

La situation des personnes vivant avec le VIH en Tunisie

Préparé par Dgachi Mohamed Amine

Tunisie — 2026

Résumé exécutif

La Tunisie compte environ **8 000 personnes vivant avec le VIH** en 2023 ^a, dont seulement **29 %** connaissent leur statut sérologique et **2 236** bénéficient d'un traitement antirétroviral (26 %) ^b. Malgré un cadre institutionnel établi et l'accès gratuit aux antirétroviraux dans quatre centres hospitaliers publics, la riposte nationale se heurte à des obstacles structurels majeurs : **centralisation géographique** des soins, **stigmatisation** persistante, **cadre juridique punitif** à l'égard des populations clés, et **dépendance financière** aux bailleurs de fonds internationaux.

1 Introduction

La situation des personnes vivant avec le VIH en Tunisie s'inscrit dans une évolution historique des politiques de santé publique depuis l'apparition du virus dans les années 1980. D'abord centrée sur une prise en charge médicale centralisée, la réponse nationale a progressivement intégré la prévention, le dépistage et l'accès gratuit aux traitements antirétroviraux. Malgré ces avancées, des défis persistent, notamment en matière de dépistage, de stigmatisation et d'accès aux populations clés. Ce policy brief propose de revenir sur cette évolution afin d'analyser les enjeux actuels et les perspectives d'amélioration des politiques publiques.

^a. Rihab Boukhatia, « VIH en Tunisie : La maladie de toutes les exclusions », *Nawaat*, 1^{er} décembre 2023.

^b. Monia Ben Hamadi, « En Tunisie, une inquiétante hausse des cas de contamination au VIH », *Le Monde*, 8 mars 2024.

1 Analyse des défis

2.1. Déficit de diagnostic : le « gap » des non-diagnostiqués

Le défi le plus aigu de la riposte tunisienne reste l'écart considérable entre le nombre estimé de PVVIH et celles qui connaissent leur statut. Avec un taux de diagnostic d'environ **29 %**, la Tunisie se situe très en-deçà de la cible mondiale des **95 %** fixée par l'ONUSIDA¹. Plus de **5 000 personnes** ignorent leur infection et peuvent transmettre le virus sans le savoir.

Les facteurs explicatifs de ce déficit diagnostique sont multiples :

- **Stigmatisation sociale** : une large partie de la population hésite à se faire tester volontairement par crainte du rejet familial, professionnel et social.
- **Accessibilité géographique insuffisante** : les centres de dépistage et de conseils anonymes et gratuits (CCDAG) restent concentrés dans le Grand Tunis et sont en nombre insuffisant.
- **Peur des poursuites légales** : les populations les plus vulnérables (travailleurs du sexe, HSH, usagers de drogues injectables) évitent les structures de santé par crainte de poursuites judiciaires.
- **Déficit de communication** : absence de campagnes adaptées aux populations clés dans les régions de l'intérieur et du sud du pays.

2.2. Centralisation des soins et inégalités géographiques

Le traitement antirétroviral n'est actuellement dispensé que dans **quatre centres hospitaliers publics** : l'Hôpital La Rabta (Tunis), l'Hôpital Farhat Hached (Sousse), l'Hôpital Hédi Chaker (Sfax) et l'Hôpital Fattouma Bourguiba (Monastir). L'Hôpital La Rabta accueille à lui seul environ **deux tiers** des personnes sous traitement².

- Les régions du centre, du nord-ouest et du sud — représentant plus de **40 %** de la superficie nationale — sont dépourvues de tout centre de traitement.
- Les patients éloignés subissent des déplacements répétés et coûteux, favorisant les abandons de traitement (« perdus de vue »).
- L'unité spécialisée annoncée dans le centre du pays n'est pas encore opérationnelle.

2.3. Cadre juridique punitif et criminalisation des populations clés

Le cadre légal tunisien constitue un obstacle structurel majeur. La prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) est estimée à **9,1 %**, soit un taux dix fois supérieur à celui de la population adulte générale (<1 %). La criminalisation des relations entre personnes de même sexe (article 230 du Code pénal) et du travail du sexe crée un environnement de méfiance envers les services de santé³.

Cette pénalisation engendre plusieurs conséquences :

- Les populations criminalisées ne peuvent pas accéder en toute sécurité aux services de prévention et de dépistage.

1. Carlotta Poirier, « VIH en Tunisie : quand le silence nourrit l'épidémie », *Inkyfada*, 4 décembre 2024.

2. Zeïneb Boughzou, « Vivre avec le VIH : la galère du traitement en Tunisie », *Inkyfada*, 1^{er} décembre 2021.

3. Marta Luceño Moreno, « Continuation, imbrications et écarts : liens entre la défense des droits LGBTQI+ et la lutte contre le VIH/sida en Tunisie », dans *L'Année du Maghreb*, n°25, 2021.

- Certaines PVVIH ont interrompu leur traitement en raison de la stigmatisation subie au contact du personnel soignant.
- Absence de programme structuré de réduction de la stigmatisation au sein des forces de l'ordre et du secteur judiciaire.

2.4. Dépendance aux financements extérieurs et fragilité institutionnelle

La riposte nationale repose largement sur le soutien du **Fonds Mondial** et de l'**ONUSIDA**. Cette dépendance fragilise la pérennité des programmes :

- Faible capacité de gestion financière et de suivi-évaluation au niveau national.
- Organisations de la société civile très actives mais dépendantes des subventions externes.
- Inadéquation des mécanismes d'approvisionnement en produits de santé (ruptures de stock de réactifs de dépistage signalées)⁴.
- Absence de ligne budgétaire dédiée et suffisante dans le budget national de la santé.

2.5. Populations vulnérables spécifiques sous-services

- **Usagers de drogues injectables (UDI)** : 45 % des UDI testés lors des campagnes de l'ATIOST sont porteurs du VIH. Aucun centre de substitution aux opiacés ni programme structuré d'échange de seringues n'existe à l'échelle nationale.
- **Femmes et filles** : double vulnérabilité médicale et sociale — violences basées sur le genre, stigmatisation accrue, dépendance économique⁵.
- **Enfants** : le faible nombre d'enfants sous traitement s'explique par un dépistage insuffisant chez certaines femmes enceintes et l'absence de tests systématiques chez certains nourrissons exposés, notamment depuis la baisse des consultations prénatales⁶.
- **Migrants** : ils représentent une fraction croissante des nouveaux cas — 200 sur 415 en 2024 — sans cadre de prise en charge dédié⁷.

1 Alternatives aux politiques publiques actuelles

3.1. Alternative 1 — Décentralisation et intégration dans les soins primaires

Intégration progressive du dépistage et du suivi des PVVIH stables au niveau des **Centres de Santé de Base (CSB)**, avec maintien des hôpitaux de référence pour les cas complexes.

- Rapprochement des services ; réduction des coûts de transport.
- Amélioration de l'adhérence au traitement.

3.2. Alternative 2 — Approche communautaire et services « hors les murs »

Déploiement d'unités mobiles de dépistage et de traitement animées par les organisations communautaires, ciblant les populations clés dans leurs espaces de vie :

4. Zeïneb Boughzou, *op. cit.*

5. FSJPST, UNFPA et OIM, *Étude sur les liens entre le VIH et les violences basées sur le genre*, Tunis, 2023.

6. *La Presse de Tunisie*, « Santé : renforcer la sensibilisation à l'importance du suivi sécurisé de la grossesse », 19 mai 2026.

7. « Tunisie : 7 700 cas de SIDA attendus en 2025 », *La Presse de Tunisie*, 1^{er} décembre 2025.

- Dépistage communautaire autogéré (DCA) par les pairs , lever la peur du jugement et élargir l'accès aux soins.
- Des caravanes médicales pour les zones rurales et périurbaines.
- Programmes d'accompagnement par des *navigateurs patients*⁸ issus des communautés.

Cette approche, validée par l'OMS, permettrait d'atteindre des populations ne fréquentant pas les structures de santé conventionnelles.

3.3. Alternative 3 — Réforme du cadre juridique

Engagement d'un processus de réforme législative et judiciaire visant à lever les obstacles légaux à l'accès aux soins des populations clés :

- Adoption d'une loi spécifique sur le VIH garantissant la confidentialité, la non-discrimination dans l'emploi et l'accès universel aux soins.
- Circulaire ministérielle interdisant tout refus de soins fondé sur le statut sérologique ou l'orientation sexuelle.
- Formation pour les avocats et magistrats sur les droits des PVVIH.
- Formation pour les forces de police⁹, notamment à la suite de constats de pratiques dissuasives concernant l'usage du préservatif (Des cas ont été signalés dans lesquels la possession de préservatifs a été utilisée par les autorités policières comme élément justifiant des interpellations, au motif présumé d'atteintes aux bonnes mœurs).

3.4. Alternative 4 — Financement national durable

Développement d'une stratégie de transition financière substituant progressivement les financements extérieurs par des allocations budgétaires nationales :

- Création d'une ligne budgétaire nationale dédiée au VIH/SIDA dans la Loi de Finances.
- Mécanisme de cofinancement avec la CNAM pour l'intégration du suivi VIH dans le paquet de prestations de base.

1Recommandations

Les recommandations suivantes sont classées par horizon temporel et par niveau de priorité.

R1.

Accélérer l'ouverture du centre de traitement dans le centre du pays. Mobiliser les ressources pour rendre opérationnel avant fin 2025 le centre VIH annoncé, en priorité dans le gouvernorat de Kairouan ou de Sidi Bouzid.

R2.

Lancer une campagne nationale de dépistage ciblée. Organiser d'ici décembre

8. Initiative où des personnes vivant avec le virus (ou issues des populations clés) sont formées pour accompagner d'autres patients.

9. Sana Sboui, « VIH en Tunisie : Une plus large population touchée », *Nawaat*, 21 juillet 2012.

2026 une campagne dans les huit gouvernorats à plus haute prévalence estimée, avec recours au dépistage rapide et aux auto-tests distribués via les pharmacies et les OSC.

R3.

Émettre une circulaire ministérielle de non-discrimination dans les soins. Interdire formellement tout refus ou mauvais traitement des PVVIH dans les établissements de santé, avec mécanisme de signalement et de sanction disciplinaire.

R4.

Renforcer la chaîne d'approvisionnement en ARV. Auditer les stocks aux quatre centres de référence, négocier des accords-cadres pluriannuels avec les fournisseurs et constituer un stock de sécurité de six mois minimum.

Moyen terme (1–3 ans) — Réformes structurelles

R5.

Intégrer l'éducation complète à la sexualité dans les programmes scolaires ^a.

R6.

Décentraliser la dispensation des ARV vers les CSB (programme pilote). Expérimenter dans trois gouvernorats pilotes (Kasserine, Jendouba, Médenine) un modèle de suivi décentralisé : prescriptions hospitalières, dispensation en CSB, téléconsultation trimestrielle avec le centre de référence.

R7.

Adopter une loi nationale spécifique sur le VIH. Engager un processus participatif incluant OSC, juristes et Parlement pour l'adoption d'une loi garantissant : confidentialité du statut, non-discrimination dans l'emploi et le logement, accès universel au dépistage et au traitement.

R8.

Intégrer la réduction des risques dans la politique des drogues. En coordination avec les Ministères de l'Intérieur et des Affaires Sociales, déployer des programmes structurés de réduction des risques (échange de seringues, traitement de substitution aux opiacés) pour les UDI dont la prévalence VIH dépasse 45 %.

R9.

Développer le dépistage prénatal systématique et la PTME. Atteindre 100 % de couverture du dépistage VIH lors des consultations prénatales dans tous les CSB, et renforcer le protocole de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) pour éliminer les nouvelles infections néonatalogiques.

^a. Rihab Boukhayatia, « Éducation sexuelle en Tunisie : le ministère sur un terrain glissant », *Nawaat*, 11 février 2020.

Long terme (3–5 ans) — Durabilité et objectif 95-95-95

R10.

Créer une ligne budgétaire nationale dédiée au VIH dans la Loi de Finances 2026. Inscrire dans le budget de l'État une allocation annuelle couvrant au minimum les ARV et les réactifs de dépistage, avec trajectoire de montée en charge pour assurer l'indépendance vis-à-vis du Fonds Mondial d'ici 2030.

R11.

Mettre en place un système national de surveillance et d'évaluation intégré. Développer un registre électronique national des PVVIH (respectant la confidentialité), permettant le suivi en temps réel de la cascade de soins (diagnostic — mise sous traitement — rétention — suppression virale).

Réf.	Recommandation	Horizon	Priorité
R1	Centre de traitement — centre du pays	Court terme	Haute
R2	Campagne nationale de dépistage ciblée	Court terme	Haute
R3	Circulaire anti-discrimination dans les soins	Court terme	Haute
R4	Renforcement chaîne d'approvisionnement ARV	Court terme	Haute
R5	Éducation sexuelle dans les programmes scolaires	Moyen terme	Moyenne
R6	Décentralisation ARV vers les CSB (pilote)	Moyen terme	Haute
R7	Loi nationale spécifique sur le VIH	Moyen terme	Moyenne
R8	Réduction des risques pour les UDI	Moyen terme	Haute
R9	Dépistage prénatal systématique et PTME	Moyen terme	Haute
R10	Ligne budgétaire nationale VIH/SIDA	Long terme	Moyenne
R11	Système national de surveillance intégré	Long terme	Moyenne