

VIH ET SDSR LIENS PRIORITAIRES FLASH INFOGRAPHIE

TUNISIE 2016

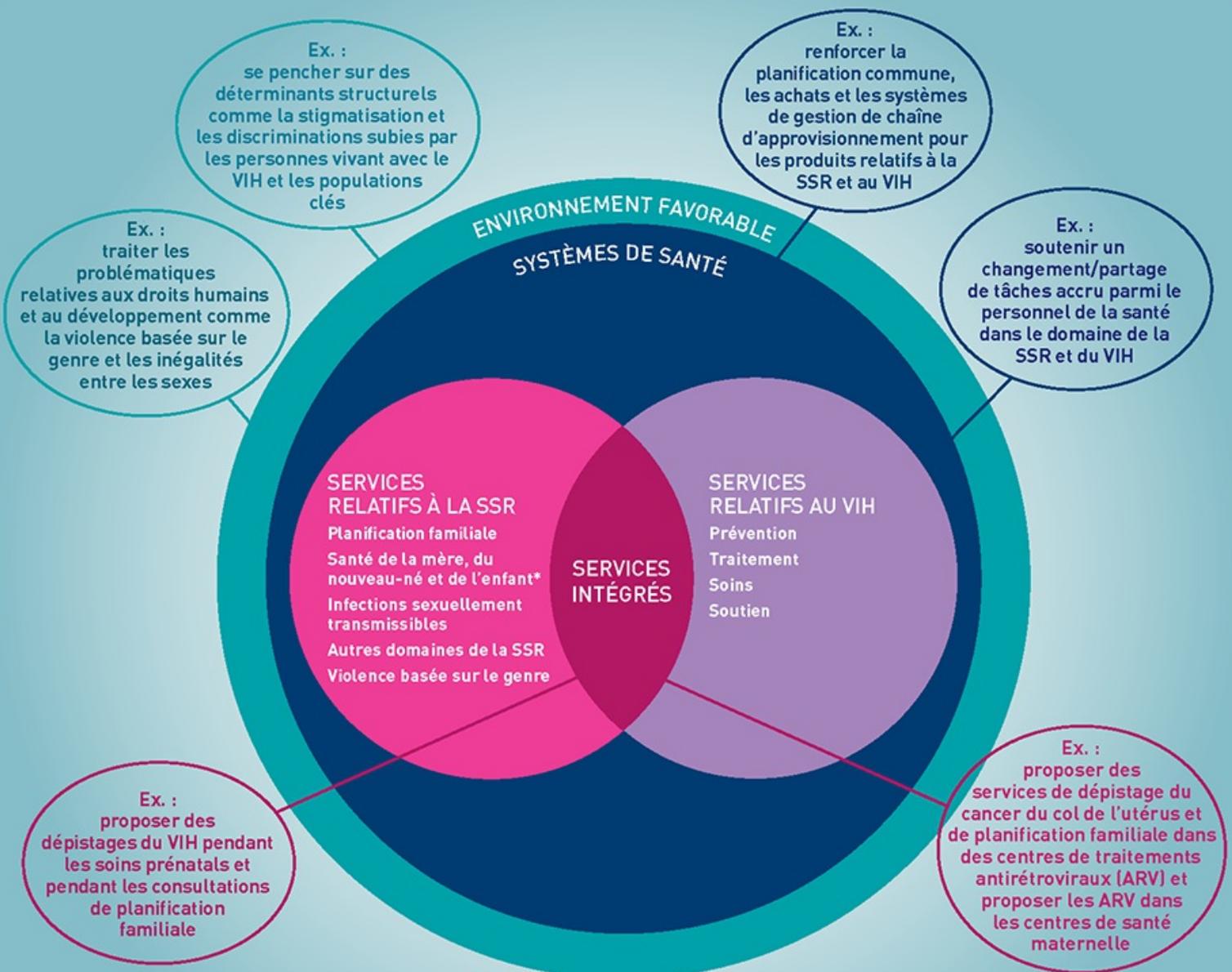


Ce Flash Infographie du pays procure un aperçu des données au niveau national portant sur l'ensemble de l'intégration/des liens entre la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction (SDSR) et le VIH, et ce, à trois niveaux :¹

- environnement favorable (politique et juridique)
- systèmes de santé
- prestation de services intégrés

En mettant en avant les résultats, les domaines à renforcer et les données manquantes, cet aperçu peut être utilisé pour déterminer les priorités, la planification de programmes et la mobilisation de ressources.

▲ aussi p.10



Source : Adapté d'un document de l'OMS, de UNFPA, de l'ONUSIDA et de l'IPPF (2005) Santé sexuelle et reproductive et VIH/SIDA : Un cadre de liens prioritaire. http://srhhivlinkages.org/wp-content/uploads/2013/04/frameworkforprioritylinkages_2005_en.pdf

¹La santé maternelle est un service de SDSR, souvent regroupé avec les services de santé destinés aux nouveaux-nés et aux enfants.

Les liens par rapport à l'intégration²

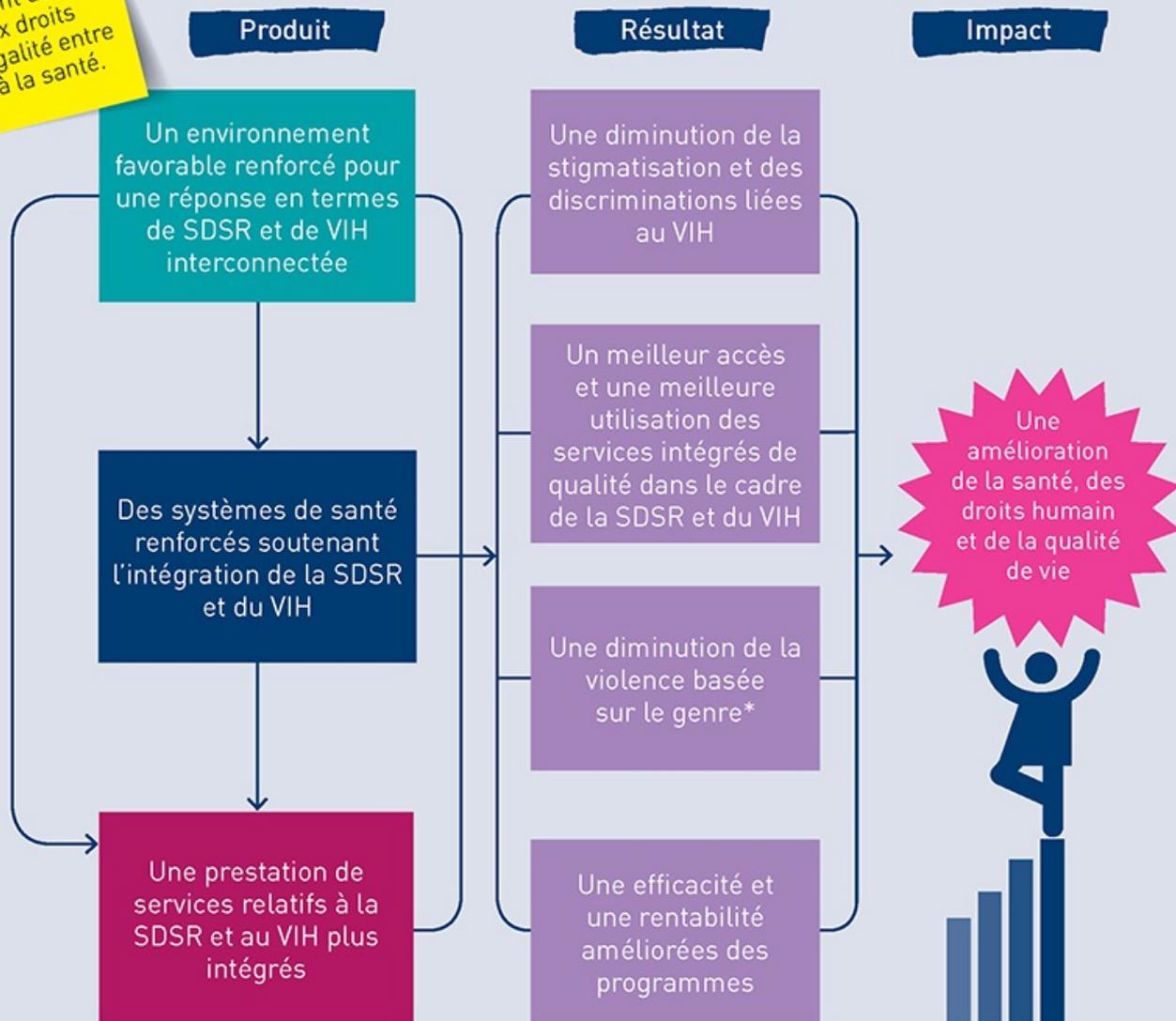
Les liens se rapportent aux synergies bidirectionnelles entre la SSR et le VIH en termes de politique, systèmes et services. Ils se rapportent à une approche plus largement basée sur les droits humains, dont l'intégration des services est un sous-ensemble.

L'intégration se rapporte au niveau de prestation de service et peut être comprise comme le regroupement de programmes opérationnels permettant de garantir des résultats efficaces par le biais de différentes modalités (prestataires multi-services, références, services regroupés sous un seul toit, etc.).

Le maintien des droits humains est intrinsèque au programme de liens, plus particulièrement en ce qui concerne les droits des personnes vivant avec le VIH, des populations clés, des femmes et des filles.³

Le lien entre les réponses au VIH et la SSR est vital pour atteindre les objectifs de développement durable afférents aux droits humains, à l'égalité entre les sexes et à la santé.

Théorie du changement des liens entre la SSR et le VIH



Source : Adapté d'un document de l'IPPF, de UNFPA et de l'OMS (2014) Recueil sur les liens entre la SSR et le VIH : Indicateurs et outils d'évaluation associés. Disponible sur : <http://bit.ly/1KVaeT1>

* La diminution de la stigmatisation, des discriminations et des violences basées sur le genre est également une mesure d'impact reconnue. Les mesures de résultats s'influencent entre elles.



Trouver des indicateurs et des outils pour évaluer les progrès

Visitez <http://bit.ly/1KVaeT1>



Pour en savoir plus sur les liens/l'intégration

Visitez <http://srhivlinkages.org> - un ensemble de ressources sur les liens établis entre la SSR et le VIH.

Intersections principales entre le VIH et la SDR: Données Tunisie^{3a}

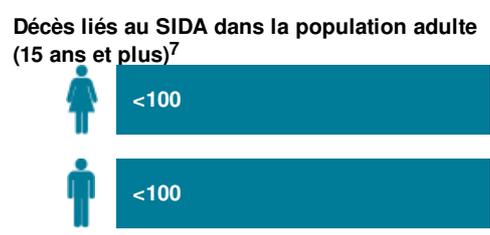
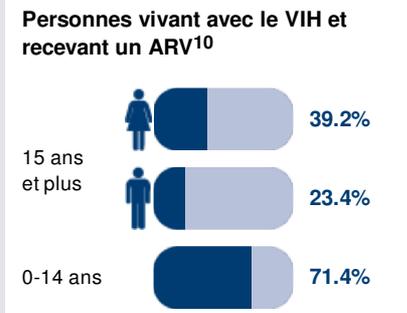
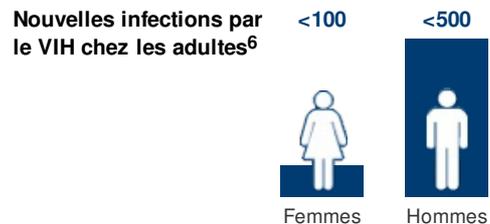


Les liens intrinsèques entre le VIH et la SDR sont bien établis, le VIH étant transmis essentiellement par voie sexuelle ou associé à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement.⁴

Lorsque les données ne sont pas disponibles, cela est indiqué par

Taille de la population 11.0 million^{4a} Espérance de vie à la naissance 73.6^{4b} Taux de fécondité 2.3^{4c}

Le VIH est une des principales causes de décès chez les femmes en âge de procréer (dans le monde)⁵



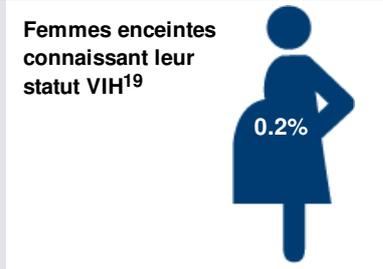
Les décès maternels liés au VIH contribuent à la mortalité maternelle¹²



Les violences basées sur le genre sont une cause et une conséquence du VIH¹⁵ ▲ également p.5 & 7



La transmission du VIH aux nourrissons survient pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Cette transmission est plus probable lorsque la mère est atteinte d'une infection aiguë par le VIH.¹⁷ ▲ également p.5



Certaines IST augmentent significativement le risque d'acquisition et de transmission du VIH²² ▲ également p.7

Les préservatifs (M et F) procurent une triple protection : contre les grossesses non désirées, le VIH et autres IST

Demande de planification familiale satisfaite avec une méthode de contraception moderne pour les femmes vivant avec le VIH (15-49)²¹



Environnement favorable (politique et juridique)

Les stratégies de SDRS et de lutte contre le VIH doivent être interconnectées pour augmenter l'apport et le recours aux services. Les réponses efficaces doivent également aller au-delà des services de santé pour se consacrer aux droits humains et au développement.

Soutien aux liens entre la SDRS et le VIH :



Stratégies et politiques

Existe-t-il une stratégie nationale de lutte contre le VIH ?²⁵



Si oui, les composants SDRS suivants ont-ils été inclus comme objectifs mesurables :^{25a}

Préservatifs (en tant que protection contre les IST/méthode contraceptive) ?	Non
Prévention/Élimination de la transmission mère-enfant du VIH ?	Oui
SDRS des personnes vivant avec le VIH ?	Non
Infections sexuellement transmissibles ?	Mentionné
Violences basées sur le genre ?	Mentionné

Existe-t-il une stratégie de SDRS nationale ?²⁶



Si oui, les composants VIH suivants ont-ils été inclus comme objectifs mesurables :^{26a}

Préservatifs (en tant que protection contre le VIH) ?	AUCUNE DONNÉE DISPONIBLE
Prévention/Élimination de la transmission mère-enfant du VIH ?	AUCUNE DONNÉE DISPONIBLE
SDRS des personnes vivant avec le VIH ?	AUCUNE DONNÉE DISPONIBLE
Infections sexuellement transmissibles ?	AUCUNE DONNÉE DISPONIBLE
Dépistage du VIH et conseils ?	AUCUNE DONNÉE DISPONIBLE

Existe-t-il une stratégie/ politique d'intégration de la SDRS et le VIH à l'échelle nationale ?²⁷



Lois

▲ également p.5

▲ également p.9

▲ également p.7

Personnes vivant avec le VIH

Existe-t-il des lois :^{27a}

pénalisant la transmission ou l'exposition au VIH ? ²⁸	Oui		28a
imposant des restrictions d'entrées, de séjour ou de résidence spécifiques au VIH ? ²⁹	Non		29a
pénalisant les discriminations subies par les personnes vivant avec le VIH et protégeant ces personnes ? ³⁰	Oui		30a

Populations clés

Existe-t-il des lois :^{30b}

pénalisant les rapports sexuels entre personnes du même sexe ? ³¹	Oui		31a
considérant le travail du sexe comme illégal ? ³²	Oui		32a
plaidant pour la peine de mort en cas d'infraction en matière de drogue ? ³³	Non		33a
réclamant une détention obligatoire pour les consommateurs de drogue ? ³⁴	Non		34a
reconnaissant un troisième sexe neutre et non spécifique en dehors du sexe masculin et féminin ? ³⁵	Non		35a

Violences basées sur le genre

Existe-t-il des lois :

se penchant sur les violences basées sur le genre ? ³⁶	Oui		36a
pénalisant le viol conjugal ? ³⁷	Non		37a
permettant un accès libre au mariage et au divorce ? ³⁸	Oui		38a
autorisant l'éloignement des époux violents ? ³⁹	Non		39a

Autres lois

▲ également p.8

Existe-t-il des lois :

rendant obligatoire l'éducation sexuelle ? ⁴⁰	Partiellement
légalisant l'avortement ? ⁴¹	Oui : à la demande
interdisant les mutilations génitales chez les femmes ? ⁴²	Oui : application totale

Majorité sexuelle

▲ également p.5 & 8



Quel est l'âge légal minimum du mariage sans accord parental ?⁴³

18 années
 18 années



Quel est l'âge légal pour se faire dépister du VIH sans accord parental ?⁴⁴

18 années



Quel est l'âge légal pour accéder à la contraception ?⁴⁵

18 années



Quel est l'âge de la majorité sexuelle ?⁴⁶

18 années
 18 années

La stigmatisation des PVVIH

Les personnes vivant avec le VIH sont souvent confrontées à une stigmatisation. Un environnement défavorable peut les éloigner des services de SDRS, de VIH, de traitement, de soins et de soutien, entravant ainsi la réponse au SIDA.

Pourcentage de la population signalant des comportements discriminatoires envers le VIH⁴⁷



L'index de stigmatisation a-t-il été mené ?⁴⁸

NON ⁴⁹



Constatations principales de l'index de stigmatisation

Accès refusé aux services de SDRS	AUCUNE DONNÉE DISPONIBLE
Accès refusé aux services de planification familiale	AUCUNE DONNÉE DISPONIBLE
Stérilisation forcée par des prestataires de soins de santé pour cause de VIH	AUCUNE DONNÉE DISPONIBLE
A reçu des conseils sur les options de reproduction après avoir été diagnostiqué positif au VIH	AUCUNE DONNÉE DISPONIBLE
A eu accès au traitement ARV (parmi les personnes devant débiter le traitement)	AUCUNE DONNÉE DISPONIBLE
A eu une discussion constructive sur les options de traitement du VIH	AUCUNE DONNÉE DISPONIBLE
 Signalement de stigmatisation ou de discriminations entravant l'accès aux services de la SDRS ou relatifs au VIH	AUCUNE DONNÉE DISPONIBLE
A cherché un recours en cas de droit bafoyé	AUCUNE DONNÉE DISPONIBLE

Autonomisation des femmes

Atteindre l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes (objectif de développement durable 5) est essentiel et a une influence sur l'état de santé. Ce vaste programme comprend : la fin de la stigmatisation et des discriminations, de la violence et des pratiques néfastes ; la garantie d'une autonomie en matière de décisions de santé ; et l'accès à la SDRS et une égalité d'accès aux ressources économiques.⁵⁰

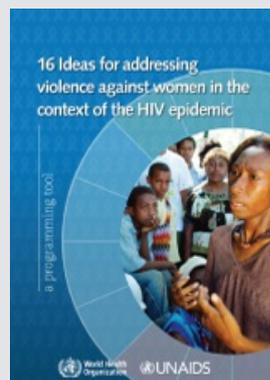
Capacité à prendre part aux décisions concernant leur propre santé^{50a}



Femmes estimant justifiable le refus de relation sexuelle à son époux^{50b}



Violences basées sur le genre



Il a été démontré que la violence du partenaire intime augmente le risque d'infection par le VIH de 50 % environ. Les violences, ainsi que la peur des violences, peut décourager les femmes et les jeunes filles à faire un dépistage du VIH, à divulguer leur séropositivité, et à rechercher d'autres services relatifs à leurs besoins VIH et SDRS.⁵¹ Visitez <http://bit.ly/1P1pTip>

Prévalence de violence récente d'un partenaire intime⁵²



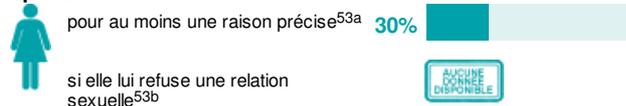
16.2%

Les violences basées sur le genre est une cause et une conséquence du VIH

Filles mariées avant 18 ans⁵³



Femmes estimant qu'un homme a le droit de frapper son épouse :



Programmes de prévention contre la violence⁵⁴

L'éducation scolaire contre la violence dans les fréquentations	Aucun
Formation sur la microfinance et l'égalité entre les sexes	Limité
Modifier les normes sociales favorisant la violence	Limité

Protection sociale et des enfants

Les orphelins sont souvent la cible de préjugés et victimes d'une pauvreté accrue, des facteurs pouvant mettre en danger les chances des enfants de finir leur scolarité, et pouvant entraîner une plus grande vulnérabilité face au VIH et de faibles résultats en termes de la SDRS. Ainsi, un soutien économique (avec une attention sur l'assistance sociale et l'assistance aux moyens de subsistance) apporté aux foyers pauvres et touchés par le VIH reste une grande priorité dans de nombreux programmes de soins et de soutien complets.⁵⁵

Enfants dont le foyer reçoit un soutien externe⁵⁶



Les décès dus au SIDA chez les adultes surviennent au moment où ils fondent une famille et élèvent des enfants.

Taux de scolarisation des orphelins et non-orphelins (âgés de 10 à 14 ans)⁵⁷



Enfants ayant perdu un de ses parents ou les deux à cause du SIDA⁵⁸



Systèmes de santé

L'intégration des services de SDRS et de lutte contre le VIH nécessite que l'on s'occupe des composants du système de santé.

Cela inclut la coordination, les partenariats collectifs, la planification et la budgétisation, les ressources humaines,

la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, ainsi que la surveillance et l'évaluation.

Ressources humaines

Médecins
pour 1 000⁵⁹



Infirmières et
sages-
femmes pour
1 000⁶⁰



Agents de santé
communautaires et
traditionnels pour 1 000⁶¹



Formation et supervision

Existe-t-il des programmes de formation et d'enseignement de SDRS portant sur le VIH ?⁶² Oui (partiel)

Existe-t-il des programmes de formation et d'enseignement sur le VIH portant sur la SDRS ?⁶³ Non

Quel est le degré d'intégration de la supervision de soutien pour la SDRS et le VIH au niveau des prestations des services de santé ?⁶⁴ Partiellement intégré

Un outil de supervision intégré est-il disponible ?⁶⁵ Non

Logistique et approvisionnement

Produits relatifs au VIH et à la SDRS

Existe-t-il des systèmes d'approvisionnement intégrés ?⁶⁶ Partiellement intégré

Existe-t-il des systèmes de commande intégrés ?⁶⁷ Pas intégré

Existe-t-il des systèmes de surveillance intégrés ?⁶⁸ Pas intégré

Ruptures de stock de produits



Contraceptifs⁶⁹

0%



Antirétroviraux pour
VIH⁷⁰

75%



Médicaments pour les
IST⁷¹



Coordination, planification et budgétisation

Existe-t-il une planification collaborative de programmes de SDRS et de lutte contre le VIH ?⁷² Oui

Y a-t-il une collaboration entre la gestion/mise en application de programmes SDRS et de lutte contre le VIH ?⁷³ Oui

Systèmes d'informations de santé⁷⁴

Capacité statistique du système de santé



Enquêtes nationales



Recueil de données
dans les établissements

Couverture des services SDRS et VIH

Établissements de conseils sur le VIH et de dépistage pour une population de 100 000 adultes⁷⁵



Points de prestation de services de premier niveau proposant au moins trois méthodes de contraception modernes⁷⁶



Évaluation rapide des liens entre le VIH et la SDRS⁷⁷

L'évaluation rapide des liens entre le VIH et la santé sexuelle et reproductive a-t-elle été menée ?⁷⁸



Pour les pays, une évaluation rapide des liens entre la SDRS et le VIH est un outil utile pour étudier les liens bidirectionnels existant au niveau politique, des systèmes et des services.



Prestation de services intégrés

La prestation de services intégrés permet aux clients de profiter d'autant de services de qualité que possible au même endroit et au même moment, et plus particulièrement au niveau des soins de santé primaires.

Ces services peuvent être fournis par le gouvernement, la société civile et des prestataires privés.

Prestation de services intégrés

Les établissements de santé proposent des services VIH intégrés à d'autres services de santé

Dépistages du VIH et conseils avec SDSR ⁷⁹



Beaucoup

ETME/PTME avec soins prénatals /santé de la mère et de l'enfant⁸⁰



Peu

Élimination de la transmission mère-enfant du VIH

L'élimination de nouvelles infections par le VIH chez les enfants et le maintien en vie de leur mère s'appuient sur une stratégie en quatre volets.⁸¹

Accouchements de femmes séropositives⁸²



14

Nouvelles infections par le VIH chez les enfants⁸³



Indicateurs de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH

Volet 1 : nouvelles infections par le VIH chez les femmes âgées de 15 à 49 ans⁸⁷ <100

Volet 2 : besoins en matière de planification familiale non satisfaits chez les femmes en âge de procréer⁸⁸ 21.5%

Volet 3 : taux final de transmission mère-enfant du VIH⁸⁹ 21.9%

Volet 3 : femmes recevant des ARV (excluant la dose unique de névirapine) pour prévenir les nouvelles infections chez les enfants⁹⁰



Volet 3 : femmes ou enfants recevant des ARV pendant l'allaitement⁹¹



Volet 4 : Taux de couverture d'ARV chez les enfants de moins de 15 ans⁹²



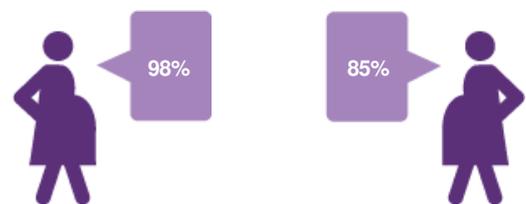
Demande de planification familiale satisfaite avec une méthode de contraception moderne pour les femmes vivant avec le VIH (15-49)⁹⁵



Femmes enceintes consultant dans une clinique de soins prénatals

au moins une fois⁸⁴

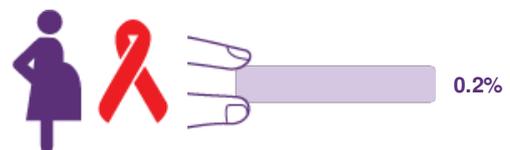
au moins 4 fois⁸⁵



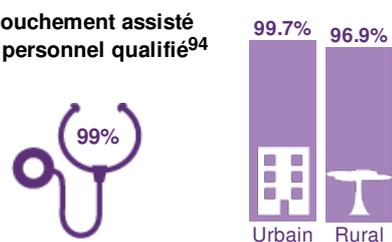
dont les partenaires sexuels ont fait un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois⁸⁶



Femmes enceintes connaissant leur statut VIH⁹³

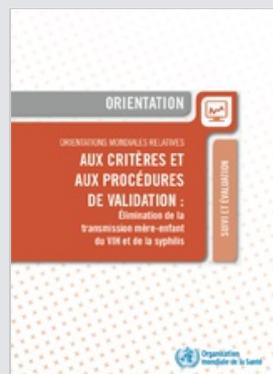


Accouchement assisté par personnel qualifié⁹⁴



Double élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis

En 2007, l'OMS a lancé une initiative pour une élimination mondiale de la syphilis congénitale, décrite dans l'élimination mondiale de la syphilis congénitale : raison d'être et stratégie.⁹⁶ Désormais, les initiatives en cours se concentrent sur la double élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis en tant que processus intégré, incluant des données de validation.⁹⁷



Élimination de la transmission mère-enfant de la syphilis

Taux de syphilis congénitale (pour 100 000 naissances vivantes)⁹⁸ 0%

Patientes en soins prénatals ayant été dépistées pour la syphilis lors de leur première visite prénatale⁹⁹



Patientes en soins prénatals positives à la syphilis¹⁰⁰



Patientes en soins prénatals positives à la syphilis recevant des soins adéquats¹⁰¹



<http://bit.ly/2coJR4q>

Accent sur les adolescent(e)s et les jeunes

Les jeunes doivent pouvoir accéder à un ensemble de services et d'informations sur la SDRS et le VIH, couvrant de nombreux sujets liés à leur développement physique, social, émotionnel et sexuel.

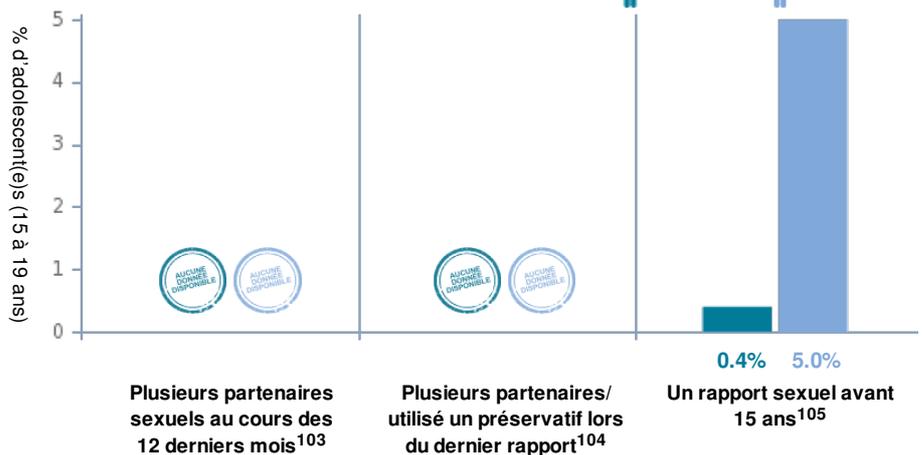
Les jeunes, notamment ceux vivant avec le VIH de populations clés, doivent pouvoir accéder à des services complets et à un cadre juridique favorable.

Comportement sexuel

Âge médian lors de la première relation sexuelle chez les jeunes âgés de 20 à 24 ans¹⁰²



Adolescent(e)s âgés de 15 à 19 ans ayant eu :

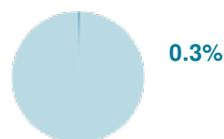


Chômage des jeunes¹⁰⁹

Besoins en PF non satisfaits chez les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans¹⁰⁶



Jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans ayant déjà eu un enfant¹⁰⁷



Naissances récentes non planifiées chez les femmes de moins de 20 ans¹⁰⁸



Jeunes femmes (15 à 19 ans) capables de prendre part aux décisions concernant leur santé^{108a}



31.8%



VIH

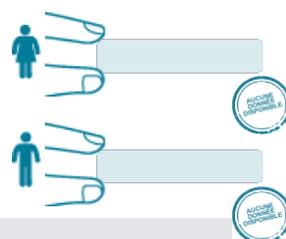
Estimation du nombre d'adolescent(e)s vivant avec le VIH âgés de 10 à 19 ans¹¹⁰



Jeunes vivant avec le VIH âgés de 15 à 24 ans¹¹¹



Adolescent(e)s âgés de 15 à 19 ans ayant déjà fait un dépistage du VIH et ayant reçu les résultats¹¹²



<100



Nouvelles infections à VIH/ado. 15 à 19 ans¹¹³ Décès liés au SIDA chez les ado. âgés de 10 à 19 ans¹¹⁴

Connaissances et éducation sexuelle complète

▲ également p.4

Jeunes âgés de 15 à 19 ans ayant entendu parler de la planification familiale sur l'une des trois sources suivantes (radio, télévision ou presse écrite)¹¹⁵



Adolescent(e)s âgés de 15 à 19 ans ayant une connaissance approfondie du VIH¹¹⁶



Écoles ayant proposé un cours d'éducation sexuelle et VIH au cours de l'année scolaire précédente¹¹⁷



Accent sur les populations clés

Par rapport à la population générale, la prévalence du VIH est habituellement supérieure chez les populations clés, notamment chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les consommateurs de drogue (CDI), les travailleurs du sexe et les transgenres. La criminalisation des populations clés les éloigne des services de santé, les rendant ainsi vulnérables aux effets négatifs en termes de SDRS et du VIH, ainsi qu'à la stigmatisation, aux discriminations et à la violence.

Les services de santé, notamment les services de SDRS et relatifs au VIH, n'atteignent pas ces populations clés dont les droits fondamentaux sont souvent bafoués.

▲ également p.4



HSH



CDI



Travailleurs du sexe



Transgenres



Estimation de la taille de la population

28,000¹¹⁸

9,000¹¹⁹

25,000¹²⁰



Prévalence du VIH

9.1%¹²²

3.9%¹²³

0.9%¹²⁴



Dépistage du VIH

20%¹²⁶

18.2%¹²⁷

23%¹²⁸



Utilisation de préservatif

50%¹³⁰

29.3%¹³¹

57.5%¹³²

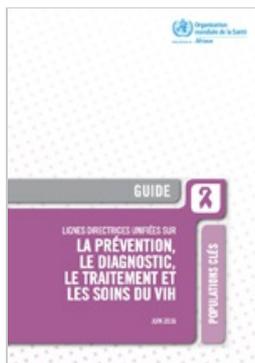


Outils et directives utiles à la mise en œuvre* des programmes



Organisation mondiale de la Santé (2013) *Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives.*

<http://bit.ly/1ISZWVz>



Organisation mondiale de la Santé (2014) *La prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés - Lignes directrices unifiées.*

<http://bit.ly/2c8dYPv>



UNFPA et al. (2015) *Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/STI auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.*

<http://bit.ly/1LWYfQ6>

*Des outils de mise en œuvre similaires pour les programmes visant le VIH/les IST auprès d'autres populations clés sont actuellement en cours de développement.

Données régionales et nationales supplémentaires

Ce flash infographie établit un cadre général définissant l'intégration/les liens entre le VIH et la SDR

et fournit des données nationales afférentes. Les aspects spécifiques de l'intégration/des liens entre le VIH et la SDR

varient en fonction des régions et des pays à cause des différents types d'épidémie du VIH et des facteurs structurels

du VIH et de la SDR . Une approche différenciée des investissements et des programmations est donc nécessaire.

Documents nationaux/régionaux choisis sur l'intégration/les liens entre la SDR et le VIH



Étude Qualitative sur les Facteurs de Vulnérabilité au VIH des Travailleurs et travailleuses du Sexe en Tunisie
Ministère de la Santé - République Tunisienne, Aids Fonds, UNFPA, 2015



Proposition de voie à suivre

1. **Diffuser largement ce flash infographie** auprès des décideurs du gouvernement (ex. : Ministre de la Santé, Commission nationale sur le SIDA), des responsables de programme, des donateurs, des agences des Nations Unies, des organisations de la société civile et communautaires, et plaider pendant les grands événements.
2. **Étudier les données** incluses dans la présentation avec les parties prenantes en matière de VIH et de SDR pour identifier et discuter des domaines où des travaux supplémentaires sont nécessaires.
3. **Convoquer un groupe de travail technique** avec les parties prenantes en matière de VIH et de SDR pour une planification commune, coordonner des activités et suivre les progrès de l'intégration/des liens entre le VIH et les SDR.
4. **Collaborer avec les ministères de la Justice, de l'Éducation et de la Santé et tout autre secteur concerné** pour éradiquer les violations des droits humains, comme la violence basée sur le genre, les mariages précoces et forcés, la stigmatisation et les discriminations.
5. **Employer le flash infographie** lors du développement et de l'évaluation de stratégies, de plans opérationnels et de propositions de financement.
6. **Collaborer avec les entités de collecte de données concernées** pour compléter les informations manquantes.

Notes de fin

1. GNP+, ICW, IPPF, UNAIDS, UNFPA, WHO and Young Positives (2009). Rapid Assessment Tool for Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages: a generic guide. <http://srhhivlinkages.org/rapidassessment-tool/>
2. WHO, UNAIDS, UNFPA, IPPF (2008). Gateways to integration: a case study series. <http://www.srhhivlinkages.org>
3. UNAIDS (2010) 26th Meeting of UNAIDS Programme Coordinating Board, Background Paper: Sexual and Reproductive Health (SRH) services with HIV interventions in practice, paragraph 4 (page 5). http://srhhivlinkages.org/wp-content/uploads/2013/04/26thpcbthematicbackground_2010_en.pdf
- 3a. Data used in the HIV and SRHR Linkages Infographic Snapshot is the most recent data available.
4. UNFPA, WHO, IPPF (2012). Connecting sexual and reproductive health and HIV: Navigating the work in progress. http://www.srhhivlinkages.org/wp-content/uploads/IAWG_SRHHIVlinkages_summary1.pdf
- 4a. 2014. World Bank. <http://data.worldbank.org/indicator/>
- 4b. 2014. World Bank. <http://data.worldbank.org/indicator/>
- 4c. 2014. World Bank. <http://data.worldbank.org/indicator/>
5. Women of reproductive age is women aged 15–49. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. (2012) Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859):2095-128.
6. 2014. UNAIDS 2014 estimates
7. 2014. UNAIDS 2014 estimates
8. 2014. UNAIDS 2014 estimates
9. 2014. UNAIDS 2014 estimates
10. 2015. 20/27 living with HIV. GARPR 2015
11. 2009. UNAIDS GARPR
12. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859):2095-128.; AU (2012) Status Report on Maternal, Newborn, and Child Health. (African Union); WHO UNICEF, UNFPA, WB (2012) Trends in Maternal Mortality 1990-2010 (Geneva, WHO).
13. 2010. T. D. Rafla et al. Tunisia L'enquête Nationale Tunisienne sur la mortalité maternelle de 2010 : A propos des données de Tunis. *La Tunisie Médicale* 2014 ; Vol 92 (n°08/09)
14. Indicator: Percentage of AIDS-related indirect maternal deaths. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division (2015). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
15. UN Commission on Status of Women (2013). Agreed conclusions on the elimination and prevention of all forms of violence against women and girls. New York, UN CSW.
16. 2010. Rapport violence à l'égard des femmes, ONFP, 2010-2011
17. <http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/3/perinatalguidelines/162>.
18. 2014. Programme National de Lutte contre le sida et les MST (2014). Rapport d'Activité sur la Riposte au SIDA - Tunisie. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/TUN_narrative_report_2014.pdf
19. 2014. Programme National de Lutte contre le sida et les MST (2014). Rapport d'Activité sur la Riposte au SIDA - Tunisie. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/TUN_narrative_report_2014.pdf
20. 2014. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2014. New York: United Nations. http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/data/Table_Model-based_estimates_Countries_Run20140520.xls
21. Indicator: Percentage of total demand for family planning among married or in-union women living with HIV aged 15 to 49 that is satisfied with modern methods (modern contraceptive prevalence divided by total demand for family planning)
22. WHO (2007). Global Strategy for the Prevention and control of sexually transmitted infections 2006-2015, Breaking the Chain of Transmission. Geneva, WHO.
23. 2013. PNLS: National program on SIDA. Rapport situation épidémiologique 2014, page 18
24. 2014. Programme National de Lutte contre le sida et les MST (2014). Rapport d'Activité sur la Riposte au SIDA - Tunisie. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/TUN_narrative_report_2014.pdf
25. 2012. Plan stratégique national de la riposte au VIH/sida et aux IST (2012-2016) en Tunisie
- 25a. 2015. IPPF and UNFPA coding (2015)
26. There is no current national SRHR strategy
- 26a. 2015. IPPF and UNFPA coding (2015)
27. 2015. There is no current national SRH and HIV integration policy or strategy
- 27a. The data in this section only looks at the law itself and not how the law is implemented
28. 2015. Art 6-7-8 loi 92-71 maladies transmissibles
- 28a. Global Commission on HIV and the Law (2012). Risks, Rights and Health. Final Report July 2012, at p9 and p25. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>; Ending overly broad criminalization of HIV non-disclosure, exposure and transmission: Critical scientific, medical and legal considerations. Guidance Note. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20130530_Guidance_Ending_Criminalisation_0.pdf
29. 2012. Quick Reference Guide Entry and residence regulations for people living with HIV (2013-2013), Deutsche AIDS-Hilfe. http://www.hivtravel.org/Web/WebContent/EATG/File/Quick%20Ref/2012_2013_DAH_Quick_Reference_Guide_EN.pdf
- 29a. Global Commission on HIV and the Law (2012). Risks, Rights and Health. Final Report July 2012, at p10 and p61. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>
30. Loi No 92-71 du 27 juillet 1992 relative au maladies transmissibles
- 30a. Global Commission on HIV and the Law (2012). Risks, Rights and Health. Final Report July 2012, at p9 and p50. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>; *The Lancet* (2012). HIV in Men Who Have Sex with Men. <http://www.thelancet.com/series/hivin-men-who-have-sex-with-men>
- 30b. The data in this section only looks at the law itself and not how the law is implemented
31. 2015. Source: The Lesbian, Gay and Bisexual Map of World Laws, ILGA – available from http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_WorldMap_2015_ENG.pdf
- 31a. Global Commission on HIV and the Law (2012). Risks, Rights and Health. Final Report July 2012, at p9 and p50. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>; *The Lancet* (2012). HIV in Men Who Have Sex with Men. <http://www.thelancet.com/series/hivin-men-who-have-sex-with-men>
32. 2014. UNAIDS GARPR
- 32a. Global Commission on HIV and the Law (2012). Risks, Rights and Health. Final Report July 2012, at p9 and p43. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>; UNAIDS (2012). UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work. 2012 Update. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en_0.pdf; *The Lancet* (2014). HIV and sex workers. <http://www.thelancet.com/series/hiv-and-sex-workers>
33. 2015. The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2015, International Harm Reduction Association http://www.ihra.net/files/2015/10/07/DeathPenaltyDrugs_Report_2015.pdf
- 33a. 6(2); ECOSOC (25 May 1984) Implementation of the safeguards guaranteeing protection of the rights of those facing the death penalty, Resolution 1984/50; United Nations Information Centre. INCB encourages States to consider the abolition of the death penalty for drug-related offences, 5 March 2014. http://www.incb.org/documents/Publications/PressRelease/PR2014/press_release_050314.pdf
34. 2014. UNAIDS GARPR
- 34a. Global Commission on HIV and the Law (2012). Risks, Rights and Health. Final Report July 2012, at p10 and p35. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>; United Nations. 2012. Joint statement on compulsory drug detention and rehabilitation centres. <http://bit.ly/2ePIvTC>

35. 2014. 2014. Identities.Mic. "7 Countries Giving Transgender People Fundamental Rights the U.S. Still Won't". <http://mic.com/articles/87149/7-countries-giving-transgender-people-fundamentalrights-the-u-s-still-won-t>. Accessed June 2015
- 35a. Global Commission on HIV and the Law (2012). Risks, Rights and Health. Final Report July 2012, at p10, p50 and p54. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>
36. 2015. Domestic violence is a criminal offence, punishable by imprisonment for up to 2 years. Rape is illegal under the Tunisian penal code, including spousal rape (Arts 227 and 227). The Penal Code (Art 226) was amended in 2004 to include sexual harassment as a criminal offence, carrying a penalty of one year in prison and fines. Programme National de Lutte contre le sida et les MST (2014). Rapport d'Activite sur la Riposte au SIDA - Tunisie. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/TUN_narrative_report_2014.pdf. However, enforcement of the laws is not guaranteed – see "Assaulted and accused: Sexual and gender-based violence in Tunisia" <https://www.amnesty.org/en/press-releases/2015/11/tunisia-rapists-given-a-way-out-while-their-victims-are-blamed-and-punished/>
- 36a. Convention on the Elimination of Discrimination against Women. General Recommendation No. 19 (11th session, 1992). Violence against women, paras 1, 7 and 24(b). <http://bit.ly/2dGkvxS>
37. 2014. WHO (2014) Global Status Report on Violence Prevention. <http://bit.ly/2dOxNst>
- 37a. Global Commission on HIV and the Law (2012). Risks, Rights and Health. Final Report July 2012, at p9 and p69. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>
38. 2015. Code du statut personnel
- 38a. Convention on the Elimination of Discrimination against Women. General Recommendation No. 21 (13th session, 1994). Equality in marriage and family relations. <http://bit.ly/2dGkvxS>
39. 2014. WHO (2014) Global Status Report on Violence Prevention. <http://bit.ly/2dOxNst>
- 39a. Convention on the Elimination of Discrimination against Women. General Recommendation No. 19 (11th session, 1992) Violence against women, paras 23 and 24(b). <http://bit.ly/2dGkvxS>
40. Law 88(MEF)/107(MSP): 20 November 2003 states that every secondary school should have a session about RH and HIV in the final year (9th year = age 14-15)
41. 2008. United Nations, World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx
42. 2014. WHO (2014) Global Status Report on Violence Prevention. <http://bit.ly/2dOxNst>
43. 2010. United Nations Statistics Division. Gender Statistics. Qualitative Indicators related to national norms. 11. Legal minimum age at marriage, by sex. <http://unstats.un.org/unsd/gender/Data/Qualitative%20Indicators.html>
44. 2014. Ministère de la Santé Direction des Soins de Santé de Base, Programme National de Lutte contre le sida et les IST (Avril 2014). Stratégie nationale de dépistage de l'infection à VIH. https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/hts_policy_tunisia.pdf
45. 2015. National programme on family planning
46. 2001. ICPD (2012). Country Implementation Profile: Tunisia. http://icpdbeyond2014.org/documents/download.php?f=FINAL_Tunisia.pdf.
47. 2014. Indicator: Percentage of women and men aged 15–49 who report discriminatory attitudes towards people living with HIV. UNAIDS GARPR
48. People Living with HIV Stigma Index. IPPF, GNP+, ICW, UNAIDS, 2008. <http://www.stigmaindex.org/>
49. Tunisia has not undertaken the People Living with HIV Stigma Index.
50. UN (2015) Sustainable Development Goals. <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>
- 50a. Indicator: Ability to participate in decisions regarding their own health
- 50b. Indicator: Ability to participate in decisions regarding their own health
51. WHO and UNAIDS (2013) 16 ideas for addressing violence against women in the context of HIV epidemic: a programming tool. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf
52. 2010. Rapport violence à l'égard des femmes, ONFP, 2010-2011
53. 2005-2013. UNICEF State of The World's Children 2015 Country Statistical Information http://www.unicef.org/statistics/index_countrystats.html
- 53a. "The percentage of women age 15-49 who agree that a husband is justified in hitting or beating his wife if she refuses to have sexual intercourse with him" Tunisia Demographic and Health Survey 1988. <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR40/FR40.pdf>
- 53b. 2011-2012. "The percentage of women age 15-49 who agree that a husband is justified in hitting or beating his wife for one specified reason: if she burns the food, if she argues with him, if she goes out without telling him, if she neglects the children, and if she refuses to have sexual intercourse with him." Multiple Indicator Cluster Survey 2011-2012
54. 2014. WHO (2014) Global Status Report on Violence Prevention http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/; National strategy on preventing violence against women and girls.
55. UNAIDS (2014). Global AIDS response progress reporting 2014: construction of core indicators for monitoring the 2011 UN political declaration on HIV/AIDS.
56. Indicator: % of children whose households received external support, 2010-2014. UNICEF Statistical Update 2015. Table 6: Protection, care and support for children affected by HIV and AIDS in low- and middle-income countries: Percentage of children whose households received external support. <http://data.unicef.org/hiv-aids/care-support.html>
57. Indicator: Orphan school attendance ratio, 2010-2014. UNICEF Statistical Update 2015. Table 6: Protection, care and support for children affected by HIV and AIDS in low- and middle-income countries: Percentage of children whose households received external support. <http://data.unicef.org/hiv-aids/care-support.html>
58. UNAIDS 2014 child-level estimates not published
59. 2010. WHO Global Health Observatory Data Repository. Density per 1000 Data by country <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444>
60. 2009. WHO Global Health Observatory Data Repository. Density per 1000 Data by country <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444>
61. WHO Global Health Observatory Data Repository. Density per 1000 Data by country <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444>
62. 2016. The national office on family and population has issued a training module on SRH and HIV in 2012. Manuel de référence en santé de la reproduction, ONFP 2014. Correspondence with UNFPA Country Office Tunisia, June 2016
63. 2016. Correspondence with UNFPA Country Office Tunisia, October 2016
64. 2016. The national board on family and population and primary care department offers supervision on both SRH and HIV services. Correspondence with UNFPA Country Office Tunisia, October 2016
65. 2016. Correspondence with UNFPA Country Office Tunisia, October 2016
66. 2016. Correspondence with UNFPA Country Office Tunisia, October 2016
67. 2016. Correspondence with UNFPA Country Office Tunisia, October 2016
68. 2016. Correspondence with UNFPA Country Office Tunisia, October 2016
69. 2014. Cadre de suivi d'accès universel à la SSR en tunisie, ONFP, UNFPA, 2014
70. 2014. WHO Universal Access
71. Indicator: Proportion of primary healthcare public sector facilities that reported having any one of five drugs considered essential for STI management out of stock during the month of the survey (metronidazole, ciprofloxacin, erythromycin, doxycyline, benzathine-penicillin)
72. 2016. Communication with UNFPA Country Office Tunisia, June 2016
73. 2016. Communication with UNFPA Country Office Tunisia, June 2016
74. World Bank, WDI. Statistical Capacity Index <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=Statistical-capacity-indicators#>
75. 2011. WHO Global Health Observatory Data Repository. Testing and counselling facilities, data by country <http://apps.who.int/gho/data/node.main.625TC?lang=en>
76. 2014. Cadre de suivi d'accès universel à la SSR en tunisie, ONFP, UNFPA, 2014
77. GNP+, ICW, IPPF, UNAIDS, UNFPA, WHO and Young Positives (2009). Rapid Assessment Tool for Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages: a generic guide. <http://srhhivlinkages.org/rapidassessment-tool/>
78. 2011. IPPF, UNAIDS, UNFPA, WHO (2011). Rapid assessment of sexual and reproductive health and HIV linkages: Tunisia http://srhhivlinkages.org/wp-content/uploads/2013/04/rastunisia_2011_web_en.pdf
79. 2012-2013. National Commitments and Policy Instrument (GARPR)
80. 2012-2013. National Commitments and Policy Instrument (GARPR)

81. UNAIDS (2011). Countdown to zero. Global plan for the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. <http://bit.ly/2eeqr3x>
82. 2015. GARPR
83. UNAIDS 2014 child-level estimates not published
84. 2011-2012. Multiple Indicator Cluster Survey 2011-2012 – from UNICEF 2015 – <http://data.unicef.org/maternal-health/antenatal-care.html> - Antenatal care coverage - at least one visit with skilled health personnel.
85. 2011-2012. Multiple Indicator Cluster Survey 2011-2012 – from UNICEF 2015 – <http://data.unicef.org/maternal-health/antenatal-care.html> - Antenatal care coverage - at least four visits.
86. Indicator: Percentage of pregnant women attending antenatal care (ANC) whose male partner was tested for HIV in the last 12 months. WHO Universal Access Indicator 3.5
87. 2014. UNAIDS 2014 estimates
88. 2014. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2014. New York: United Nations. http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/data/Table_Model-based_estimates_Countries_Run20140520.xls
89. 2014. Programme National de Lutte contre le sida et les MST (2014). Rapport d'Activite sur la Riposte au SIDA - Tunisie. <http://bit.ly/2fmAbuU>
90. UNAIDS 2014 estimates not published
91. UNAIDS 2014 estimates not published
92. UNAIDS 2014 child-level estimates not published
93. 2013. Programme National de Lutte contre le sida et les MST (2014). Rapport d'Activite sur la Riposte au SIDA - Tunisie. <http://bit.ly/2fmAbuU>
94. 2011-2012. Multiple Indicator Cluster Survey 2011-2012 – from UNICEF 2015 - <http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html> - Skilled attendant at birth.
95. Indicator: Percentage of total demand for family planning among married or in-union women living with HIV aged 15 to 49 that is satisfied with modern methods (modern contraceptive prevalence divided by total demand for family planning)
96. WHO (2007). Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en>
97. WHO (2014). Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505888/en>
98. 2014. Rapport d'activite de CSB
99. Indicator: Percentage of women accessing antenatal care services who were tested for syphilis at first antenatal care visit. WHO Global Health Observatory data repository. Antenatal care (ANC) attendees tested for syphilis at first ANC visit. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.23610>
100. Indicator: Percentage of antenatal care attendees who tested positive for syphilis. WHO Global Health Observatory data repository. Antenatal care attendees who were positive for syphilis. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.23620>
101. Indicator: Percentage of antenatal care attendees positive for syphilis who received treatment. WHO Global Health Observatory data repository. Antenatal care attendees positive for syphilis who received treatment (%). <http://apps.who.int/gho/data/view.main.A1362STlv>
102. Indicator: Median age at first sexual intercourse: Women 20-24
103. Indicator: Percentage of adolescents (aged 15–19) who reported having sexual intercourse with more than one partner in the last 12 months. UNICEF global databases, 2014, based on DHS, MICS and other national surveys, 2006–2014. <http://www.childrenandaids.org/> Data refer to most recent year available
104. Indicator: Percentage of adolescents (aged 15–19) who reported having sexual intercourse with more than one partner in the last 12 months and who reported the use of a condom during their last sexual intercourse. UNICEF global databases, 2014, based on DHS, MICS and other national surveys, 2006–2014. <http://www.childrenandaids.org/> Data refer to most recent year available.
105. 2014. Programme National de Lutte contre le sida et les MST (2014). Rapport d'Activite sur la Riposte au SIDA - Tunisie. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/TUN_narrative_report_2014.pdf
106. Indicator: Unmet need for contraception among women aged 15-49, married or in union
107. 2012. MICS 4
108. Indicator: Percent of recent births to mothers <20 that were unplanned
- 108a. Indicator: Percentage of currently married women age 15-49 who usually make specific decisions either by themselves or jointly with their husband on their own health care
109. 2014. Youth population and employment in MENA, opportunities or challenges. Farzenah Roudi, 2011
110. UNAIDS 2014 estimates not published
111. 2014. UNAIDS 2014 estimates
112. Indicator: Percentage of adolescents (aged 15–19) who have been tested for HIV in the last 12 months and received the result of their most recent test. Female. UNICEF global databases, 2014, based on DHS, MICS and other national surveys, 2010–2014. <http://www.childrenandaids.org/> Data refer to most recent year available.
113. 2014. UNAIDS 2014 estimates
114. UNAIDS 2014 estimates not published
115. Indicator: % of women aged 15–19 who have heard of family planning on any of three sources (radio, television or newspaper)
116. 2014. Programme National de Lutte contre le sida et les MST (2014). Rapport d'Activite sur la Riposte au SIDA - Tunisie. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/TUN_narrative_report_2014.pdf
117. Indicator: Percentage of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year.
118. 2013. UNAIDS GARPR
119. 2013. UNAIDS GARPR
120. 2013. UNAIDS GARPR
121. Indicator: Transgender people population size estimate
122. 2014. UNAIDS GARPR
123. 2014. UNAIDS GARPR
124. 2014. UNAIDS GARPR
125. Indicator: Percentage of transgender people who are living with HIV.
126. 2014. UNAIDS GARPR
127. 2014. UNAIDS GARPR
128. 2014. UNAIDS GARPR
129. Indicator: Percentage of transgender people who received an HIV test in the past 12 months and know their results.
130. 2014. UNAIDS GARPR
131. 2014. UNAIDS GARPR
132. 2014. UNAIDS GARPR
133. Indicator: Percentage of transgender people reporting the use of a condom the last time they had sexual intercourse

Groupe de travail inter-institutions sur les liens établis entre la SSR et le VIH

Le groupe de travail inter-agences sur les liens établis entre la santé sexuelle et reproductive (SSR) et le VIH est convoqué par le UNFPA, l'OMS et la Fédération internationale pour la planification familiale (International Planned Parenthood Federation, IPPF) et collabore avec plus de 20 organisations afin de :

- défendre un engagement politique pour des programmes faisant le lien entre la SSR et le VIH ;
- soutenir les actions nationales pour renforcer les liens entre la SSR et le VIH au niveau politique, des systèmes et de la prestation de services ; et
- acquérir une compréhension mutuelle des liens entre la SSR et le VIH en créant une base de preuves, en partageant les recherches, les bonnes pratiques et les enseignements tirés.

Accomplissements principaux depuis 2004



Pour en savoir plus

Visitez <http://srhivlinkages.org> -

un ensemble de ressources sur les liens établis entre la SDR et le VIH. Pour obtenir la liste des membres actuels du GTII sur les liens entre la SDR et le VIH, veuillez visiter <http://bit.ly/1kzQDWB>

Clause de non-responsabilité : Toutes les précautions raisonnables de vérification des informations contenues dans cette publication ont été prises par les éditeurs. Toutefois, le document publié est distribué sans garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite. Le lecteur est seul responsable de l'interprétation et de l'utilisation de ce document. En aucun cas, le GTI sur les liens entre la SSR et le VIH ou toute autre organisation dont le logo apparaît sur ce document, ne pourra être tenu responsable des dommages résultant de l'utilisation de cette publication. Cette publication ne reflète pas nécessairement les décisions du GTI sur les liens entre la SSR et le VIH, ni celles de toute autre organisation dont le logo apparaît sur le présent document.

