul	8
Avec les parents	24
Avec une autre famille	3
Avec des amis	0
Avec un partenaire mâle	2

Avec une partenaire femelle	5
Situation matrimoniale	
Célibataire, jamais marié	28
Fiancé	0
Marié	7
Divorcé	7
Veuf	0
Séparé	0
Autre	0
Enfants	UDI
Oui	13
Non	29
Sexe biologique	
Male	42
Femelle	0
Genre	
Homme	40
Femme	2
Transgenre	0
Aucun	0
Ne sait pas	0
Fréquence de l'usage de drogue par voie injectable	
Au moins une fois par jour	38
Au moins une fois par semaine	4
Niveau de revenu mensuel	
Moins de 200 DT par mois	9
Entre 200 et 500 DT par mois	19
Entre 500 et 1000 DT par mois	5
Plus de 1000 DT par mois	9
Sécurité sociale	
Oui	19
Non	23

B. Résultats descriptifs des FGD et des entretiens

1. Pratiques de consommation de drogues

Le Subutex est la drogue la plus fréquemment consommée, suivie par la Kétamine et l'Héroïne leur coût étant plus important. La consommation de cocaïne est de plus en plus fréquente son prix étant en baisse de plus la cocaïne est facilement disponible sur le marché et il est possible de s'en approvisionner en petites quantités. Le coût moyen de consommation journalière de drogue est de 40 DT (De 20 DT allant à 150DT). Tous les participants n'ont pas de source de revenu stable, tous sont travailleurs journaliers occasionnels. Quelques participants déclarent avoir souvent recours au vol

pour acheter leur dose quotidienne. Les participants consacrent la quasi-totalité de leur revenu journalier à l'achat de drogues au dépend d'autres besoins (nourriture, transport, loyer...). Les personnes changent/adaptent leur consommation quotidienne en fonction des revenus journaliers :

" Avant il y avait une différence entre les consommateurs de Subutex ou de cocaïne. Actuellement tout le monde peut se procurer des deux "

Tous les participants sont unanimes sur la disponibilité et la facilité d'approvisionnement en drogues injectables :

" Ici dans ce quartier, si vous voulez, je peux vous apporter de la drogue en 5 minutes " (FGD Tunis)

" Tout peut être en pénurie en Tunisie, pains et lait, sauf la drogues " (FGD Tunis)

Bien que tous les participants aux FGD se sont déclarés comme travailleurs journaliers, sans aucun revenu régulier, ce qui confirme davantage l'hypothèse du lien étroit entre la consommation de drogues et la vulnérabilité économique, certains entretiens semi-structurés ont bien montré l'implication de plusieurs profils de personnes dans la consommation de la drogue injectable ; des hommes et des femmes, des jeunes et des moins jeunes, des membres de familles défavorisées et des membres de familles aisées, etc. La consommation de la drogue est souvent justifiée par les participants par des facteurs externes tels que les conflits avec la famille, le chômage, la pauvreté, le hasard, etc. alors que des facteurs internes tels que le stress, la dépression, l'imitation, etc. ne sont évoqués par les participants que rarement. Quoiqu'il en soit, il paraît clairement d'après le travail de terrain réalisé dans les différentes régions que la crise des institutions de socialisation et d'inclusion sociales aggravant la vulnérabilité des individus sur plusieurs niveaux d'une part, et l'extension des réseaux de trafics de drogues d'autre part, sont à l'origine de l'augmentation de la consommation de drogues ces dernières années.

2. Services d'aide juridique

a. Besoins exprimés en matière d'aide juridique

Les participants aux différents FGD, ont identifié le besoin pour une aide juridique afin d'entamer une procédure de cessation des poursuites judiciaires à leur encontre. En effet beaucoup d'entre eux restent sous la menace de poursuites judiciaires même après avoir purgé leur peine les exposant aux menaces de réincarcération de la part des agents de l'ordre. A Tunis, les participants ont également exprimé le besoin d'une aide juridique pour l'obtention d'une carte d'identité nationale.

En raison de leurs antécédents d'incarcération ou de leur statut de consommateur de drogues, les participants ont précisé qu'ils n'étaient pas écoutés par la police locale pour des plaintes ne concernant pas la consommation de drogue : **" si je m'adresse à la police, ils ne me croient pas et me traite de menteur, je ne peux pas obtenir raison "**. Beaucoup renoncent à leurs droits de peur d'être incarcéré abusivement. Certains interviewés ont exprimé leur besoin à une formation qui leur permet de comprendre leurs droits notamment ceux ayant rapport avec l'accès à la justice. Dans le système de représentations sociales, le statut d'anciens incarcérés ou de consommateurs de drogue est souvent synonyme de délinquance et / ou de criminalité. C'est ainsi que les agents de police manifestent généralement une perception très négative par rapport à cette catégorie de citoyens. Plusieurs participants, notamment les femmes, ont raconté des histoires de discrimination et d'intimidation à leur encontre ayant lieu dans les locaux de l'institution policière à cause de leurs statuts, c'est ainsi qu'ils évitent tout contact avec les agents de police.

b. Accès aux services

Les services d'accompagnement juridique proposés par ASF ne sont pas connus pas les participants dans toutes les villes ou ont eu lieu les FGD. Personne n'a déclaré avoir bénéficié d'aide juridique de la part d'ASF.

Ceci s'explique entre autres par le manque de visibilité de ces services surtout pour les personnes les plus vulnérables qui ne tiennent pas généralement de bonnes relations avec les institutions officielles et les organisations de la société civile.

3. Services sociaux

a. Accès aux services

Quelques participants bénéficient d'un carnet de soin pour une prise en charge gratuite (carnet blanc) ou à tarif réduit (carnet jaune). Selon eux ils l'ont obtenu pour leur statut de chômeur ou pour des maladies chroniques.

La majorité des personnes interrogées n'ont pas eu accès à ce service social de couverture santé. En effet, beaucoup ne savent pas s'ils y ont droit ni quelles seraient les procédures pour y accéder. Quelques-uns ont entrepris les procédures mais y ont renoncé puisque n'ayant pas abouti après quelques années.

Les participants font généralement recours à l'aide de leur famille pour assurer les dépenses de soins. Fautes de moyens, plusieurs d'entre eux souffrent, à leurs dires, de problèmes de santé mais n'arrivent pas à se faire soigner et ne profitent actuellement d'aucun contrôle médical. D'autres UDI s'impliquent dans des trafics de vente de drogue (médiation, livraison, vente, etc.) pour financer leur consommation. Les femmes, quant à elles, s'impliquent dans le marché sexuel ce qui les expose à des risques supplémentaires en rapport avec le travail de sexe.

4. Les services de santé

a. Besoins exprimés

Le besoin urgent exprimé par les participants au FGD de Gafsa et Nabeul est la réouverture du centre à bas seuil de l'ATL qui assurait la distribution de seringues et de matériel d'injection. Les services de sevrage aux drogues sont également des besoins exprimés par les UDI participants aux FGD. Tous les participants souffrent d'infections des sites d'injection.

b. Accès aux services de santé pour les UDI

A Gafsa, tous les participants évitent de consulter pour un quelconque motif à l'hôpital régional de Gafsa. Ils craignent tous la dénonciation du personnel médical aux services de la police (le poste de police est à côté de l'hôpital). Certains rapportent des cas de refus de soins et de dénonciation à la police lors d'une consultation aux urgences. A Nabeul, tous les participants rapportent une stigmatisation systématique dès la découverte de leur utilisation de drogues injectables (Ex : les infirmiers refusent de les piquer, ils les délèguent à des " stagiaires pour apprendre sur eux les piqûres ", ils peuvent aussi leur demander de se piquer eux même. Certains participants se sont vu refuser l'hospitalisation par craintes ou préjugés de violences envers le personnel médical ou les autres patients.

Dans tous les sites de l'étude, les UDI ne bénéficient en majorité d'aucun contrôle médical régulier y compris ceux, hommes et femmes, ayant des maladies chroniques.

Services proposés pour faire face à l'addiction

A Gafsa, tous les participants consultent ou ont consulté au moins une fois en ville auprès de l'addictologue de la ville, à leurs propres frais. Ils y ont recours pour atténuer les signes de " la maladie ". Ils se sont tous vus prescrire des antipsychotiques (Quétiapine, Lexomil, Morphine, Lyrica, Prégabaline ...) : **" on nous prescrit tous la même ordonnance type "**.

Les UDI assument les frais de ce service. Le traitement par Quétiapine (300mg) coûterait 160 DT par mois, la consultation est à 60 DT. Toutes les molécules utilisées pour atténuer les signes d'addiction sont désormais utilisées comme drogue. Elles sont associées aux injections en quête de nouveaux effets psychotiques (hallucination, ...).

Dans toutes les villes, tous les participants ont des antécédents d'infections du site d'injections. La majorité ne consultent pas pour ce motif et se traitent par leurs propres moyens (automédication, alcool, scarification.). Ils rapportent également la fréquence du phénomène de cassure de l'aiguille dans la veine aggravant l'état de leurs veines.

Tous les participants connaissent la méthadone, ils réclament unanimement son introduction en Tunisie. Un participant a eu recours à la méthadone en Tunisie. Il s'en est procuré auprès d'un autre UDI revenant d'Italie pour 250 DT. Il l'a utilisé pendant 10 jours. Il a pu arrêter les injections pendant plus de 2 mois. Il a récidivé après cette durée par impossibilité d'approvisionnement en une nouvelle dose.

Services de prévention du VIH et des IST

Le préservatif masculin

Dans toutes les villes, les participants n'utilisent souvent pas de moyens de prévention des IST. L'argument évoqué à Gafsa est que les partenaires sont du même milieu (UDI) et sont probablement porteurs des " mêmes maladies ". Leurs seules sources d'approvisionnement est le point focal de l'ATL Tunis. Ils ne s'en procurent pas ailleurs par leurs propres moyens.

Les participants à Nabeul déclarent utiliser rarement le préservatif. Leurs seules sources d'approvisionnement est le point focal de l'ATL. Ils ne s'en procurent par ailleurs pas par leurs propres moyens.

A Sfax, la fréquence d'utilisation de préservatif masculin est plus importante. C'est grâce aux efforts des partenaires associatifs notamment ATL BN et Association Bouthaina, que les UDI se voient plus ou moins prudents par rapport au VIH et aux IST. L'ONFP Sfax fait également des efforts dans ce sens mais l'accès à ses services paraît plus compliqué pour les UDI qui évitent de se rendre dans ses locaux très fréquentés par la population.

Le dépistage des IST et du VIH/Sida

A Gafsa, les participants n'ont pas souvent recours spontanément au dépistage. Le dernier dépistage pour la majorité date de plus d'une année. Ils ne viennent au centre que rapidement pour se procurer de seringues. Ils déclarent que très peu d'UDI se font dépister dans la région car ils sont quasi certains qu'ils ont l'hépatite ou le VIH, ils ne veulent pas le savoir ou le confirmer.

A Sfax, le dépistage se fait dans la quasi-totalité des cas par les associations ATL et Bouthaina qui ont réussi vraisemblablement à établir des liens de confiance avec plusieurs bénéficiaires, devenus eux même, des représentants informels de ces associations au sein de la communauté des UDI.

" ... parfois je me déplace moi-même à la maison du bénéficiaire pour faire le dépistage VIH "

" ...les gens savent très bien la gravité de certains comportements non protégés, mais lorsqu'ils n'arrivent pas à satisfaire leurs besoins de la manière la plus adéquate, ils peuvent faire n'importe quoi, mutation de seringue "

Toutefois, les mêmes soucis concernant les conséquences sociales de la maladie dont surtout l'exclusion de la famille, la stigmatisation et la discrimination, sont manifestés par les participants dans les différentes régions où persiste encore une perception très négative du VIH qui le lie étroitement aux rapports sexuels en dehors du mariage, et empêchent les ayants-droits, notamment les femmes, de solliciter ces services auprès des institutions étatiques.

"... si tu as le VIH toute la société et l'entourage vont te rejeter "

Très peu de participants déclarent se faire dépister par leur propre chef. Il se font le plus souvent dépister au cours de campagnes de dépistage ou à la suite d'une sollicitation par le point focal du centre, quand les tests sont disponibles. Beaucoup d'entre eux déclarent se faire dépister à travers le don du sang. Ils estiment que c'est le moyen le plus sûr de dépistage et que la sécurité et l'anonymat sont garantis.

Certains participants disent ne pas craindre le VIH :

" C'est une maladie chronique qui a son traitement contrairement à l'hépatite qui te détruit le foie ".

Les participants évitent de parler du VIH et disent ne pas connaître de PVVIH autour d'eux :

" on n'a pas de VIH dans la région ".

Le CCDAG, relevant de l'ONFP, de la région (Gafsa) ne fait pas le dépistage de l'hépatite. Pour le VIH, le test est souvent en rupture. Pour les deux tests, les UDI sont adressés au centre de l'ATL Tunis.

L'utilisation de seringues stériles

Dans tous les FGD, le problème du nombre insuffisant de seringues stériles distribuées par les ONG a été rapporté. Les injections fréquentes de drogues poussent les UDI à échanger leurs seringues ou à les réutiliser.

Le nombre moyen de seringues consommées par jour est de 10 seringues à Gafsa, 4 à Nabeul (plus si problèmes de veines). Les participants disent se procurer de 10 à 30 seringues par semaines de l'ATL. A cause d'une pénurie actuelle, le centre distribue 5 seringues par personnes à Gafsa. A Nabeul, actuellement l'ATL est capable de distribuer une quantité de 1 ou 2 jours et pour un nombre restreint de bénéficiaires. Quand le centre est fermé le weekend (même en l'absence de pénurie et en cas de distribution normale), les UDI se retrouvent toujours obligés d'utiliser des seringues non stériles. Les seringues distribuées quotidiennement sont utilisées le même jour :

" si on ne prend pas de nouvelles seringues le même jour, on utilise n'importe quelles seringues, même anciennes ou jeté dans la rue ".

A cause de la pénurie, les ONG distribuent actuellement les seringues du vaccins covid que les participants jugent inadéquates avec les injections de drogues.

Les participants disent qu'ils se sont vus à plusieurs reprises refuser l'achat de seringues stériles en pharmacie (car ils sont devenus connus usagers de drogues par injections par le personnel de la pharmacie). En conséquence ils sont obligés de réutiliser leurs propres seringues ou n'importe quelles autres seringues : **" Si le centre de l'ATL est fermé et la pharmacie refuse de me vendre, je sors prendre n'importe quelle seringue, même jetée dans la rue. Je la lave à l'eau de javel et je l'utilise "**. Les

participants sont unanimes sur cette situation aussi bien à Gafsa qu'à Nabeul. A Tunis, les participants ont surtout recours au centre de l'ATIOST pour l'approvisionnement en seringues.

Services de PEC du VIH et des IST

La majeure partie des personnes rencontrées sont traitées pour l'Hépatite dans un hôpital de la région. Mis à part les PVVIH rencontrés, Ils déclarent ne pas être séropositifs au VIH.

A Gafsa

Les participants disent ne pas connaître un service ou un circuit de prise en charge du VIH, contrairement à l'hépatite. Ils citent le service de maladies infectieuses de Monastir, les services de gastro-entérologie de Sousse ou de Tunis, des médecins ou des laboratoires en ville... Selon les participants, tous les UDI dépistés à l'hôpital de Gafsa sont adressés à l'ATL. L'Hôpital ne les réfère pas vers un circuit de prise en charge. On leur dit souvent que l'hôpital est incapable de les prendre en charge surtout à cause de l'indisponibilité des analyses en laboratoire. Tous les UDI dépistés et découverts à Gafsa sont adressés à Monastir pour plusieurs raisons. La principale est le contact facile, averti et accueillant du personnel du service à travers l'ATL Tunis. Aussi, la desserte en transport entre Gafsa et Sousse et Monastir est plus convenable. Il serait beaucoup plus facile d'aller et de rentrer de Monastir que de Sfax. Par ailleurs, les participants citent une attitude discriminante envers les UDI à l'hôpital de Sfax (consultations, laboratoires, services...). Ils essaieraient toujours de les adresser à une autre structure (Tataouine, Médenine). Les participants citent même un " caractère régionaliste " dans la prise en charge à l'hôpital de Sfax. Tous les participants qui ont l'hépatite doivent prendre en charge financièrement les analyses qui leurs couleraient dans les 4000 DT pour tout le suivi dans un laboratoire privé. Ils semblent être capables d'assumer ces frais surtout grâce au soutien de leurs familles. Certains ne sont pas capables de payer ces frais et abandonnent la prise en charge.

A Nabeul

Les participants qui ont l'hépatite C sont suivis dans le service de gastro-hépatologie de l'hôpital régional de Nabeul. Ils ont tous été pris en charge pour le traitement à l'hôpital mais pas pour les examens complémentaires (charge virale), toujours non disponibles à l'hôpital et devront être réalisés dans le privé. Aucun des participants ne déclare être séropositif au VIH. Ils ne connaissent pas un éventuel circuit ou service de prise en charge du VIH. Dans l'éventualité de découverte de séropositivité, ils se réfèreraient au point focal de l'ATL Tunis.

A Tunis

Tous les participants sont suivis pour l'hépatite à l'hôpital Charles Nicole. Ils ne bénéficient que du suivi en consultation mais arrêtent souvent le traitement, souvent en rupture de stock à l'hôpital. Ils ne peuvent assumer les dépenses liées au traitement et au suivi biologique.

En ce qui concerne la prise en charge du VIH, les participants sont globalement satisfaits de la prise en charge médicale du VIH dans le service de maladies infectieuses de la Rabta. Ils rapportent une bonne entente avec les médecins et le personnel

paramédicale.

Les participants déplorent tout de même la multiplication des visites pour la prise en charge ; analyses, consultations et dispensation des traitements surtout lors de l'indisponibilité du traitement les obligeant à faire des va-et-vient fréquents vers l'hôpital. Les patients ne sont pas toujours en capacité d'assumer les coûts financiers de tous ces déplacements et abandonnent à plusieurs reprises les soins.

Les obstacles liés aux droits de l'homme peuvent être éliminés en mettant en œuvre un ensemble d'interventions dans les domaines suivants :

- Éliminer la stigmatisation et la discrimination dans tous les contextes - Garantir la fourniture non discriminatoire de soins de santé
- Améliorer les connaissances juridiques ("connaître ses droits")
- Améliorer l'accès à la justice
- Garantir des pratiques d'application de la loi fondées sur les droits
- Améliorer les lois, les réglementations et les politiques relatives au VIH et au VIH/TB
- Réduire la discrimination sexuelle liée au VIH, les normes sexistes préjudiciables et la violence à l'encontre des femmes et des filles dans toute leur diversité
- Soutenir la mobilisation communautaire et le plaidoyer en faveur des droits de l'homme

Source: Technical Brief Removing Human Rights-related Barriers to HIV Services Allocation Period 2023-2025 Date published: 17 November 2022 , The Global Fund

A. Interdépendance des droits : Intégration ou segmentation ?

L'interdépendance des droits consiste à reconnaître que la réalisation d'un droit est intimement liée à celle des autres droits. Tous les droits de l'homme, qu'il s'agisse des droits économiques, sociaux et culturels ou des droits civils et politiques, sont interdépendants. Le droit à la santé est étroitement lié à de nombreux autres droits humains, dont le droit à l'alimentation, à l'eau, au logement, au travail, à l'éducation, à la vie, à la non-discrimination, au respect de la vie privée, l'accès à l'information, l'interdiction de la torture, entre autres.

Il est important dans notre contexte (la riposte au VIH), d'analyser les causes immédiates, sous-jacentes et profondes des risques et de l'exclusion dans tous les domaines (par exemple : prestations, redistribution des ressources, accès aux services, pauvreté et/ou manque d'inclusion financière, droits). Une approche systémique encourage les concepteurs de programmes à se concentrer sur l'interdépendance des éléments au sein d'un même système. Les systèmes, dans ce cas, peuvent faire référence à un système de santé, à un système éducatif ou même à une société tout entière. Afin de proposer une réponse efficace, il est nécessaire de comprendre tous les éléments qui créent et compliquent davantage les problèmes sociaux et développementaux en tant que facteurs dynamiques et interdépendants. Pour appréhender ces facteurs comme profondément imbriqués plutôt qu'isolés et

distincts, il faut parfois les aborder ensemble. En d'autres termes il faut rechercher et agir sur les causes sous-jacentes plutôt que sur leurs manifestations, causes qui se situent dans différents secteurs de la vie des personnes infectées et affectées par le VIH.

Au cours des FGD et des entretiens il a été clair que les personnes interrogées ne jouissent pas de tous leurs droits fondamentaux. Il est clair également, à travers les données collectées, que l'approche prédominante adoptée par les acteurs de la riposte ne s'adresse pas aux personnes vulnérables de manière globale et compartimentent le vécu des ayants droits afin de faciliter l'offre de service qui reste segmentée.

Le travail de terrain effectué dans les différentes régions a bien montré que les UDI constituent une catégorie d'individus fortement touchée par différentes formes de vulnérabilité. Il s'agit généralement de personnes qui ont cumulé plusieurs facteurs de vulnérabilité dont le niveau d'instruction limité, l'instabilité familiale, la précarité professionnelle et le manque de ressources. A cela, il faut ajouter que ces personnes sont les premières victimes de la dégradation continue des services publics (Éducation, santé, transport, sécurité sociale, justice, etc.) puisque, faute de moyens, ils n'arrivent pas à bénéficier de ces services sur leurs propres charges. La privation des droits de ces personnes se voit ainsi étroitement lié à un processus d'exclusion sociale qui commence depuis l'enfance (abandon scolaire) et s'aggrave progressivement (exclusion de la famille, chômage, précarité). L'usage de drogue est également un facteur de vulnérabilité psychologique et sanitaire et d'exclusion sociale qui complique davantage la situation de ces personnes et les expose à plusieurs risques de violences et de discrimination. Lorsqu'il s'agit de femmes, la situation est beaucoup plus grave.

Contrairement à cette première catégorie d'UDI qui se caractérisent par l'accumulation de plusieurs types de vulnérabilité, les entretiens ont montré que ceux ayant plus de soutien familial et qui sont plus stable sur le plan professionnel, sont moins exposés aux risques de violence et de discrimination.

En effet, l'approche intégrée et globale n'est pas formalisée/systématisée dans les programmes en lien avec la riposte au VIH. La prévention combinée figurant comme approche clés dans le dernier PSN 2021-2024, et qui pourrait combler en partie ce gap, n'est pas encore opérationnalisée. L'action sur d'autres secteurs que la santé, la justice et la couverture santé comme par exemple l'emploi, la sécurité alimentaire, l'environnement...reste mal définie dans les guides et recommandations des organes normatifs (ONUSIDA, OMS) et ceux du FM. Les programmes clés définis dans le cadre de l'initiative du FM " lever les barrières " restent cantonnées aux questions en lien direct avec le VIH (voir encadré).

Les obstacles liés aux droits de l'homme peuvent être éliminés en mettant en œuvre un ensemble d'interventions dans les domaines suivants :

- Éliminer la stigmatisation et la discrimination dans tous les contextes - Garantir la fourniture non discriminatoire de soins de santé
- Améliorer les connaissances juridiques ("connaître ses droits")
- Améliorer l'accès à la justice
- Garantir des pratiques d'application de la loi fondées sur les droits
- Améliorer les lois, les réglementations et les politiques relatives au VIH et au VIH/TB
- Réduire la discrimination sexuelle liée au VIH, les normes sexistes préjudiciables et la violence à l'encontre des femmes et des filles dans toute leur diversité
- Soutenir la mobilisation communautaire et le plaidoyer en faveur des droits de l'homme

Source : Technical Brief Removing Human Rights-related Barriers to HIV Services Allocation Period 2023-2025 Date published: 17 November 2022 , The Global Fund

Les interventions d'aide juridique (elles-mêmes segmentées puisque soumises à des critères de sélection des affaires pouvant faire l'objet d'une aide juridique-voir encadré) sont proposées sans qu'un lien systématique ne soit fait avec les autres

droits tel que l'accès à la santé par exemple. Ceci s'illustre par un référencement vers les services juridiques de la part des assistants juridiques sans que les détenteurs de droit ne soient systématiquement accompagnés et suivis suite à l'action de l'avocat d'ASF.

Les critères d'éligibilité pour un service d'avocat de ASF

Appartenir aux populations clés et vulnérables : PVVIH, UD, migrant.e.s, TS, détenu.e.s, HSH, ou les personnes transgenres

Domaines d'interventions : violences basées sur le genre, tortures, mauvais traitements, viol, discrimination ou stigmatisation, victimes de violations commises par les forces de sécurité intérieures, victimes de traite, droit de la famille (divorce, pension alimentaire, filiation et reconnaissance de paternité), droit du travail (licenciement abusif, travail dissimilé etc.)

Source : Evaluation de l'initiative " lever les barrières " du Fond Mondial, Octobre 2023

L'impact recherché ou du moins à travers les programmes étudiés ici est en lien avec l'épidémie (réduire le nombre de nouveaux cas, réduire le nombre de décès) et les changements ou résultats intermédiaires mesurés sont exprimés en termes de couverture des services de prévention et d'accompagnement juridique ou de nombre d'outils de prévention distribués (seringues, préservatifs, tests de dépistage).

B.Egalité et non-discrimination

La discrimination, telle que définie par le droit international des droits de l'homme, est toute distinction, exclusion ou restriction fondée indirectement

ou directement sur des motifs interdits par le droit international, qui a pour effet ou pour but d'empêcher la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel et civil ou dans tout autre domaine. La discrimination liée au VIH est donc toute distinction, exclusion ou restriction (parfois appelée acte ou omission) fondée indirectement ou directement sur le statut VIH réel ou supposé d'une personne. Dans le contexte du VIH, la discrimination comprend également les actes et omissions visant d'autres populations clés et groupes exposés à un risque accru d'infection par le VIH. La discrimination peut être institutionnalisée par des lois, des politiques et des pratiques existantes qui ont un impact négatif sur les personnes vivant avec le VIH et les groupes marginalisés, y compris les populations criminalisées. Les six contextes d'action définis par l'ONUSIDA pour aider les pays à mettre en place une réponse globale sont les suivants⁷ : La communauté, Le lieu de travail, L'éducation, Les soins de santé,

La stigmatisation et la discrimination peuvent entraîner des violations de nos droits de l'homme de base. La stigmatisation, lorsqu'elle permet la discrimination, peut entraîner des violations de notre droit à vivre une vie exempte de discrimination, comme le prévoient la Déclaration universelle des Droits de l'homme et d'autres traités internationaux et régionaux sur les droits de l'homme. L'article 2 stipule que toute personne peut faire valoir ses droits, sans distinction de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de tout autre statut.

Source : Preuves pour éliminer la stigmatisation et la discrimination, ONUSIDA 2020 REFERENCE

La justice, L'urgence.

Notre réponse doit être multiforme. En plus de travailler avec les individus, les familles et les communautés, nous devons également travailler avec les organisations et les

Relations entre les domaines du programme des droits de l'homme de l'ONUSIDA et les six contextes du Partenariat mondial pour l'action visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH

Programmes de l'ONUSIDA en matière de droits de l'homme	Paramètres de mise en œuvre des interventions des programmes sur les droits de l'homme
1 : Réduire la stigmatisation et la discrimination	Tous les contextes : communauté, lieu de travail, éducation, soins, justice, urgences
2 : Améliorer l'accès aux services juridiques liés au VIH	Communauté, soins, justice, urgences ¹
3 : Contrôler et réformer les lois, règlements et politiques	Communauté Plaider pour des changements et le suivi de l'impact des lois, des politiques et des règlements Justice, lieu de travail, éducation, soins, réaliser et mettre en œuvre des changements
4 : Améliorer les connaissances juridiques	Communauté, soins, justice
5 : Sensibilisation des législateurs et agents des forces de l'ordre	Justice, éducation, lieux de travail
6 : Formation des prestataires de soins de santé aux droits de l'homme et à l'éthique médicale en rapport avec le VIH	Soins, éducation, lieux de travail
7 : Réduction de la discrimination envers les femmes dans le contexte du VIH	Tous les contextes : communauté, lieux de travail, éducation, soins, justice, urgences

¹ Human rights and gender programming in challenging operating environments (COEs): guidance brief. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2017 (https://www.theglobalfund.org/media/6346/fundingmodel_humanrightsgenderchallengingoperatingenvironments_guidance_en.pdf?u=637153281250000000).

institutions. Nous devons nous efforcer de modifier les lois et les politiques néfastes et de créer des systèmes judiciaires favorables. ⁷.

A travers les FGD, l'inégalité d'accès aux services était évidente entre les régions. Les UDI rencontrés à Nabeul et Gafsa déplorent la fermeture du centre à bas seuil de l'ATL et ont depuis du mal à accéder aux services de prévention du VIH surtout la distribution de seringues stériles. Ils ne sont pas appuyés dans leurs démarches pour accéder à la couverture maladie ni accompagné pour accéder à la PEC du VIH et de l'Hépatite virale dont la prévalence est très importante au sein de leur groupe. Les UDI interrogés au cours des FGD ne sont pas informés de l'existence des services juridiques offerts par ASF. Ceci peut être dû à plusieurs facteurs : la participation aux focus groupe d'UDI qui ne sont pas en contact régulier avec les associations, le turn-over important parmi les éducateurs juridiques, les nouveaux ne sont donc pas toujours informés des services existants et des critères de sélection, le travail de proximité entrepris par les associations reste assez limité par rapport au nombre d'UDI en évolution et changement constant (nombre et profil).

La stigmatisation et la discrimination restent un obstacle majeur à l'accès aux services pour les UDI. La stigmatisation peut être internalisée ou expérimentée. Elle a d'autant plus d'impact lorsqu'exercée en milieu de soin et ceci a été largement décrit par les UDI interrogés les poussant pour certains à retarder leur recours aux soins ou leur refus de soins. En effet, à Gafsa, tous les participants évitent de consulter pour un quelconque motif à l'hôpital régional de Gafsa. Ils craignent tous la dénonciation du personnel médical aux services de la police (le poste de police est à côté de l'hôpital). Certains rapportent des cas de refus de soins et de dénonciation à la police lors d'une consultation aux urgences. A Nabeul, tous les participants rapportent une stigmatisation systématique dès la découverte de leur utilisation de

Droits ou besoins ?

Jusqu'en 1997, la plupart des organismes des Nations Unies suivaient une approche fondée sur les " besoins essentiels ", c'est-à-dire qu'ils identifiaient les besoins de base des bénéficiaires et soutenaient des initiatives pour améliorer la prestation de services ou plaidaient en faveur de la satisfaction de ces besoins.

Aujourd'hui, l'UNFPA et ses partenaires interviennent pour faire valoir les droits de personnes, plutôt que pour satisfaire les besoins de bénéficiaires. Il s'agit d'une différence importante : certes, un besoin non satisfait entraîne du mécontentement, mais le non-respect d'un droit conduit à une violation, situation dans laquelle il est légal et légitime d'exercer un recours et de demander réparation.

Une approche basée sur les droits de la personne s'attache également à renforcer les capacités des détenteurs d'obligations (en général les gouvernements) de respecter, protéger et faire valoir ces droits. Une telle approche aborde les problèmes complexes liés au développement de manière globale, en prenant en considération les liens entre les individus et les systèmes de pouvoir ou d'influence. Enfin, elle entend créer une dynamique en termes de responsabilité.

Source : <https://www.unfpa.org/fr/approche-basee-sur-les-droits-de-la-personne>

drogues injectables (Ex : les infirmiers refusent de les piquer, ils les délèguent à des " stagiaires pour apprendre sur eux les piqûres ", ils peuvent aussi leur demander de se piquer eux même ". Certains participants se sont vu refuser l'hospitalisation par craintes ou préjugés de violences envers le personnel médical ou les autres patients. Les données collectées ne mettent pas en avant des actions ciblant l'entourage des détenteurs de droit ni des interventions touchant aux secteurs clés de lutte contre la stigmatisation mis à part les centres de santé ou l'action reste très limitée en termes de couverture géographique et temporelle.

Il est difficile d'évaluer l'impact du programme sur la réduction de la stigmatisation/discrimination.

C. Empowerment : autonomisation ou déresponsabilisation ?

L'approche basée sur les droits de la personne fonctionne dans les deux sens : les individus et les communautés doivent être pleinement informés sur leurs droits et participer aux décisions qui les concernent. Les gouvernements et les autres détenteurs d'obligations principaux, quant à eux, ont souvent besoin d'assistance pour renforcer leurs capacités, mobiliser des ressources et susciter la volonté politique nécessaire afin de tenir leurs engagements en matière de droits fondamentaux.

L'approche basée sur les droits de la personne ne se préoccupe pas seulement des résultats, mais s'intéresse également à la manière dont ces résultats sont obtenus. Cette approche considère les individus comme des acteurs de leur propre développement et non pas comme de simples bénéficiaires passifs de services. Il est donc essentiel de les informer, de les éduquer et de leur donner les moyens d'agir. Leur participation est essentielle, non seulement pour garantir qu'ils s'approprient le programme mis en œuvre, mais aussi pour pérenniser les progrès.

L'adoption de l'approche DH implique que les personnes soient reconnues comme des acteurs clés de leur propre développement. Les stratégies doivent viser activement à les responsabiliser. Ils sont ainsi conscients de leurs droits et capacités pour se mobiliser pour leurs droits.

Cela implique une participation totale des parties prenantes et de renforcement des capacités des parties prenantes et des personnes chargées de la mise en œuvre des interventions. Elle comprend également des mécanismes de responsabilité à des fins de contrôle ou de réparation. L'autonomisation, le suivi communautaire et le renforcement des capacités contribuent à garantir que les principales parties prenantes sont en mesure d'accéder et de participer aux processus de planification, de suivi et d'évaluation, et qu'elles peuvent respecter les approches fondées sur les droits et sensibles aux droits qui sont utilisées. Le renforcement des capacités peut contribuer à promouvoir l'obligation de rendre des comptes, car il permet aux organisations chargées de l'implémentation et du suivi et de l'évaluation de connaître leurs obligations. Il permet également d'informer les parties prenantes et les informateurs de leurs droits et des mécanismes existants, afin qu'ils puissent agir en cas de violation ou de non-respect de ces droits.

Au cours des FGD, les participants n'étaient pas conscients de leurs droits et ne se positionnaient pas comme acteur de leur accès aux droits/services. Ils se perçoivent comme simples utilisateurs de services et non des ayants droit. Peu d'entre eux ont participé à des formations sur les DH. Ils restent dépendants des associations actives dans leur région pour accéder aux services de prévention du VIH (essentiellement dépistage et seringues stériles). Ceci est particulièrement observé auprès des UDI qui

mènent une vie marginale. La peur de porter plainte en cas de violence et de violation de droits a été largement exprimée au cours de FGD. Les participants préfèrent cela à la stigmatisation et discrimination dont ils pourraient faire l'objet ou aux actions de représailles de la part de l'agresseur.

L'abandon du recours aux soins est également un phénomène fréquent surtout chez les UDI qui souffrent d'infections des sites d'injection et qui ont recours aux traitements traditionnels ou à la scarification par peur d'être dénoncés en s'adressant aux services de santé. La dernière enquête bio-comportementale⁸ a mis en avant la prévalence importante du VIH et de l'Hépatite virale C au sein du groupe des UDI dans les régions investiguées, cependant un pourcentage parmi les personnes interrogées séropositives se connaissant séropositives mais ne se sont pas adressées à un centre de soins pour initier un traitement.

Nombreux sont les participants qui ne sont pas informés de l'existence de services sociaux de couverture santé et des procédures pour y accéder. Beaucoup ont eu le courage de lancer la procédure d'obtention de carnets de couverture santé et ont abandonné à cause de la longueur de la procédure. Lutter contre l'auto-stigmatisation et la faible motivation à utiliser les services (éducation et soutien par les pairs, mobilisation et autonomisation de la communauté) est également un aspect d'autonomisation des détenteurs de droit.

Les détenteurs d'obligation désignent dans notre contexte aussi bien les prestataires, que les associations mais également les professionnels de la santé, les juges et avocats, les prestataires du ministère des affaires sociales... L'approche DH implique également une autonomisation de ces derniers pour assumer leurs responsabilités et encourager les détenteurs de droits à les faire respecter.

Les prestataires associatifs qui sont en contact direct avec les détenteurs de droit sont formés sur l'aspect lié à leurs responsabilités et ne sont pas sensibilisés à l'approche adoptant les DH impliquant une autonomisation des communautés entre autres. Lors de notre entretien avec un des avocats de ASF, l'un des défis rapportés est l'ignorance des juges des approches de prévention du VIH/Sida ainsi que des principes d'actions basés sur les DH.

L'approche programmatique adoptée, basée sur les besoins et non sur les droits mène à une déresponsabilisation des détenteurs de droit qui se positionnent en victimes et non en acteurs de leur vie. L'un des exemples qu'on pourrait avancer dans ce cadre est le fait que les différents services offerts aux UDI sont de type « aide », c'est peut-être pour cette raison que les partenaires locaux n'accordent pas trop d'importance à l'autonomisation des bénéficiaires qui, à leur tour, limitent leur relation avec ces partenaires à des services d'urgence dont surtout l'approvisionnement en seringues. La participation très limitée des ayants droit dans la conception et la mise en œuvre du programme les met de-facto dans une position d'assistés et non d'acteurs.

À la différence de l'approche basée sur les besoins, l'approche basée sur les droits humains (ABDH) présente des différences importantes dans la manière dont elle aborde les problèmes de développement et de protection des droits humains.

Le Focus : L'ABDH se concentre sur la protection et la réalisation des droits humains, tandis que l'approche basée sur les besoins se concentre sur la satisfaction des besoins des individus et des communautés. Les besoins sont "individuels", changeants, alors que les Droits sont universels.

Les Objectifs : L'ABDH vise à renforcer la capacité des détenteurs de devoirs à respecter, protéger, promouvoir et réaliser les droits humains, et à donner aux titulaires de droits le pouvoir de revendiquer et d'exercer leurs droits.

D. Participation : tokénisme ou participation effective ?

La participation garantit que les programmes de lutte contre le VIH sont conçus, élaborés et mis en œuvre selon une approche fondée sur les droits ou sensible aux droits. Outre les avantages directs pour l'ensemble du programme de lutte contre le VIH, l'utilisation d'une telle approche témoigne de l'engagement de l'État à défendre et à promouvoir les droits humains, et de tels messages peuvent constituer un puissant facteur de motivation pour d'autres organisations gouvernementales et non gouvernementales. Une participation pleine et égale signifie :

- Impliquer un large éventail de personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés dans les structures organisationnelles et les processus de suivi et d'évaluation.
- Impliquer un large éventail de parties prenantes, y compris les organisations communautaires de populations clés et d'autres communautés affectées, les organisations de la société civile et les organisations confessionnelles travaillant pour et avec ces communautés, les institutions gouvernementales, les chefs traditionnels, le secteur privé, les donateurs et les organisations internationales.
- Veiller à ce que les structures et les processus soient conçus de manière à promouvoir la participation pleine et égale de toutes les parties prenantes
- Identifier les besoins en matière de renforcement des capacités afin de promouvoir la participation pleine et égale des parties prenantes qui manquent d'expérience et de compétences.
- Identifier et traiter les autres obstacles à une participation égale et pleine pour des populations spécifiques..

TOKENISME

Le tokénisme est un mot récent, traduit de l'anglais, dérivé du mot " token ", qui se traduit par " jeton ". L'expression fait essentiellement référence à la pratique à laquelle un groupe ou un organisme a recours, afin d'inclure des personnes des minorités, dans le but de pouvoir se targuer d'être inclusives.

Source : <https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/sur-le-vif/segments/entrevue/138453/tokenisme-soukaina-boutiyeb-jeton-immigration-jeune-femme-discrimination-inclusivite#:~:text=Le%20tok%C3%A9nisme%20est%20un%20mot,se%20targuer%20d'%C3%AAtre%20inclusives.>

Au cours des FGD et des entretiens, il ressort que tous les participants n'ont jamais été impliqués dans l'élaboration et le suivi des programmes. Aussi bien les détenteurs de droit que les prestataires associatifs tels que les avocats ou les accompagnateurs juridiques. Une telle situation témoigne à notre avis d'une certaine insuffisance au niveau de la stratégie mise en œuvre pour la protection des ayants droit et ne peut aboutir qu'à des insuffisances au niveau des programmes d'intervention auprès de ces derniers.

L'élaboration de la demande de subvention au FM est basée sur un large dialogue pays impliquant des représentants aussi bien de la société civile que des communautés affectées par le VIH. La participation des communautés est limitée à cet " événement ". En effet les détenteurs de droits ne sont plus impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du programme.

L'implication au cours du dialogue pays se fait sans aucune formation ou préparation préalable résultant en une participation peu effective. Ajouté à cela, l'implication des mêmes personnes d'un dialogue pays à l'autre donne lieu à une participation

tokéniste plutôt au réelle et honnête.

E. Redevabilité et transparence

Redevabilité

La redevabilité doit se refléter à plusieurs niveaux, des détenteurs d'obligation vers les détenteurs de droit ; des associations envers les communautés vulnérables qu'elles servent, des associations sous récipiendaires envers ASF et inversement mais également des prestataires associatifs envers leur association.

La réalisation de la redevabilité tel que décrite ici implique la présence de mécanismes institutionnels ou programmatiques fonctionnels permettant une reddition de compte, le cheminement et le traitement de feedbacks réguliers ainsi que la possibilité de recours en cas de violation des droits avec la garanti d'une protection des représailles. En définissant un cadre dans lequel les activités de suivi et d'évaluation seront menées à l'aide de méthodes, de mécanismes et de processus qui respectent et promeuvent les droits humains, et en définissant des résultats qui rendent compte des progrès accomplis dans la réalisation des droits de l'Homme, des programmes favorisant la responsabilisation pour les violations des droits humains, contribuent à réduire les violations de ces droits. Les mécanismes de contrôle garantissant les autres principes des droits de l'homme, tels que la participation des personnes concernées à toutes les étapes de planification, de mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation, contribuent également de manière importante à la responsabilisation.

Le document de la stratégie nationale décrit clairement les activités à mettre en place par axe sans description de la théorie du changement ni cadre logique. Nous n'avons pas trouvé non plus de cadre de suivi des performances de la stratégie nationale. D'après les données collectées à travers les entretiens et la revue documentaire, aucun cadre de performance du plan national pour les DH n'est utilisé. Les activités relatives à la réduction des barrières à l'accès aux services VIH faisant partie d'un des modules du programme d'appui par le FM, ne fait pas l'objet d'un suivi spécifique à travers des indicateurs clairs. Dans la dernière proposition au FM (NFM3) le cadre de performance y fait référence à travers un seul indicateur celui relatif au " Pourcentage de cas de violations des droits de l'homme résolus avec succès ". Le suivi réalisé concerne la réalisation des activités sans plus. Les détenteurs de droit ne sont pas impliqués dans le suivi.

Deux évaluations de l'initiative " lever les obstacles " du FM ont été réalisées depuis le lancement du programme en Tunisie au cours desquels les détenteurs de droits n'ont pas été impliqués. Les évaluations réalisées par le FM se basent sur le principe de mise à l'échelle des services (scale up) et les notations sont données sur la base d'une appréciation subjective du niveau de " généralisation " du service.

Aucun mécanisme de recours en cas de violation des droits pour les détenteurs de droit n'est mis en place ni celui du cheminement et traitement des feedbacks.

Transparence

Le droit à la liberté d'expression comprend explicitement "la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce, sans considération de frontières, sous une forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen du choix de l'intéressé" . Pour que ce droit soit réalisé dans la pratique, les informations statistiques pertinentes doivent être mises à la disposition du public en temps utile et dans un format accessible, en tenant compte de considérations telles que le niveau d'alphabétisation, l'âge, le handicap, la langue et le contexte culturel (le cas échéant).

Tous les documents de programme examinés étaient en langue Française et non accessibles à tous y compris les informations statistiques.

Éléments de bonnes pratiques relevant d'une approche basée sur les droits de la personne

- Les programmes font du respect des droits fondamentaux l'objectif le plus important du développement.
- Les individus sont considérés comme des acteurs majeurs de leur propre développement plutôt que comme de simples bénéficiaires de produits et de services.
- La participation est à la fois un moyen et un objectif.
- Les stratégies favorisent l'autonomisation et non la déresponsabilisation.
- Les résultats et les processus sont suivis et évalués.
- Les programmes ciblent en priorité les groupes marginalisés et exclus.
- Le processus de développement fait l'objet d'une appropriation locale.
- Les programmes visent à réduire les disparités et à renforcer l'autonomie des personnes exclues.
- Les causes immédiates, sous-jacentes et profondes des problèmes de développement sont identifiées au moyen d'une analyse de situation.
- L'analyse inclut toutes les parties prenantes et porte donc aussi sur les capacités de l'État en tant que responsable principal et sur le rôle des autres acteurs non-étatiques.
- Les normes relatives aux droits de la personne fournissent un cadre pour l'élaboration d'objectifs, de cibles et d'indicateurs mesurables dans les programmes.
- Les systèmes nationaux de responsabilité doivent être renforcés afin de veiller à ce que la performance des gouvernements soit évaluée de manière indépendante et que les personnes se sentant lésées puissent exercer des recours.
- Des partenariats stratégiques sont formés et pérennisés.

Source : <https://www.unfpa.org/fr/approche-basee-sur-les-droits-de-la-personne>

F. Les femmes usagères de drogues

Les données disponibles sur ce groupe sont très rares. Les enquêtes sérocomportementales, principale source d'information sur les pratiques et la prévalence des IST ne prend pas en compte les femmes (très faible proportion de l'échantillon de l'enquête de 2021).

A travers les différents récits de vie recueillis grâce aux entretiens organisés avec des femmes usagères de drogues, nous avons pu constater, la vulnérabilité de ces dernières en lien avec leur pratique à risque et à leur sexe.

L'inégalité entre les sexes est fortement amplifiée chez les femmes qui s'injectent des drogues. Les femmes qui s'injectent des drogues sont particulièrement vulnérables aux conséquences médicales, juridiques, économiques et sociales, à la violence fondée sur le sexe et à la perte de la garde de leurs enfants, et sont fortement stigmatisées, tant au sein de la société en général et au sein de la communauté des personnes qui consomment des drogues.

L'initiation de la pratique d'injection des drogues se fait très fréquemment sous l'influence du partenaire ou du mari. Le travail du sexe devient souvent une source de revenus pour la femme afin de se procurer sa dose seule ou avec celle du partenaire. Les enfants à la charge de la femme sont également touchés par l'environnement de vulnérabilité dans lequel ils/elles vivent.

Les femmes qui s'injectent des drogues sont mal desservies par les programmes de réduction des risques, qui sont pour la plupart conçus par et pour les hommes.

VI. RECOMMANDATIONS

A. Interdépendance des droits

- Adopter une approche multidimensionnelle et multisectorielle aussi bien dans l'évaluation de la situation que dans la définition des interventions et le suivi et l'évaluation.

Il est nécessaire de concevoir la prise en charge comme un processus, combinant

- la dimension sanitaire, sécuritaire, sociale et économique, où les droits sont interdépendants et où les réponses sont cohérentes et adaptées.

Ceci requiert aussi d'associer l'entourage direct des ayants droit, qui ont

- besoin d'être appuyés pour assurer un rôle positif dans la prise en charge et l'accompagnement des PVVIH.

Eviter la fragmentation des programmes et des services en prévoyant des

- mécanismes de coordination permettant de considérer les population clefs comme des entités et non pas comme des bénéficiaires de services disparates.

Pour les programmes en cours, mieux définir le paquet de services de prévention

- combinée en renforçant leur intégration.

Renforcer des partenariats stratégiques entre les acteurs spécialisés de la société

- civile, dans leurs spécialités respectives, afin d'apporter plus de cohérence et d'intégration des programmes.

B. Egalité et non-discrimination

Prendre en considération l'inégalité des sexes lors de l'élaboration des programmes

- et l'allocation des ressources afin de réduire la fracture qui en résulte.

Encourager les partenaires associatifs locaux à s'investir davantage dans les

- services de proximités offerts aux femmes UDI .

Encourager les partenaires associatifs à s'investir davantage dans l'accueil et

- l'accompagnement des femmes UDI victimes de violence.

Intervenir dans différents secteurs de la vie des détenteurs de droit.

- Adopter une approche holistique dans la programmation et la mise en œuvre qui permet de garantir l'égalité des chances en matière d'accès aux services.

Renforcer le suivi afin d'apprécier l'impact direct sur la stigmatisation et la

- discrimination à l'encontre des PVVIH et des populations clés.

Prendre en compte les spécificités de chaque région d'intervention dans

- l'élaboration des programmes : mettre en place des programmes d'action régionaux

Diversifier les offres de services pour couvrir les différents besoins des ayants

- droit y compris les services d'autonomisation et de renforcement de capacité individuelle et collective.

C. Autonomisation

- Utiliser une approche basée sur les droits et non sur les besoins.

- Renforcer la réflexion et l'intervention sur les aspects relatifs à la capacitation des communautés détentrices de droit dans l'optique de les conscientiser et leur donner les moyens de revendiquer les droits. Réduire l'approche d'assistanat adoptée qui nuit plus qu'elle ne sert (DO NO HARM).
- Travail auprès des détenteurs d'obligation : intégrer l'approche basée sur les droits humains qui leur permettrait d'encourager et d'appuyer les membres des communautés les plus vulnérables à accéder à leurs droits.
- Ciblage du contenu des activités de formation pour que ce soit transformatif et non informatif exclusivement.
- L'autonomisation pourra aussi passer par la création d'opportunités d'insertion professionnelle au sein des associations.
- Intégrer une réflexion sur le projet personnel des bénéficiaires dès le début du processus, et les impliquer activement dans la réflexion personnelle.
- Proposer des programmes aux conjoint(e)s et à l'entourage familial pour les aider à créer un environnement favorable.

La transformation ne peut être enseignée par des cours magistraux classiques. Les approches de la formation au leadership et du développement des capacités...doivent prendre en compte diverses formes d'éducation et de formation, en combinant la formation formelle avec des formats non formels et expérientiels, qui encouragent et stimulent l'apprentissage tout au long de la vie.

<https://www.unssc.org/news-and-insights/blog/new-approaches-leadership-skills-and-capacity-building-context-2030-agenda>

D. Participation

- Intégrer des mécanismes clairs de participation réelle des communautés détentrices de droits à toutes les étapes du cycle de programme. La participation devra être garantie à tous les niveaux (planification, mise en œuvre, évaluation), à travers des mécanismes adaptés, et un accès à l'information adaptée.
- Prévoir des mécanismes de recours et de feedbacks de la part des détenteurs de droits. Ces recours se doivent d'être impartiaux, clairs, facilement accessibles, adaptés, et surtout connus de tous les ayants droit. Respecter les spécificités des ayants-droits dans tous les mécanismes à concevoir.

E. Redevabilité

- Assurer les bases du suivi programmatique : un cadre de performance et un plan de suivi clair détaillant les responsabilités.
- Inclure dans les paramètres de suivi des indicateurs reflétant les droits.
- Mettre en œuvre des mécanismes de suivi et d'évaluation des programmes qui soient plus sensibles au genre et aux droits humains.
- Assurer la transparence et l'accès à l'information de manière accessible et adaptée.

F. Les femmes usagères de drogues

Compte tenu des besoins et des préoccupations spécifiques des femmes et des questions de sécurité qui sont souvent évoquées dans le cadre des services de prise en charge, il est nécessaire de fournir des services de soutien aux femmes réservés aux femmes, où elles peuvent aborder différentes questions en toute sécurité y compris l'éducation et le conseil, dans un environnement où elles se sentent à l'aise. Étant donné que de nombreuses femmes UDI ont des responsabilités domestiques et qu'une plus grande discrétion dans la prestation de services est nécessaire en raison de la stigmatisation accrue des femmes "toxicomanes", les services de réduction des risques devraient répondre à ces besoins en proposant des heures d'ouverture flexibles, des temps d'attente courts et en supprimant les rendez-vous, des services de garde d'enfants pour les femmes et des services de proximité/mobiles pour rendre les services plus accessibles aux femmes qui ont des enfants et qui sont engagées dans la vie active et aux femmes qui ont des enfants et qui travaillent dans l'industrie du sexe.

Compte tenu de la nature cachée des femmes UDI, il convient de leur fournir des moyens d'accéder aux services par le biais d'options communautaires telles que les visites à domicile, en particulier pour les femmes ayant des enfants ou les femmes enceintes, les services de pré-traitement et de post-traitement pour les femmes qui s'apprêtent à entrer en service de désintoxication. Une approche globale est également nécessaire, grâce à la proposition de services d'aide à l'emploi et d'aide juridique. Compte tenu de l'importance des partenariats pour la réussite globale du traitement, lorsqu'il est culturellement approprié, il convient de proposer un traitement de couple⁶.

Une prise en compte systématique des femmes UDI dans le cycle de conception et de mise en place de programme est recommandée ainsi que dans les enquêtes et études relatives à l'usage de drogue.

G. Recommandations transversales

- En raison des défis du contexte actuel, il faudra veiller à :
- Appuyer les associations partenaires pour une veille stratégique sur le contexte, les risques liés à l'espace civique ;
- Renforcer la réflexion des partenaires à se doter d'un modèle économique fonctionnel et viable, permettant une durabilité au-delà du financement du fond mondial.
- Veiller à une gouvernance démocratique réelle au sein des associations
- Promouvoir la capitalisation des connaissances et les partenariats stratégiques peu conventionnels avec des acteurs pouvant apporter une valeur ajoutée à la réponse VIH (secteur privé, secteur technologique, start-ups) ;
- Veiller à maintenir le pouvoir décisionnel dans les associations aux mains des bénévoles et des membres élus et éviter le glissement vers un transfert de ce pouvoir aux mains des salariés, sujets au turn-over. Ceci se fait par exemple en s'assurant de la participation de membres des bureaux exécutifs avec celle des chargés de projets, à tous les niveaux, consulter les partenaires pour les dates d'activités (les professionnels préfèrent les jours de semaines, qui est une contrainte pour les bénévoles par exemple).

6 Women who inject drugs: A review of their risks, experiences and needs, the Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Women_who_inject_drugs.pdf)

VII. CONCLUSION

Cette étude permet de mettre l'accent sur les gaps qui existent encore dans les programmes et projets mis en place en réponse à la réduction des risques de VIH/Sida des UDI en Tunisie.

De nombreux obstacles persistent à l'accès des UDI aux services sociaux, sanitaires et juridiques en raison de la stigmatisation et de la discrimination exercée à l'encontre des UDI, du cadre juridique répressif et d'une réponse nationale à la problématique non adaptée.

Ce travail offre des pistes de réorientation des actions en cours qui méritent d'être étudiées, transformées en plan d'action en tenant compte des priorités nationales. Un dialogue intersectoriel devrait être initié afin de répondre plus efficacement aux obstacles cités et l'approche basée sur les droits humains devraient être renforcée dans la conception et la mise en œuvre des politiques et programmes touchant l'usage de drogue en Tunisie.

VIII. ANNEXES

A. GUIDE DES FGD

Informations sur le FGD : (à remplir par le preneur de notes)

Date	
Localisation	
Nombre de participants	
Sexe des participants	
Durée de la facilitation	
Présence de l'enregistrement	
Nom de l'animateur	
Nom du preneur de notes	

Introduction : Temps nécessaire 15 → minutes

La section suivante explique comment se présenter, comment expliquer l'objectif de cette évaluation, comment obtenir le consentement éclairé et comment fixer les règles de base nécessaires à la discussion.

- a) *Présentation de l'équipe de recherche et explication de l'objectif*
- b) *Procédure de consentement éclairé pour les adultes qui participeront aux GDD : consentement oral*
- c) *Fixer les règles du jeu pendant la discussion*

Avant d'entamer notre discussion, je voulais m'assurer que nous fixions quelques règles de base.

1. NOUS VOULONS QUE CE SOIT VOUS QUI PARLIEZ. Nous souhaitons que tout le monde participe. Nous encourageons vivement chacun à partager son point de vue.
2. IL N'Y A PAS DE BONNES OU DE MAUVAISES RÉPONSES. L'expérience et l'opinion de chacun sont importantes. Exprimez-vous, que vous soyez d'accord ou non. Nous voulons entendre un large éventail d'opinions.
3. CE QUI EST DIT DANS CETTE SALLE RESTE DANS CETTE SALLE. Nous voulons que chacun se sente à l'aise lorsqu'il aborde des questions sensibles.
4. NOUS NE PARLERONS PAS ENSEMBLE. Nous voulons parler à tour de rôle, afin que nous puissions tous entendre vos opinions et vos expériences.

Souhaitez-vous ajouter des règles supplémentaires ?

Tout est-il clair quant au déroulement de la discussion du groupe de discussion ? *(Si tout le monde dit que les choses sont claires, poursuivez la discussion. Si ce n'est pas le cas, assurez-vous de répondre à toutes les demandes et questions avant d'entamer la discussion).*

Établir un rapport : Temps nécessaire 5 → minutes

Avant d'entamer notre discussion, j'aimerais que nous nous présentions. Vous pouvez utiliser un faux nom si vous n'êtes pas à l'aise avec votre vrai nom. Bien entendu, comme je l'ai déjà dit, nous ne mentionnerons pas ces noms ou tout autre nom auquel vous ferez référence au cours de nos discussions lors de la rédaction ultérieure du rapport.

Questions approfondies : Temps nécessaire 70 → minutes

CODAGE POUR CHACUN DES TYPES DE SERVICES

1/Connaissance des services

2/Utilisation des services

2/Accès aux services:

Facteurs limitants

Facteurs facilitants

3/Participation effective et responsable

4/redevabilité et règle de droit

5/Communauté au centre

6/résilience

POINTS D'ATTENTION

→ Différences entre services offerts par le secteur gouvernemental, privé et associatif

→ Pour la santé, explorer services santé mentale

→ Violence: exposition et recours

→ Stigmatisation: explorer différents types: anticipé, witnessed, experienced, internalisé (honte, culpabilité, low self esteem)

→ TS: explorer accès aux services SSR, plkus particulièrement avortement et contraception

→ UDI: explorer access dépistage et PEC hépatites, nécroses, désintox...

→ UDI: services sociaux en lien avec la production de CIN (B3),

→ UDI: spécificités femmes UDI

1. Connaissance du service (pour les 3 types de service et les 2 opulations)

Quels sont les problèmes de santé les plus fréquents au sein de votre réseau ?

Quels sont les problèmes sociaux les plus fréquents dans votre réseau?

Quels sont les problèmes en lien avec la justice les plus fréquents dans votre réseau?

Quels sont les services de (santé, sociaux, juridiques) que vous connaissez (même si vous ne les avez pas utilisés)?

Pensez-vous connaître tous les services dont vous avez besoin? Quelles sont les informations dont vous auriez besoin selon vous?

Quelle est votre principale source d'information pour les services? Asso, amis, famille, administration...?

2. Utilisation des services

Santé, pour TS et UDI

Où allez-vous habituellement quand vous avez un problème de santé?

Où allez-vous habituellement pour avoir un test de dépistage du VIH, de l'hépatite?

De quand date votre dernière visite à un service de santé, service de dépistage?

Si vous étiez testés positifs au VIH ou à l'hépatite, sauriez-vous où vous rendre pour vous faire prendre en charge? Vous rendriez-vous au service pour une prise en charge?

Santé pour TS:

Où allez-vous habituellement pour les soins de santé sexuelle et reproductive? Par là, nous entendons des choses comme les tests de dépistage des ITS et du VIH, les renseignements sur les relations sexuelles plus sécuritaires, le traitement des ITS, la contraception, les tests pour le dépistage des cancers et les tests de grossesse.

De quand date votre dernière visite à un service SSR?

3. Accès aux services

Pour TS, services SSR

Quels sont les facteurs qui font qu'il est difficile pour les TS d'accéder aux services de santé sexuelle et reproductive? (défis)

(Approfondissement) Pourriez-vous préciser certains des mythes et croyances qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les TS ?

Selon vous, quel groupe de TS (selon age, statut, type de travail du sexe...) a le plus de difficultés à accéder aux structures de santé sexuelle et reproductive? Pourquoi?

Tous services, pour TS et UDI:

Avez-vous eu de mauvaises expériences en essayant d'obtenir des services de ... qui vous ont fait ne pas vouloir y retourner?

Veuillez décrire les mauvaises expériences que vous avez vécues en essayant d'obtenir des services de ... qui vous ont fait ne pas vouloir y retourner.

Vous êtes-vous senti menacés au cours en ayant recours à un service de ...?

Avez-vous perçu de la stigmatisation?

Avez-vous été victime de violence en ayant recours à un service?

A quelles asso faites-vous confiance?

Pensez-vous que l'asso répond à vos besoins? toujours? à chaque fois que vous en avez besoin?

Y a-t-il des asso qui n'ont pas répondu à vos besoins? quels besoins et comment?

Êtes-vous à l'aise d'aller voir le travailleur social/ la sage femme/ le médecin/ l'agent d'aide juridique si vous avez besoin d'aide?

4. Redevabilité et règle de droits

Tous services, TS et UDI

comment qualifieriez-vous le service dont vous avez bénéficié? Adapté à vos besoins, non adapté, rapide, a pris trop de temps, a donné des résultats, sans résultats...

Si vous n'étiez pas satisfaits du service offert, le signaleriez-vous? À qui? Comment?

Avez-vous été questionné par l'organisation sur votre avis sur/satisfaction du service dont vous avez bénéficié?

5. participation effective et responsable

Connaissez-vous vos droits en terme d'accès aux services médicaux, sociaux...?

Avez-vous suivi une formation sur les droits? Combien de sessions? Sur quoi? Pensez-vous que ce soit suffisant pour que vous puissiez revendiquer vos droits?

En cas de problème sauriez-vous comment réagir? à qui vous adresser?...

Que voudriez-vous savoir d'autre pour mieux défendre vos droits?

6. Communauté au centre

Avez-vous participé à un processus (dans le cycle de projet)? Comment? Suivi? fréquence?

Vos impressions? Avez-vous l'impression d'avoir influencé le projet/service?

7. Résilience

Pendant la période du COVID: avez-vous pu accéder au service? Si non qu'avez-vous fait?

Si une autre crise comme le COVID se reproduisait, pensez-vous que les choses se passeraient autrement? Que feriez-vous de différent? Que recommanderiez-vous aux organisations pour mieux répondre en cas de crise?

- **CLOTURE**

- **COLLECTE DES INFORMATIONS INDIVIDUELLES**

B. GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL

GUIDE d'entretien

- Informations générale

Date	
Localisation	
Sexe des participants	
Durée	
Présence de l'enregistrement	
Nom du modérateur	

- Introduction : Temps nécessaire 15 → minutes

La section suivante explique comment se présenter, comment expliquer l'objectif de cette évaluation, comment obtenir le consentement éclairé et comment fixer les règles de base nécessaires à la discussion.

d) *Présentation de l'équipe de recherche et explication de l'objectif*

e) *Obtention du consentement oral*

- Établir un rapport : Temps nécessaire 5 → minutes

Avant d'entamer notre discussion, j'aimerais que nous nous présentions. Vous pouvez utiliser un faux nom si vous n'êtes pas à l'aise avec votre vrai nom. Bien entendu, comme je l'ai déjà dit, nous ne mentionnerons pas votre nom ou tout autre nom auquel vous ferez référence au cours de nos discussions lors de la rédaction ultérieure du rapport.

- Questions approfondies : Temps nécessaire 70 → minutes

CODAGE POUR CHACUN DES TYPES DE SERVICES

1/Connaissance des services

2/Utilisation des services

2/Accès aux services:

Facteurs limitants

Facteurs facilitants

3/Participation effective et responsable

4/redevabilité et règle de droit

5/Communauté au centre

6/résilience

POINTS D'ATTENTION

→ Différences entre services offerts par le secteur gouvernemental, privé et associatif

→ Pour la santé, explorer services santé mentale

→ Violence: exposition et recours

→ Stigmatisation: explorer différents types: anticipé, witnessed, experienced, internalisé (honte, culpabilité, low self esteem)

→ TS: explorer accès aux services SSR, plukus particulièrement avortement et contraception

→ UDI: explorer accès dépistage et PEC hépatites, nécroses, désintox...

→ UDI: services sociaux en lien avec la production de CIN (B3),

→ UDI: spécificités femmes UDI

1- Connaissance du service (pour les 3 types de service et les 2 populations)

Quels sont les problèmes de santé les plus fréquents au sein de votre réseau ?

Quels sont les problèmes sociaux les plus fréquents dans votre réseau?

Quels sont les problèmes en lien avec la justice les plus fréquents dans votre réseau?

Quels sont les services de (santé, sociaux, juridiques) que vous connaissez (même si vous ne les avez pas utilisés)?

Pensez-vous connaître tous les services dont vous avez besoin? Quelles sont les informations dont vous auriez besoin selon vous?

Quelle est votre principale source d'information pour les services? Asso, amis, famille, administration...?

2- Utilisation des services

Santé, pour TS et UDI

Où allez-vous habituellement quand vous avez un problème de santé?

Où allez-vous habituellement pour avoir un test de dépistage du VIH, de l'hépatite?

De quand date votre dernière visite à un service de santé, service de dépistage?

Si vous étiez testés positifs au VIH ou à l'hépatite, sauriez-vous où vous rendre pour vous faire prendre en charge?

Vous rendriez-vous au service pour une prise en charge?

Santé pour TS:

Où allez-vous habituellement pour les soins de santé sexuelle et reproductive? Par là, nous entendons des choses comme les tests de dépistage des ITS et du VIH, les renseignements sur les relations sexuelles plus sécuritaires, le traitement des ITS, la contraception, les tests pour le dépistage des cancers et les tests de grossesse.

De quand date votre dernière visite à un service SSR?

3- Accès aux services

Pour TS, services SSR

Quels sont les facteurs qui font qu'il est difficile pour les TS d'accéder aux services de santé sexuelle et reproductive? (défis)

(Approfondissement) Pourriez-vous préciser certains des mythes et croyances qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les TS ?

Selon vous, quel groupe de TS (selon l'âge, le statut, le type de travail, le sexe...) a le plus de difficultés à accéder aux structures de santé sexuelle et reproductive? Pourquoi?

Tous services, pour TS et UDI:

Avez-vous eu de mauvaises expériences en essayant d'obtenir des services de ... qui vous ont fait ne pas vouloir y retourner?

Veuillez décrire les mauvaises expériences que vous avez vécues en essayant d'obtenir des services de ... qui vous ont fait ne pas vouloir y retourner.

Vous êtes-vous senti menacé au cours de votre recours à un service de ...?

Avez-vous perçu de la stigmatisation?

Avez-vous été victime de violence en ayant recours à un service?

À quelles associations faites-vous confiance?

Pensez-vous que l'association répond à vos besoins? toujours? à chaque fois que vous en avez besoin?

Y a-t-il des associations qui n'ont pas répondu à vos besoins? quels besoins et comment?

Êtes-vous à l'aise d'aller voir le travailleur social/ la sage femme/ le médecin/ l'agent d'aide juridique si vous avez besoin d'aide?

4- Redevabilité et règle de droits

Tous services, TS et UDI

Comment qualifieriez-vous le service dont vous avez bénéficié? Adapté à vos besoins, non adapté, rapide, a pris trop de temps, a donné des résultats, sans résultats...

Si vous n'étiez pas satisfaits du service offert, le signaleriez-vous? À qui? Comment?

Avez-vous été questionné par l'organisation sur votre avis sur/satisfaction du service dont vous avez bénéficié?

5- Participation effective et responsable

Connaissez-vous vos droits en matière d'accès aux services médicaux, sociaux...?

Avez-vous suivi une formation sur les droits? Combien de sessions? Sur quoi? Pensez-vous que ce soit suffisant pour que vous puissiez revendiquer vos droits?

En cas de problème sauriez-vous comment réagir? à qui vous adresser?...

Que voudriez-vous savoir d'autre pour mieux défendre vos droits?

6- Communauté au centre

Avez-vous participé à un processus (dans le cycle de projet)? Comment? Suivi? fréquence? Vos impressions? Avez-vous l'impression d'avoir influencé le projet/service?

7- Résilience

Pendant la période du COVID: avez-vous pu accéder au service? Si non qu'avez-vous fait?

Si une autre crise comme le COVID se reproduisait, pensez-vous que les choses se passeraient autrement? Que feriez-vous de différent? Que recommanderiez-vous aux organisations pour mieux répondre en cas de crise?

- **CLOTURE**

- **COLLECTE DES INFORMATIONS INDIVIDUELLES**

C. FICHE DE COLLECTE D'INFORMATIONS SUR LES PARTICIPANTS AUX FGD

PARTICIPANTS AUX FGD FICHE D'INFORMATION

:Groupe	
: Lieu	
: Date	

Renseignements Participants

Questions	Réponses	
? Quel âge avez-vous	Age en années	
? Êtes-vous allés à l'école	Oui	
	Non	
? Quel niveau avez-vous atteint dans vos études	Primaire	
	Premier cycle de l'enseignement de base	
	Deuxième cycle de l'enseignement de base	
	Supérieur	
	Formation professionnelle	
Quelle est votre profession (l'activité qui vous prend le plus de ? (temps actuellement	Employé/salarié	
	Elève/ Étudiant	
	Sans emploi	
? Où vivez-vous maintenant	Dans une maison / appartement	
	(Habitat ou vivent plusieurs familles (wkala	
	Sans Domicile Fixe	
	Dans la rue	
? Avec qui vivez-vous	Seul	
	Avec les parents	
	Avec une autre famille	
	Avec des amis	
	Avec un partenaire mâle	
	Avec une partenaire femelle	
? Situation matrimoniale actuelle	Célibataire, jamais marié	
	Fiancé	
	Marié	
	Divorcé	
	Veuf	
	Séparé	
	Autre	
? Avez-vous des enfants biologiques	Oui	
	Non	

? Quel est votre sexe assigné à la naissance	Male	
	Femelle	
	Intersexe	
? Quel est votre genre	Homme	
	Femme	
	Transgenre	
	Aucun	
	Ne sait pas	
Depuis combien de temps vous avez recours à l'usage de drogue ? par voie injectables ou au travail de sexe	En années	
A quelle fréquence ? (travail de sexe ou usage de drogue par voie injectable)	Au moins une fois par jour	
	Au moins une fois par semaine	
	Au moins une fois par mois	
? Quelle est votre niveau de revenu mensuel	Moins de 200 DT par mois	
	Entre 200 et 500 DT par mois	
	Entre 500 et 1000 DT par mois	
	Plus de 1000 DT par mois	
Est-ce que vous disposez d'un quelconque type de sécurité sociale ? (CNAM, Carnet Blanc, Jaune, Assurance privée)	Oui	
	Non	

