SAUVER
DES VIES
CHANGER
LES VIES

WFP
Programme
Alimentaire
Mondial

Evaluation de la sécurité alimentaire et nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH en Tunisie

Rapport
d'étude
2021

ballooons.tn

Evaluation de la sécurité alimentaire et nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH en Tunisie

WFP
Programme Alimentaire Mondial

Table des Matières

Liste des Tableaux

Liste des Figures

Remerciements

Les résultats de l'évaluation de la sécurité alimentaire des personnes vivant avec le VIH en Tunisie présentés dans ce rapport n'auraient pu voir le jour sans les multiples contributions de diverses personnes et partenaires impliqués dans les phases de préparation de l'enquête, de collecte et d'analyse des données, ainsi que de la rédaction du présent rapport.
Nous sommes très reconnaissants au programme national de lutte contre le sida qui, à travers les services de prise en charge des quatre centres hospitalouniversitaires, ont appuyé la réalisation de cette enquête.

Notre reconnaissance est étendue au coordinateur de l'étude, aux enquêteurs qui ont travaillé dans des conditions extrêmement difficiles en raison de la pandémie du COVID-19, aux ONG partenaires qui ont facilité l'accès aux participants manquant le traitement à l'étude ainsi qu'aux personnes vivant avec le VIH qui ont participé à cette étude.

Cette étude n'aurait pas pu être mise en œuvre sans la participation active du chef du bureau pays du PAM en Tunisie et l'octroi des fonds du Bureau régional de l'ONUSIDA pour entreprendre cette étude. Nous sommes aussi reconnaissants aux collègues du bureau régional du PAM au Caire, ainsi qu'aux collègues du bureau du PAM Tunisie notamment le chef du programme, les collègues de la section Nutrition, Monitoring & Évaluation et toute l'équipe finance qui ont participé activement à toutes les phases de cette étude. Un spécial remerciement à la section Nutrition du bureau régional du Caire pour son soutien continu et sa persévérance pendant toutes les phases de préparation, de collecte de données et de présentation des résultats.

Nos remerciements s'adressent également à tous les membres du Comité de pilotage de cette étude, y compris le chef du service des maladies infectieuses de l'hôpital universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, pour sa précieuse collaboration et son soutien continu, le responsable du programme national de lutte contre le sida pour la coordination avec les centres de traitement et la collecte de données, le directeur pays de l'ONUSIDA de Tunisie pour ses précieux conseils, le chef de service d'études et de planification à l'Institut National de la Nutrition et de la Technologie Alimentaire de Tunis pour son appui, le chef du service des maladies infectieuses à l'hôpital universitaire de La Rabta de Tunis pour tous ses encouragements et le représentant du Ministère des Affaires Sociales pour le rôle de son ministère dans le renforcement des programmes de protection sociale sensibles au VIH.

Abréviations et Acronymes

ARV	Antirétroviraux
ATP+	Association Tunisienne de prévention positive
ATSR	Association Tunisienne de la santé reproductive
CCSC	Communication pour changement social et comportemental
CD4	Glycoprotéine exprimée à la surface des Lymphocyte T CD4+
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CSB	Centre de Santé de Base
DSSB	Direction de soins et santé de base
FEFA	Femmes enceintes et femmes allaitantes
HCR	Haut-Commissariat pour les refugiés
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IMC	Indice de masse corporelle
ISA	Indice de stratégie d'adaptation
ISAr	Indice de stratégie d'adaptation, réduit
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MENA	Middle East and North Africa
MoDa	Mobile operational Data Acquisition
OIT	Organisation internationale de travail
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme des Nations Unies sur le VIH/Sida
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre brachial
PDA	Part des dépenses alimentaires
PNLS/MST	Programme National de Lutte contre le Sida et Maladies Sexuellement transmissibles
PSN	Plan Stratégique National
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
BRC	Bureau Régionale du Caire
SCA	Score de consommation alimentaire
SCA-N	Score de consommation alimentaire- Nutrition
SDA-Femme	Score de diversité alimentaire - Femme
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
TAR	Traitement anti rétroviraux
TS	Travailleurs du Sexe
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
UDI	Utilisateur de drogues injectables

RESUME EXECUTIF

Le but de l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la nutrition est de fournir des informations de base sur la sécurité alimentaire et le profil de l'état nutritionnel des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Tunisie. Les résultats aideront le gouvernement et tous les partenaires à développer des interventions efficaces de sécurité alimentaire et de nutrition pour les PVVIH, dans le cadre d'une réponse globale et multisectorielle au VIH. Les résultats visent également à aider le gouvernement à constituer une base de données factuelles, à fournir un soutien politique pour la protection sociale sensible au VIH et un soutien technique au gouvernement et aux partenaires nationaux pour répondre aux besoins de la sécurité alimentaire et nutritionnelle des PVVIH.

Les données du Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA[1] (ONUSIDA) montrent que le nombre de personnes vivant avec le VIH en Tunisie a presque doublé l'année dernière avec 6500 cas enregistrés en 2019 contre seulement 2997 cas enregistrés en 2018.
En réponse au manque de données sur la malnutrition et l'insécurité alimentaire chez les PVVIH en Tunisie, le PAM et le gouvernement tunisien ont mené une évaluation, à l'échelle des districts, sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle et sur la vulnérabilité des PVVIH.

Cette évaluation a intéressé 986 PVVIH répartis dans quatre districts en Tunisie. 647 PVVIH adhérant au traitement ont été atteints à travers les quatre centres de santé fournissant le traitement antirétroviral tandis que 339 PVVIH manquant de traitement ont été aussi atteints grâce à la technique boule de neige avec des ONG partenaires, et les enquêteurs de l'étude servant de clés d'accès à ce groupe.
Les résultats de l'évaluation montrent que l'insécurité alimentaire des PVVIH en Tunisie a atteint 39% avec des écarts de consommation alimentaire significatifs à extrêmes. 30% de PVVIH recourent à la pratique de stratégies d'adaptation telles que le recours à la mendicité, la participation à des activités illégales et le sans-abrisme pour répondre à leurs besoins alimentaires. 52% des ménages PVVIH sont endettés et 58% au chômage, déclarant que la nourriture est la principale dépense du ménage.
L'insécurité alimentaire est plus élevée parmi les PVVIH les plus pauvres.

Une mauvaise adhésion au traitement antirétroviral (TAR) est fortement liée à la pauvreté et à l'insécurité alimentaire. L'insécurité alimentaire est presque le double chez ceux qui manquent le TAR par rapport à ceux qui y adhèrent (57% contre 30%, respectivement).
Les PVVIH qui manquent le TAR appartiennent généralement au quintile le plus pauvre, ce qui indique le statut de vulnérabilité de ce groupe.
L'aide alimentaire et nutritionnelle est cruciale sous forme de services de santé et de protection sociale afin de faciliter l'adoption des interventions de conseil, de dépistage, de traitement et de prévention du VIH.
81% des PVVIH reçoivent un traitement antirétroviral et un dépistage du VIH gratuits à travers le gouvernement. Cependant, l'évaluation montre la faible réponse de la protection sociale avec seulement 3,7% des PVVIH reçevant une aide en espèces, 21,8% reçoivent des bons alimentaires et 8,4% reçoivent une éducation sanitaire et nutritionnelle.
Travailler avec le gouvernement sur la riposte nationale au VIH et les plans de protection sociale et les activités de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) sont des points d'entrée viables pour la Tunisie pour assurer l'inclusion des PVVIH dans le système national de protection sociale. Soixante dix pourcent des répondants classent le logement, le soutien psychosocial, la qualité des aliments, la quantité de nourriture et les médicaments comme premiers besoins non satisfaits.
Cette enquête a montrée que 75% des PVVIH considéraient que l'aide en espèces est le type

1 UNAIDS 2019 data https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries.tunisia

d'assistance le plus approprié pour répondre à leurs besoins contre 13% qui ont préféré des bons alimentaires.
La prévalence du surpoids et de l'obésité est de 31% parmi les PVVIH et les risques sont accrus quand ils sont associés aux maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et le cancer.
L'obésité est significativement plus élevée chez les femmes, 13% des participantes étant obèses contre seulement 3% de leurs homologues masculins.
Le surpoids et l'obésité étaient le double chez les personnes adhérant au TAR par rapport à celles manquant de traitement. Cette évaluation a également révélé que 29% des PVVIH enceintes et allaitantes souffrent de dénutrition.

L'évaluation a examiné les modèles de consommation alimentaire, la diversité alimentaire des femmes et les préférences alimentaires spécifiques. Plus de la moitié de tous les ménages ont eu recours à une baisse de la qualité des aliments, à une réduction de la portion par repas et à une réduction du nombre de repas par jour pendant une moyenne de 3 jours par semaine.

Les résultats de l'évaluation qualitative montrent la stigmatisation, la discrimination, les problèmes de santé mentale, le manque de soins et de traitements médicaux et d'assistance alimentaire. Les résultats qualitatifs mettent l'accent sur l'état de santé mentale fragile des PVVIH ainsi que sur la discrimination dont ils souffrent sur le lieu de travail, dans les établissements de santé et au sein de leur propre famille.

L'évaluation recommande de renforcer les systèmes nationaux de santé et de protection sociale, les institutions, les capacités techniques et les programmes pour protéger et améliorer l'accès à la nourriture et améliorer les résultats nutritionnels des PVVIH. La création de liens de protection sociale et de renforcement des moyens de subsistance pour les PVVIH dans le traitement et l'absence de traitement nécessite un soutien supplémentaire.

Le renforcement du système de protection sociale des PVVIH vulnérables par le gouvernement peut aider à atténuer les impacts sociaux et économiques significatifs des ménages et des individus PVVIH.
Les interventions combinées de protection sociale ciblant les PVVIH ont des avantages pour la prévention, le traitement et l'observance du VIH et ont des résultats positifs directs.
En aidant le gouvernement à concevoir et à mettre en œuvre des programmes axés sur les modalités de transfert, les canaux de distribution favoriseront l'autonomisation économique, l'adhésion au traitement et réduiront les mécanismes d'adaptation négatifs.
Le PAM demande au gouvernement, à l'ONUSIDA et aux partenaires de plaider en faveur d'une assistance sous forme de vivres, d'espèces ou de bons afin de prévenir la détérioration du bien-être des individus et des ménages, permettant ainsi l'accès et l'observance du traitement.

L'amélioration du score de consommation alimentaire nécessite la consommation d'au moins 5 à 7 groupes d'aliments. Un apport alimentaire adéquat et une absorption de macro et micronutriments sont essentiels pour des résultats thérapeutiques efficaces.

En outre, les stratégies de Communication par le Changement Social et Comportemental (CCSC) pourraient se concentrer sur des pratiques diététiques et nutritionnelles appropriées pour les PVVIH en mettant l'accent sur une alimentation équilibrée avec un apport adéquat en énergie, en protéines et en micronutriments.

Les PVVIH devraient recevoir des informations sur les différents groupes d'aliments et des mesures comportementales devraient être prises pour s'assurer que les groupes d'aliments riches en protéines ont la priorité dans leur consommation quotidienne.

Fournir des conseils nutritionnels adéquats aux PVVIH sur la consommation d'une alimentation

saine et équilibrée est vital pour leur santé et leur survie, en se concentrant sur une alimentation équilibrée avec un apport adéquat en énergie et en micronutriments.Il est recommandé d'intégrer la prévention du surpoids et de l'obésité des PVVIH dans les programmes nationaux de nutrition-santé. Une attention particulière devrait être accordée aux femmes enceintes vivant avec le VIH. Elles devraient être prioritaires pour l'évaluation nutritionnelle, les conseils et le soutien, car elles ont enregistré une forte prévalence de la sous-nutrition.

Avec ces preuves et recommandations, le PAM peut travailler avec le gouvernement et les partenaires pour lutter contre l'épidémie du VIH, en garantissant une consommation alimentaire adéquate, un accès accru aux moyens de subsistance grâce aux systèmes de protection sociale, ainsi qu'une réduction des mécanismes d'adaptation négatifs et des activités de soins et de protection accrues pour la santé et pour le développement du capital physique et humain en Tunisie.

CHAPITRE 1

Introduction et Méthodologie

Contexte

La sécurité alimentaire et la nutrition sont essentielles pour les individus, les ménages et les communautés touchés par le VIH et le sida. L'insécurité alimentaire et nutritionnelle est à l'origine de l'épidémie du VIH et du SIDA qui multiplie les risques et les vulnérabilités liés au VIH tout en aggravant l'impact socio-économique sur les indivudus et les ménages. Un mauvais état nutritionnel et un manque de sécurité alimentaire pourraient accélérer la progression vers les maladies liées au VIH et au SIDA et affaiblir l'observance et la réponse au traitement antirétroviral. Par conséquent, un apport alimentaire et une absorption adéquate des nutriments sont essentiels pour des résultats de traitement efficaces du VIH et du SIDA. De plus en plus de preuves établissent un lien entre la sécurité alimentaire et la nutrition et l'amélioration des comportements de santé, l'observance du traitement et la réduction de la morbidité et de la mortalité.

Garantir un état nutritionnel et une sécurité alimentaire optimale aux plus vulnérables d'une population, y compris les personnes vivant avec le VIH, est essentiel pour parvenir à l'objectif faim égale zéro.

Les PVVIH sont souvent marginalisées, exclues et laissées pour compte dans les politiques et programmes visant à soutenir les groupes de population les plus vulnérables. Les systèmes de protection sociale peuvent s'attaquer aux déterminants sociaux multiples et interdépendants du VIH et du sida, notamment la pauvreté, les inégalités de revenu et de genre, la stigmatisation et la discrimination, l'insécurité alimentaire et l'exclusion sociale.

Le PAM est l'une des 11 organisations co parrainantes du Programme commun des Nations Unies sur le VIH / sida. le PAM et le OIT ont mis en place, de maniere conjointe, un Task force inter agence des Nations Unies pour **le PVVIH sensible à la protection sociale**. Le PAM co-parraine l'équipe spéciale inter institutions sur la lutte contre le **VIH dans les situations d'urgences humanitaires**, avec le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR).

Le Programme alimentaire mondial (PAM) est l'organisme organisateur chargé de veiller à ce qu'un soutien alimentaire et nutritionnel adéquat soit intégré dans les systèmes de protection sociale et les urgences humanitaires. Le PAM veille à ce qu'une aide alimentaire, nutritionnelle et de protection sociale soit fournie aux personnes vivant avec le VIH et au sida et à leurs ménages pour favoriser l'observance du traitement, améliorer les apports et l'absorption des nutriments et assurer l'inclusion des groupes de population les plus marginalisés dans les systèmes de protection sociale.

L'épidémie du VIH et du sida dans la région du Moyen-Orient et en Afrique du Nord (MENA) continue de croître, avec une augmentation de 10% des nouvelles infections et une augmentation de 9% du nombre annuel de décès liés au sida entre 2010 et 2018 [2] La région MENA est caractérisée par une très faible couverture du dépistage du VIH et du traitement antirétroviral, de même que des lacunes dans la réalisation des objectifs mondiaux de l'ONUSIDA 90-90-90. Il existe de plus en plus de preuves convaincantes que la malnutrition aggrave les effets du VIH et accélère les maladies liées au sida chez les personnes vivant avec le VIH.

2 Source: UNAIDS 2019 estimates

Les preuves ont montré des liens importants entre l'amélioration du statut VIH, les résultats du sida et une bonne nutrition[3]. **Le VIH affaiblit le système immunitaire ainsi que l'apport, l'absorption et l'utilisation des nutriments**[4] .

- Les personnes vivant avec le VIH ont des besoins énergétiques de 10 à 30% plus élevés qu'un adulte en bonne santé sans VIH, et les enfants vivant avec le VIH de 50 à 100% plus élevés que les besoins normaux[5] . Une nutrition adéquate est essentielle pour préserver le système immunitaire, gérer les infections, améliorer la réponse au traitement, maintenir des niveaux sains d'activité physique et maintenir une qualité de vie optimale pour les PVVIH. En Tunisie, les chiffres de l'épidémie de VIH durant les 10 dernières années sont stupéfiants. Depuis 2000, les nouvelles infections au VIH ont augmenté de 22% et les décès liés au sida ont augmenté de 306%. **Le nombre de personnes vivant avec le VIH en Tunisie est estimé à 2 997**[6]. La Tunisie est confrontée à des problèmes de transition nutritionnelle, notamment des problèmes de carences en vitamines et minéraux et des problèmes de pléthore dont le surpoids et l'obésité. Les carences en micronutriments, y compris l'anémie ou la carence en fer, sont estimées à 28 % pour les enfants de moins de 5 ans et pour les femmes enceintes et allaitantes[7]. La population adulte tunisienne est confrontée au double fardeau de la malnutrition, 31,2% des femmes en âge de procréer souffrent d'anémie et 34,6% d'entre elles présentent une obésité contre 17,6% chez les hommes.
De même, 12,9% des femmes adultes souffrent de diabète, contre 12,1% des hommes[8].
Les interventions dans les domaines de la sécurité alimentaire, de la nutrition et de la protection sociale sont essentielles pour accroître l'accès et le respect des traitements antirétroviraux. Lier le continuum de soins aux systèmes de santé, aux systèmes alimentaires et aux systèmes de protection sociale garantit le bien-être des groupes vulnérables[9].
Par conséquent, les données et les preuves sur la sécurité alimentaire et l'état nutritionnel des personnes vivant avec le VIH en Tunisie doivent être documentées pour la planification d'interventions appropriées pour ce groupe vulnérable.

Objectifs

L'objectif principal de cette évaluation est de générer des preuves sur la situation de la sécurité alimentaire et de la nutrition des personnes vivant avec le VIH en Tunisie. Les preuves guideront la prise de décision sur les actions appropriées de nutrition et de sécurité alimentaire pour les PVVIH en Tunisie. Les objectifs spécifiques comprennent :

1 - Estimer la proportion de PVVIH en situation d'insécurité alimentaire en Tunisie.
2 - Déterminer la proportion de la malnutrition (dénutrition, surpoids et obésité) parmi les PVVIH en Tunisie.
3 - Évaluer le statut socio-économique de la population affectée par le VIH en Tunisie.
4 - Cartographier et identifier les lacunes des services de protection sociale et de l'assistance fournie à la population affectée par le VIH.
5 - Identifier les opportunités de modalités d'aide qui contribuent à la sécurité alimentaire des PVVIH en Tunisie.

Méthodologie Revue documentaire

Un examen approfondi et critique de la littérature disponible a été effectué aux premiers stades de cette étude.
L'examen a couvert les aspects de l'association entre l'insécurité alimentaire, la malnutrition et le VIH. Il a également couvert la situation épidémiologique du VIH et de la malnutrition en Tunisie. Les documents suivants, entre autres, ont été examinés à ce stade :

3 WFP, WHO and UNAIDS Guidance note on food and nutrition. Available Online.
4 Piwoz E, Preble E (2000). HIV/AIDS and nutrition: a review of the literature and recommendations for nutrional care and support in sub-Saharan Africa. United States Agency for Development; Semba RD, Tang AM (1999)
5 WH0 (2003). Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS. p. 1; Seume-Fosso E et al. (2004).
6 UNAIDS Tunisia Factsheet. Available Online.
7 Sources: UNICEF global databases Infant and Young Child Feeding, UNICEF/WHO/World Bank Group: Joint child malnutrition estimates, UNICEF/ WHO Low birthweight estimates, NCD Risk Factor Collaboration, WHO Global Health Observatory.
8 Sources: INSP, Tunisian Health Examination Survey 2019
9 Saskia de Pee, MW. Bloem (2014). Adherence to HIV and TB Care and Treatment, the Role of Food Security and Nutrition

- Plan stratégique national tunisien de lutte contre le VIH / SIDA (2018-2022) ainsi que l'ensemble des brochures et documents produits par le ministère de la Santé.
- Évaluations de la surveillance bio-comportementale.
- Tous les rapports d'études produits par les organisations de la société civile travaillant sur le VIH en Tunisie.
- Études nationales produites par le gouvernement tunisien, y compris les dernières enquêtes sur les ménages et qui concernent les revenus, les dépenses et la santé.
- Littérature académique sur le VIH-TAR et la sécurité alimentaire.

L'étude a été lancée le 16 mars 2020 lors d'une réunion des membres du comité de pilotage qui représentaient le ministère de la Santé, le ministère des Affaires Sociales, l'ONUSIDA, l'Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire, le consultant d'étude et l'équipe du PAM.

Évaluation quantitative

Le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH en Tunisie au cours de la conception de cette étude est de 2 997 [10,11] . Moins de la moitié de cette population est sous traitement [12] dans l'un des **quatre centres de maladies infectieuses du pays**. Cette étude a initialement atteint un échantillon de 1 003 PVVIH répondants, soit près d'un tiers de l'ensemble de la population PVVIH en Tunisie. Cependant, après traitement et nettoyage des données, le nombre final d'observations considérées était de **986 PVVIH**. La conception de l'étude fait la distinction entre deux groupes principaux de PVVIH qui ont été touchés par des approches différentes :

a. PVVIH sous traitement

Ce groupe a été atteint en utilisant une technique d'échantillonnage aléatoire stratifiée, chacun des quatre centres de traitement agissant comme une strate. La taille de l'échantillon a été calculée proportionnellement au nombre de PVVIH inscrits dans chaque centre pour assurer une représentation complète. Les listes des PVVIH enregistrées pour le traitement ont été obtenues auprès des chefs de centres et ont servi de base de sondage. Les répondants ont été sélectionnés au hasard à partir de ces listes et interrogés soit lors de visites de consultation tout au long de la semaine, soit le samedi lorsqu'ils se rendent dans les centres pour le rendez-vous hebdomadaire de prélèvement sanguin pour la charge virale et le test des CD4.

b. PVVIH manquant le traitement

Ce groupe a été rejoint en suivant une technique de boule de neige parmi les membres de la communauté informelle. Les ONG partenaires, les leaders communautaires de PVVIH, les éducateurs pairs et les enquêteurs (qui vivent eux-mêmes avec le VIH) ont servi de clés d'accès à la population de PVVIH qui n'adhère pas au TAR. La taille de l'échantillon a été calculée par rapport au nombre total de PVVIH manquant le traitement, quel que soit leur emplacement, car il n'y a pas d'autres informations sur la stratification de ce groupe difficile à atteindre. Les entretiens avec ce groupe se sont déroulés dans des cadres informels, notamment des cafés, des résidences et des bureaux locaux d'ONG.

Le tableau (1) présente le nombre de PVVIH sous traitement enregistrés dans chaque centre, le nombre de PVVIH manquant de traitement et le nombre de répondants atteints dans chaque catégorie / zone. Le questionnaire d'enquête est adapté de l'évaluation standard de la sécurité alimentaire du PAM, y compris des modules sur le score de consommation alimentaire, la diversité alimentaire des femmes, l'indice de stratégie d'adaptation et la part des dépenses alimentaires. La conception du questionnaire a eu lieu en mars 2020 par l'équipe du BRC du PAM, suivie d'une visite de terrain dans l'une des ONG locales et d'un entretien avec un groupe de 5 PVVIH pour adapter les modules de sécurité

10 https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/tunisia
11 Note thatdeclared number by MoH might be higher than SPECTRUM estimate
12 Nombre des PVVIH sous traitement procuré par le Ministère de la Santé

alimentaire au contexte tunisien et sensibiliser la langue du questionnaire au dialecte local. L'outil d'étude est fourni à l'annexe I de ce rapport. Au total, 16 enquêteurs ont été recrutés sur la base de leur expérience de terrain avec les membres de la communauté du VIH et de travaux de recherche similaires. Les recenseurs vivaient eux-mêmes avec le VIH pour réduire la sensibilité lors de la collecte des données. Des ateliers de formation ont été organisés dans les gouvernorats pour familiariser les agents recenseurs avec l'outil d'étude et les techniques de collecte de données numériques. La formation a également couvert les considérations éthiques, la confidentialité et les critères d'inclusion des participants à l'étude.
La formation des agents recenseurs a eu lieu du 20 au 27 juillet 2020, tandis que la collecte des données d'enquête s'est étendue du 28 juillet au 13 septembre 2020. La collecte de données était entièrement numérique en utilisant le système d'entreprise du PAM pour la collecte de données mobiles (MODA) sur les appareils Androïd.
La collecte de données numériques a amélioré la qualité des données, réduit le temps et les efforts requis pour le travail sur le terrain.
Elle a également permis d'afficher le questionnaire en français et en arabe. Les progrès du nombre de réponses obtenues ont été suivis quotidiennement par l'équipe BRC du PAM et le coordinateur de l'étude. L'analyse des données s'est étendue jusqu'à novembre 2020 à l'aide du logiciel STATA 15.0 pour l'analyse statistique.

Tableau 1 : Base de sondage et taille de l'échantillon

	PVVIH sous traitement		PVVIH manquant le traitement	
	Nombre des PVVIH enregistrés	Taille de l'échantillon	Nombre des PVVIH manquant le traitement	Taille de l'échantillon
Tunis	845	323		
Sousse	178	139		
Monastir	167	121		
Sfax	120	62	1,687	**339**
Autres	-	2		
Total	1,310	**647**		
Échantillon total				**986**

Évaluation qualitative

Des informations qualitatives ont été collectées pour compléter les informations issues de l'enquête. Au total, 8 groupes de discussion ont été organisés avec des populations clés de PVVIH. Le tableau (2) montre le nombre de groupes de discussion et de participants pour chaque population clés. La collecte de données qualitatives a suivi un guide d'entretien semi-structuré qui a été adapté en fonction du flux de discussion (le guide d'entretien est fourni à l'annexe II de ce rapport).
Les groupes de discussion ont porté sur des sujets tels que la stigmatisation au sein de la famille, la stigmatisation et la marginalisation au travail, la santé mentale et les services sociaux.
Chaque entretien de groupe de discussion a duré environ 60 à 90 minutes. La collecte et l'analyse des données qualitatives ont été repoussées au début de 2021.

Tableau 2 : Populations clés interviewées pour les informations qualitatives

Population	Nombre total des groupes/ participants	Localisation
Homme ayant Sexe avec Homme (HSH)	2 groupes (15 participants)	Tunis - Sousse - Monastir
Travailleurs du Sexe (TS)	1 groupe (8 participants)	Tunis
Migrants	2 groupes (17 participants)	Tunis
Injecteurs de Drogues (IDD)	2 groupes (14 participants)	Tunis
Femmes enceintes et allaitantes (FEFA)	1 groupe (6 participantes)	Tunis

Critères d'éligibilité et approbation éthique

Cette étude ciblait les personnes vivant avec le VIH et âgées de 18 ans ou plus. Pour éviter tout biais dans le statut de la sécurité alimentaire chez les PVVIH, l'étude n'a pas interrogé les répondants qui appartiennent au même ménage pour avoir la couverture la plus large possible de tous les ménages.

Le consentement éclairé a été obtenu de tous les participants à l'étude avant l'entrevue. Les répondants ont été assurés de leur droit au respect, à la dignité et à la confidentialité avant la collecte des données. La participation était volontaire et les répondants avaient le droit de se retirer à tout moment.
En plus de recruter des enquêteurs PVVIH pour réduire la sensibilité, ils ont été spécifiquement formés pour ne pas divulguer les données collectées lors des entretiens. Une fois qu'un questionnaire est soumis, l'enquêteur n'y a plus accès.

Aucun enquêteur n'avait accès aux questionnaires soumis par d'autres collègues. Les données collectées ont été stockées en toute sécurité sur un serveur sécurisé du PAM à des fins d'analyse sans nom. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir.

Limites de l'étude

- La collecte de données a été suspendue pendant près de 3 mois en raison du confinement et des restrictions de mouvement imposées par le gouvernement au début de l'épidémie de COVID-19.

- La formation des agents recenseurs a dû être divisée en plusieurs ateliers pour tenir compte du nombre limité de personnes présentes dans les rassemblements et des mesures de précaution contre le COVID-19.

Des ateliers de formation ont également eu lieu dans différents gouvernorats pour tenir compte des restrictions de mouvement des agents recenseurs dans les villes.
Seul le coordinateur de l'étude a obtenu l'approbation du gouvernement pour se déplacer dans les villes pour organiser des ateliers de formation avec le soutien à distance de l'équipe du BRC du PAM.

- Les centres de maladies infectieuses qui fournissent le traitement du VIH et hébergent la collecte de données géraient également la réponse au COVID-19 à travers la Tunisie. Cela a causé beaucoup de problèmes logistiques et de retards dus à la priorisation de l'urgence.

- La collecte des données s'est déroulée en face à face dans les centres de santé infectieux pendant l'intervalle entre la première et la deuxième vague d'épidémie de COVID-19.
Cela exigeait de fournir aux enquêteurs des kits de protection individuelle et d'essayer de terminer le travail sur le terrain le plus tôt possible avant que les restrictions de confinement de la deuxième vague ne soient imposées.

- Les PVVIH ont été interrogées le jour même de leur examen médical sans notification préalable et l'entretien dure environ 40 minutes, ce qui a légèrement impacté le taux de réponse.

- La population de PVVIH qui ne sont pas sous traitement était particulièrement difficile à atteindre en dehors de la capitale.

De plus, certaines populations difficiles à atteindre n'étaient pas représentées, notamment les prisonniers.

- Les quatre centres de maladies infectieuses considérés comme strate d'échantillonnage fournissent des services aux PVVIH à travers le pays. Cela signifie que les PVVIH éloignées doivent parcourir des centaines de kilomètres pour atteindre le centre, ce qui n'assure pas la représentation géographique.

CHAPITRE 2

Profil de la population PVVIH

Principales conclusions

• Sur tous les participants à l'étude, 34% n'ont pas adhéré au TAR ; la principale raison était:

34 % des PVVIH n'adhére pas au TAR

82 %

Peur de la stigmatisation au sein de la famille

64 %

Peur de la stigmatisation des agents de la santé

59 %

Chereté des prix du transport vers et depuis les centres de santé

• 23% des PVVIH interrogés ont déclaré souffrir d'une maladie chronique autre que le VIH, y compris l'hépatite C, l'hépatite B et le diabète.

• La taille moyenne des ménages des PVVIH interrogés est de 2,7 membres et le revenu médian des ménages est de 600 TND (220 USD) par mois.

• En moyenne, les ménages des PVVIH consacrent:

41%	19 %	12%
dépenses à la nourriture	dépenses pour le loyer	dépenses pour les services publiques

52% de tous les PVVIH interrogés étaient endettés, les dépenses alimentaires sont signalées comme la principale raison de la dette des ménages.

• Trois PVVIH sur cinq répondants étaient au chômage.

• Parmi les PVVIH ayant un emploi, 66% ont décrit leur emploi comme intermittent, saisonnier ou temporaire. Les emplois les plus courants comprenaient le nettoyage, le service, la coiffure, la sécurité, la conduite et le travail journalier.

• Trois hommes interrogés sur cinq ont été infectés par des rapports sexuels non protégés avec des partenaires masculins (HSH).

Un homme sur quatre était infecté par le VIH en raison de l'injection de drogues. Parmi les femmes interrogées, 85% ont déclaré avoir été infectées par des rapports sexuels non protégés tandis que seulement 4% étaient des professionnelles du sexe.

• 70% des répondants classent le logement, le soutien psychosocial, la qualité des aliments, la quantité de nourriture et les médicaments comme premier besoins non satisfaits.

En outre, 75% des personnes interrogées ont déclaré que l'argent en espèce était le type d'assistance le plus adapté à leurs besoins, suivi de 13% préférant les bons alimentaires.

• La cartographie des services que les PVVIH reçoivent actuellement en Tunisie a montré que le gouvernement tunisien est le principal fournisseur de services de dépistage et de traitement. Cependant, seuls 22% des répondants sous traitement ont déclaré avoir reçu des bons alimentaires d'ONG locales et 4% ont déclaré avoir reçu une aide en espèces du gouvernement.

Moins de 10% des PVVIH sous traitement ont déclaré avoir reçu des services d'éducation sanitaire ou nutritionnelle par les ONG locales, ce qui souligne la nécessité d'une intervention par Communication pour Changement Social et Comportemental (CCSC) de la part du PAM.

Caractéristiques démographiques

Le tableau (3) présente les caractéristiques sociodémographiques des répondants à cette enquête. Près de la moitié des répondants se situent dans la tranche d'âge 35-50 ans suivie de 27% dans la tranche d'âge 24- <35 ans.

Les femmes interrogées représentaient 37% de l'échantillon total tandis que moins de 1% des personnes interrogées étaient identifiées comme non binaires. La plupart des répondants à cette étude appartenaient à la population tunisienne avec seulement 7% de migrants, majoritairement originaires de la Côte d'Ivoire.

Les femmes migrantes semblaient être significativement plus élevées en nombre que les hommes migrants (12% contre 4%).

Les trois quarts des personnes interrogées ont bénéficié d'une sorte d'éducation, tandis que

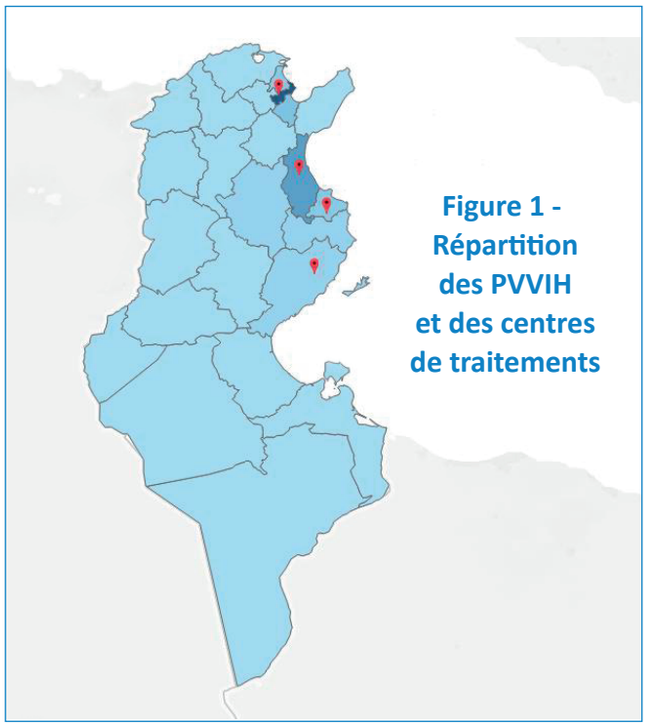


Figure 1 - Répartition des PVVIH et des centres de traitements

8% seulement étaient analphabètes. L'éducation est significativement liée au sexe (valeur p =0,000) avec un pourcentage plus élevé d'hommes dans l'enseignement secondaire et supérieur. Les deux tiers des personnes interrogées (40%) vivaient dans la capitale-Tunis et 18% vivaient à Sousse comme le montre la figure (1). La plupart des répondants à cette enquête vivaient dans la partie nord-est du pays où se trouvent les centres de traitement. Les migrants étaient principalement concentrés respectivement à l'Ariana, Tunis, Sousse et Sfax. Un peu plus de la moitié des répondants n'étaient jamais mariés, tandis que l'autre moitié étaient mariés, séparés ou veufs. Il convient cependant de mentionner que les hommes jamais mariés étaient deux fois plus nombreux que les femmes jamais mariées dans cet échantillon.

Tableau 3 - Caractéristiques sociodémographiques

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
Age		
15-<24	31	3.1
24-<35	266	27.0
35-<50	474	48.1
50-<65	203	20.6
65+	12	1.2
Total	**986**	**100.0**
Genre		
Femme	362	36.7
Homme	618	62.7
Autres*	6	0.6
Total	**986**	**100.0**
Nationalité		
Tunisie	917	93.0
Côte d'Ivoire	49	5.0
Cameroon	6	0.6
Libye	4	0.4
Mali	3	0.3
Guinée	2	0.2
Bahrain	1	0.1
Burkina Faso	1	0.1
France	1	0.1
Maroc	1	0.1
Suisse	1	0.1
Total	**986**	**100.0**

* Autres: personnes non-binaires

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
Niveau d'éducation		
Analphabète	82	8,3
Peut lire et écrire	141	14,3
Education de base	354	35,9
Education secondaire	288	29,2
Education supérieure	121	12,3
Total	**986**	**100,0**

Etat civil		
Jamais marié/e	509	51,6
Marié/e	233	23,6
Divorcé/e ou séparé/e	173	17,6
Veuf/Veuve	71	7,2
Total	**986**	**100,0**

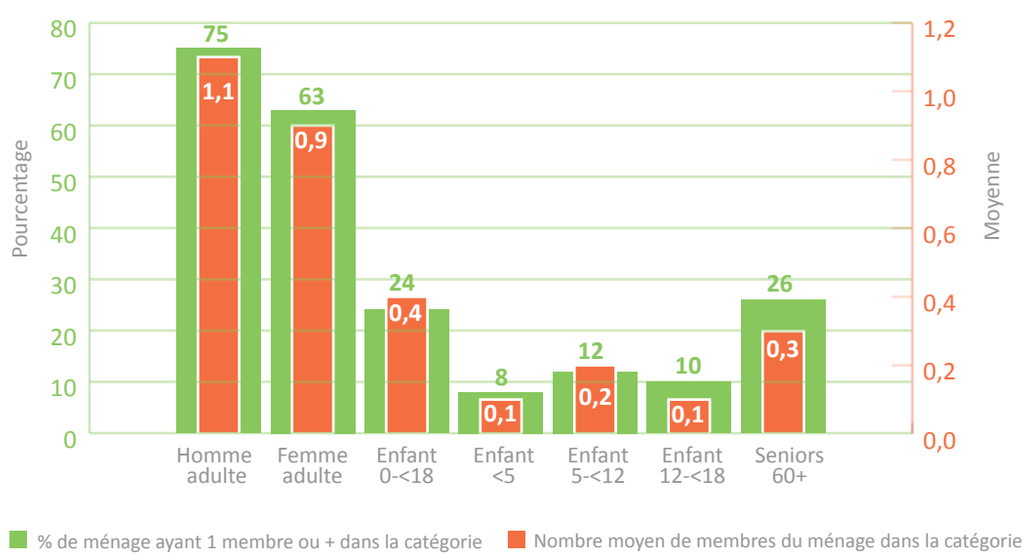
Composition du ménage

La taille moyenne des ménages des PVVIH interrogés est de 2,7 membres, 2 répondants sur 3 à cette enquête étaient chefs de leur ménage et 23% des répondants vivaient seuls (ménage d'une personne). En examinant la composition des ménages, on constate que **27% des familles étaient des ménages dirigés par des femmes**.
La figure (2) présente une composition typique des ménages ainsi que le pourcentage de ménages avec un ou plusieurs membres de la famille dans certaines catégories. Un ménage moyen est composé d'un homme adulte, d'une femme adulte et potentiellement d'un enfant de moins de 18 ans ou d'un sénior de plus de 60 ans.
Le fardeau des enfants et de la population âgée ne semblait pas universel.

Seulement 24% des ménages comprenaient au moins un enfant de moins de 18 ans et 26% des ménages comprenaient au moins un membre âgé de plus de 60 ans. Le pourcentage de ménages ayant des enfants de moins de 5 ans, des enfants de 5 à 18 ans et des adolescents est détaillé dans la figure (2). Le rapport de dépendance global pour les participants à l'étude était de 34 membres à charge (enfants ou aînés) pour 100 adultes (hommes et femmes en âge de travailler).

Cependant, comme tous les membres adultes ne génèrant pas de revenus, les répondants ont été interrogés sur les sources de revenus de chaque membre du ménage et / ou si ce membre était à charge, **57% de tous les ménages comprenaient au moins un membre à charge**.

Figure 2 - Composition du ménage

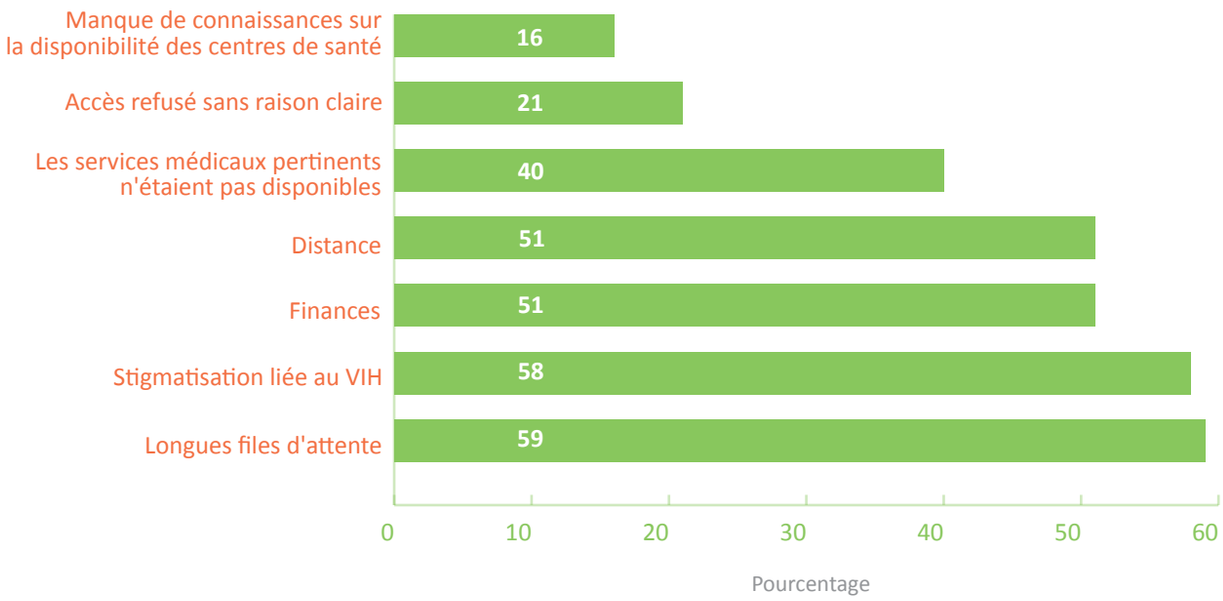


Soins de santé, maladies chroniques et invalidités

L'accès aux établissements de santé publique semblait être universel parmi les participants à l'étude, 91% ont déclaré avoir accès à un hôpital ou une clinique publique.

Cependant, des obstacles comme les longues files d'attente, la stigmatisation, les moyens financiers et la distance ont heurtés plus de la moitié des répondants lorsqu'ils ont accès aux services de soins de santé (figure 3).

Figure 3 – Obstacles à l'accès aux services de soins de santé



Sur tous les répondants à l'enquête, 6% ont déclaré avoir une sorte d'handicap tandis que 23% ont déclaré souffrir d'une maladie chronique autre que le VIH. Les figures (4) et (5) montrent les types d'handicap et de maladies chroniques les plus courantes parmi les répondants.

Figure 4 – Type de handicap (n = 60)

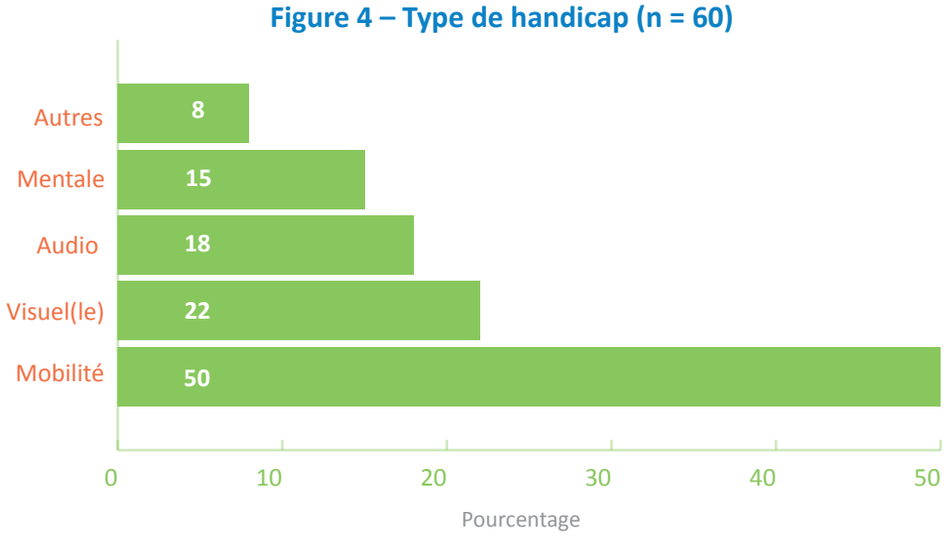
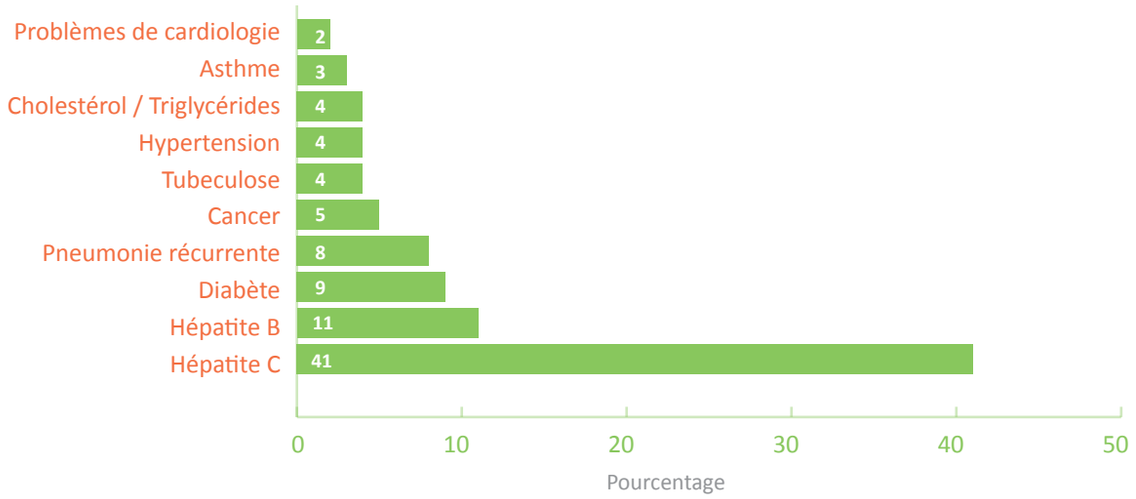


Figure 5 – Types de maladies chroniques (n = 224)



On observe que le traitement antirétroviral est également efficace contre d'autres maladies comme l'hépatite C et B puisque la prévalence de ces maladies chroniques parmi les PVVIH, qui ne sont pas sous traitement, est significativement plus élevée (valeur p = 0,000) que ceux sous traitement.
La prévalence de l'hépatite C, par exemple, a augmenté de 60% chez ceux qui manquaient de traitement et a diminué de 28% chez ceux qui recevaient le traitement.
De même, la prévalence de l'hépatite B a augmenté de 21% chez les personnes manquant de traitement et a diminué de 4,5% chez les PVVIH recevant un traitement. Le fardeau du VIH et des maladies chroniques s'est également étendu aux membres des ménages avec **27% des ménages dont deux membres ou plus vivant avec le VIH** (membre supplémentaire par rapport au répondant principal). De plus, 7% des ménages comprenaient au moins deux membres souffrant de maladies chroniques.

Moyens de subsistance et financement du ménage

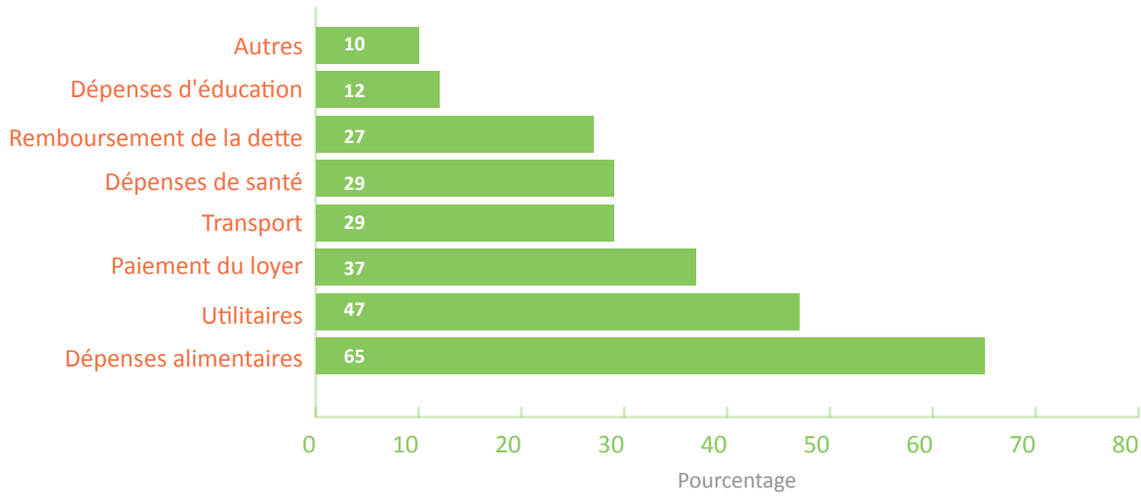
Le revenu médian des ménages des participants PVVIH est de 600 TND soit l'équivalent de (220 USD) par mois et est principalement gagné sous forme de revenu auto-généré (34%), de salaire de travail (32%) ou d'aide (20%).
Le revenu médian par habitant est de 225 TND soit l'équivalent de (82 USD) par mois.

Seulement 5% des répondants ont déclaré que leurs ménages avaient des économies d'origines diverses. La dette financière, cependant, est considérée comme un fardeau pour les PVVIH avec **52% de tous les répondants déclarant que leur ménage est endetté avec une valeur de dette médiane de 250 TND**. Les dépenses alimentaires et les services publics sont les principales raisons pour lesquelles les PVVIH s'endettent comme le montre la figure (6).

Les amis et les parents étaient les principales sources auxquelles les répondants ont emprunté de l'argent.
Les dépenses des ménages ont légèrement dépassé les revenus avec des dépenses médianes de 620 TND, réparties principalement entre la nourriture, le loyer, les services publics et les transports.

Une analyse plus approfondie des dépenses alimentaires des ménages est présentée dans le chapitre suivant.

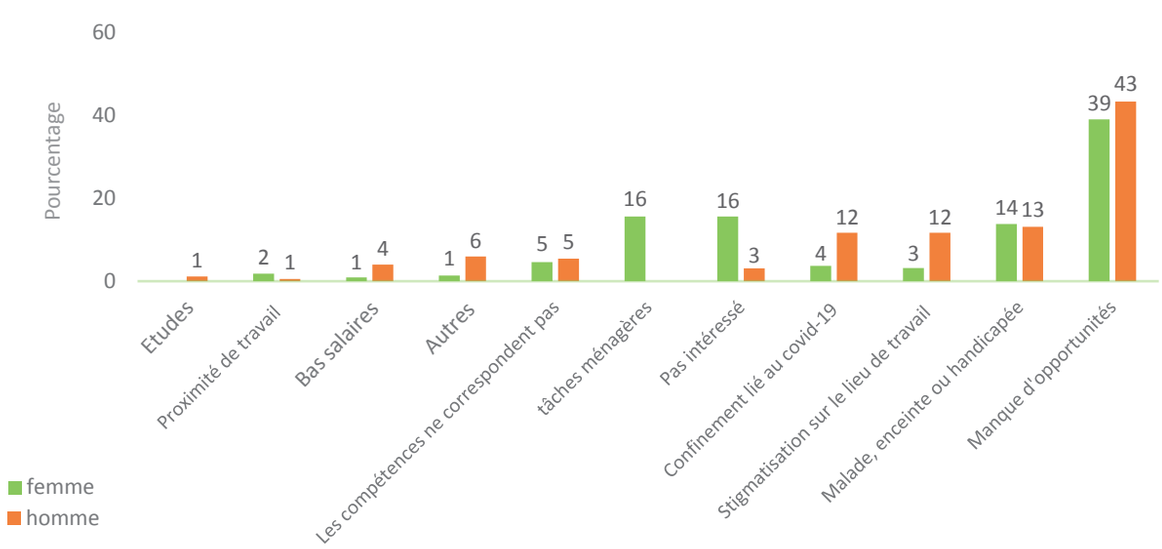
Figure 6 - Raisons pour lesquelles les ménages PVVIH sont endettés (n = 512)



Sur le plan individuel, **près de trois répondants PVVIH sur cinq étaient au chômage (58%)**. Le statut d'emploi ne variait pas de manière significative selon le sexe, 60% des femmes et 57% des hommes étaient au chômage. Les raisons courantes du chômage étaient le manque d'opportunités et les obstacles physiques tels que la maladie ou l'handicap. Les autres raisons qui variaient considérablement selon le sexe comprenaient la prise en charge des enfants et des tâches ménagères pour les femmes, la stigmatisation liée au VIH et le confinement du COVID-19 pour les hommes, comme le montre la figure (7).Parmi les répondants qui avaient un emploi, 78% étaient employés dans le privé et 13% étaient employés dans le secteur publique.

Les emplois privés les plus courants pour les PVVIH interrogés comprenaient le nettoyage, le service, la coiffure, la sécurité, la conduite et le travail quotidien (travaux de construction, plombier, mécanicien, forgeron, tailleur, cuisinier, etc.).
Parmi les PVVIH ayant un emploi (n = 414), 66% ont décrit leur emploi comme intermittent, saisonnier ou temporaire.

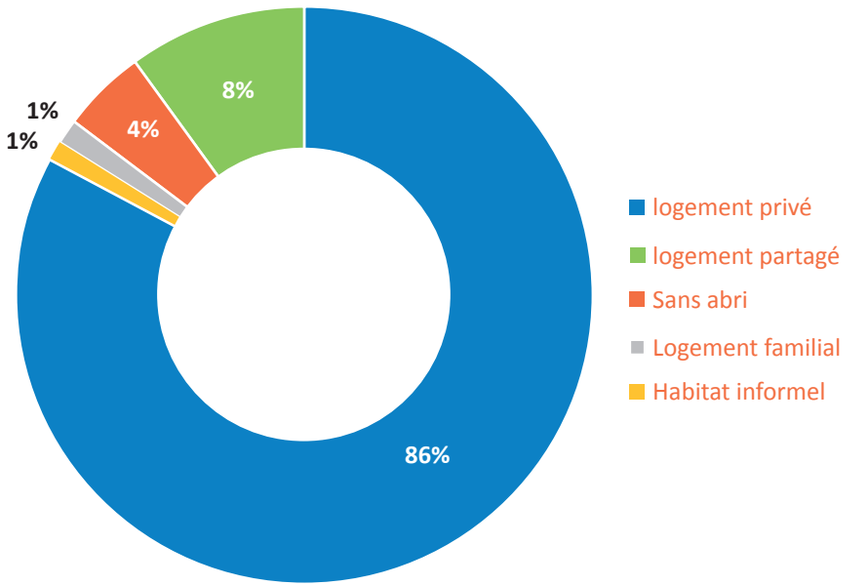
Figure 7 – Raisons du chômage par sexe (n = 572)



Indice du logement et de la richesse

La figure (8) montre que la plupart des PVVIH (86%) vivaient dans un logement privé. D'autres vivaient soit dans des logements partagés (par exemple, wekala), soit dans des habitats informels comme une hutte ou une cabane sur la route, tandis que 4% étaient sans abri et ont déclaré vivre dans la rue.

Figure 8 – Logement des personnes vivant avec le VIH



L'indice de richesse des ménages pour cette étude a été calculé sur la base d'une analyse des composantes principales utilisant un ensemble d'actifs de ménage, de commodités ainsi que la propriété du logement comme indiqué dans le tableau (4).

Ces ensembles de variables ont été choisis après plusieurs itérations pour déterminer l'ensemble de variables le plus efficace qui indique le niveau de richesse du ménage.

Tableau 4 – Variables prises en compte pour l'indice de richesse des ménages

Biens durables	1. Frigo 4. Réfrigérateur 7. Cuisinière 10. Four/Micro-onde	2. Machine à laver 5. Climatiseur 8. Ventilateur 11. Chauffe-eau	3. Télévision 6. Satellite 9. Smartphone 12. Routeur sans fil
Equipements ménagers	13. Ventilation (fenêtres, portes, climatisation) 14. Eau potable (canalisation dans le logement, ou eau en bouteille) 15. Installation d'assainissement (raccordé aux égouts)		
Autres variables	16. Propriété du logement		

L'indice de richesse variait selon le chef de ménage (valeur p = 0,015), les ménages dirigés par des femmes se concentrant dans les trois quintiles intermédiaires, et les ménages dirigés par des hommes se situant dans les quintiles extrêmes (les plus riches et les plus pauvres) significativement plus élevés que leurs homologues féminins. Cela pourrait indiquer les efforts déployés par les ménages dirigés par des femmes pour maintenir le statut de classe moyenne de leurs familles. L'indice de richesse variait considérablement selon le niveau d'éducation des répondants (valeur p = 0,000) et selon la taille du ménage (valeur p = 0,000).

Plus le niveau d'éducation est élevé, plus le répondant est susceptible d'appartenir à un ménage plus riche. Les PVVIH vivant seuls étaient plus susceptibles d'être pauvres, 46% des ménages monoparentaux appartenant au quintile de richesse le plus pauvre. Le statut de richesse variait également selon le statut du TAR et les populations clés VIH (valeur p = 0,000).

Parmi les PVVIH qui manquent de traitement, 32% appartenaient au quintile le plus pauvre contre seulement 14% parmi ceux qui adhèrent au traitement (figure 9).
De plus, 47% des consommateurs de drogues injectables et 30% des professionnels du sexe appartenaient au quintile le plus pauvre (figure 10).

Figure 9 - Indice de richesse par statut ARV

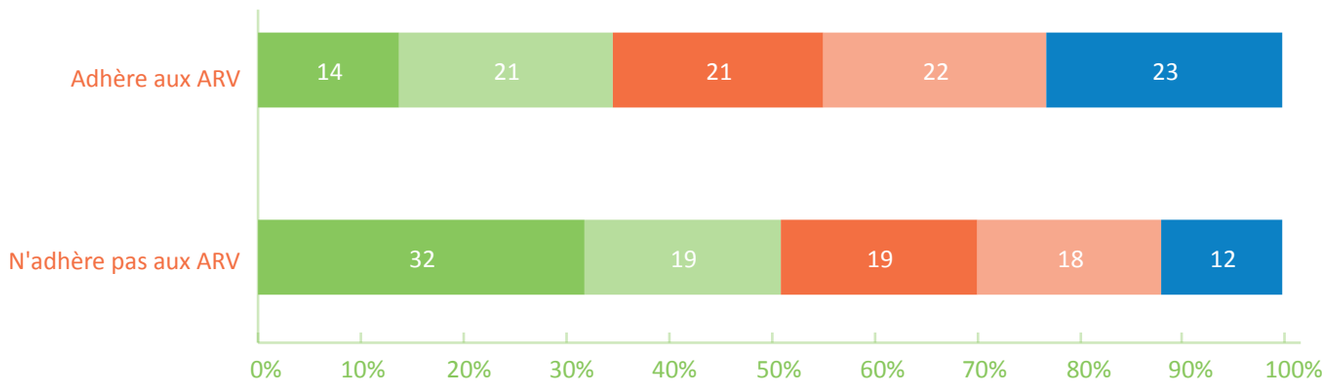
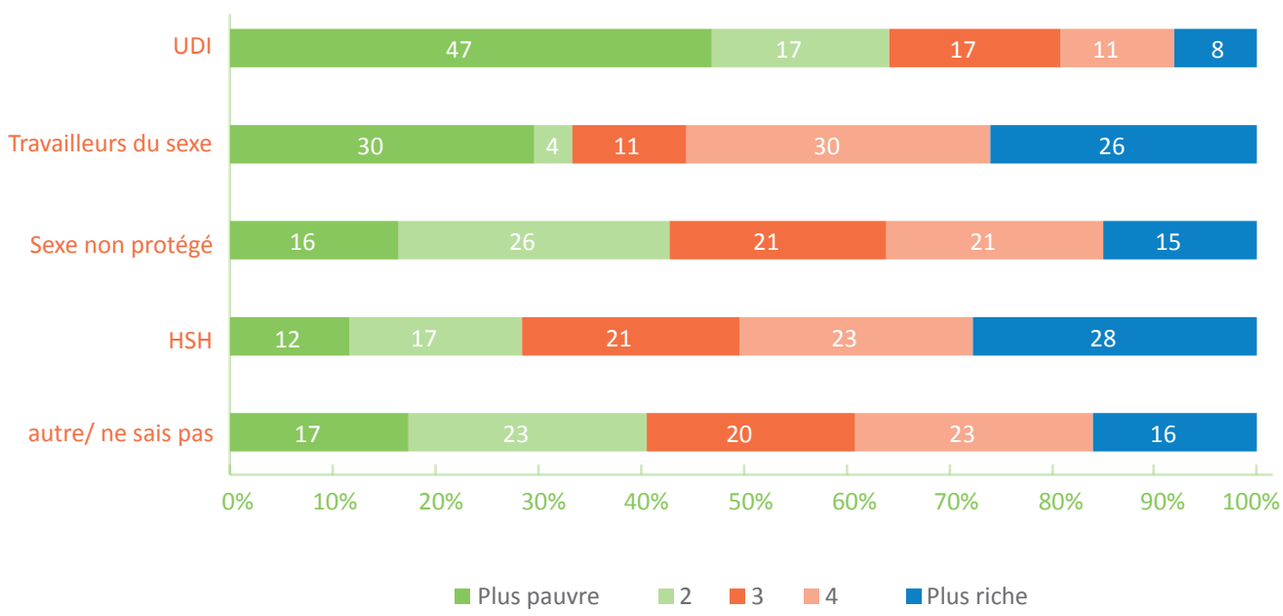


Figure 10 - Indice de richesse par population clés de PVVIH

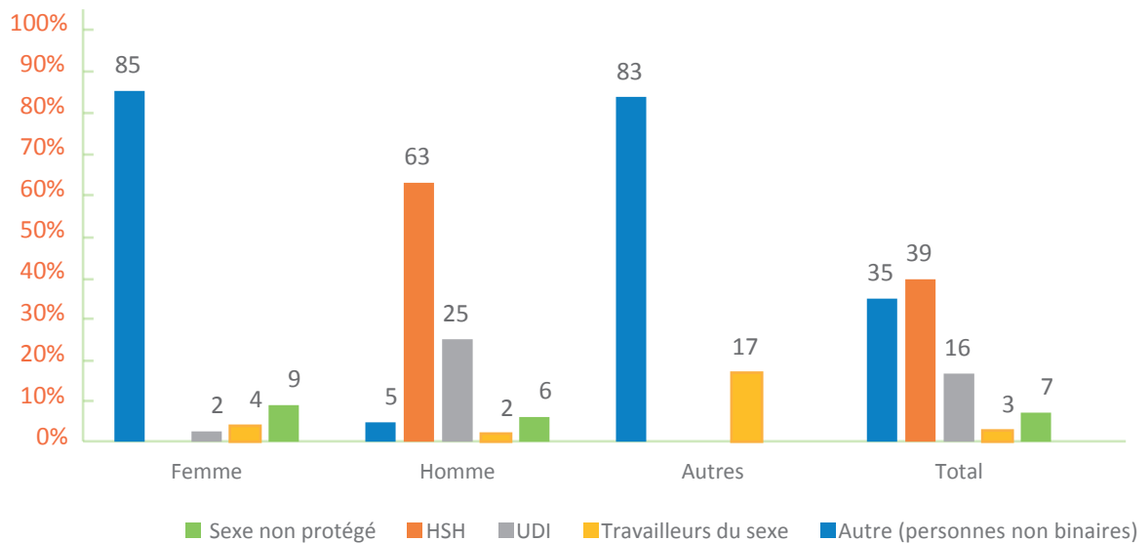


VIH et traitement antirétroviral

Les répondants à cette enquête ont été interrogés en détail sur leur situation VIH et les services connexes, le traitement et les obstacles auxquels ils sont confrontés pour accéder à ces services. La moitié de tous les répondants ont déclaré vivre avec le VIH depuis plus de 5 ans, tandis que 17% n'ont été infectés que l'année dernière. Les laboratoires publics et les hôpitaux étaient les endroits les plus courants où les PVVIH ont été diagnostiqués pour la première fois (60%), suivis des autotests (24%) et des cliniques mobiles (9%).

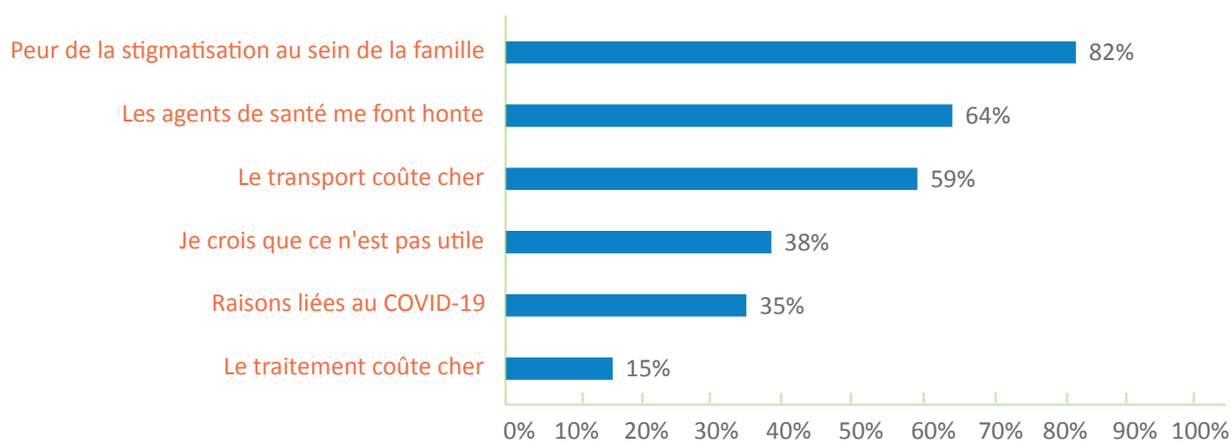
En examinant le mode de transmission du VIH, on constate que **les relations sexuelles non protégées et la consommation de drogues injectables sont les principales raisons de l'infection**.
Trois hommes interrogés sur cinq ont été infectés par des rapports sexuels non protégés avec des partenaires masculins. De plus, un homme sur quatre était infecté par le VIH en raison de l'injection de drogues. Parmi les femmes interrogées, 85% ont déclaré avoir été infectées par des rapports sexuels non protégés avec des partenaires / relations occasionnelles, tandis que seulement 4% étaient des professionnels du sexe. Les autres raisons d'infection qui ne dépassaient pas 10% étaient la transmission mère-enfant, la transfusion sanguine, le tatouage, le fait d'être victime de violence ... etc (figure 11).

Figure 11 - Mode de transmission par sexe



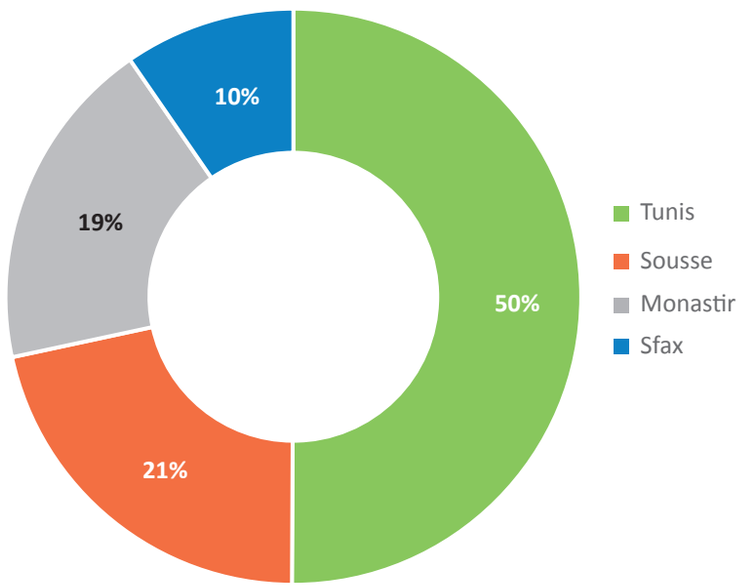
Cette enquête est conçue pour représenter toute la population de PVVIH en Tunisie, y compris celles qui ne sont pas enregistrées dans les centres de traitement. En conséquence, **66% des répondants à l'enquête étaient sous traitement tandis que 34% n'adhéraient pas au TAR**.
Le principal obstacle signalé par les PVVIH qui n'adhèrent pas au TAR était la peur de la stigmatisation au sein de la famille (82%). Cela nécessite une meilleure compréhension de la perception et de l'attitude des membres de la famille des PVVIH à l'égard du VIH.
Les autres obstacles, comme le montre la figure (12), comprennent la stigmatisation des agents de santé (64%), les frais de transport vers et depuis les centres de santé (59%) et la perception personnelle selon laquelle le traitement n'est pas utile (38%).

Figure 12 - Obstacles à l'accès aux TAR (n = 339)



Presque tous les répondants qui adhèrent au TAR ont commencé leur traitement la même année du diagnostic. La moitié des répondants sous traitement ont reçu un traitement antirétroviral dans le centre de traitement de Tunis, parmi lesquels des résidents de Tunis - la capitale, Ben Arous, Ariana, Manouba et Bizerte. Le centre de traitement de Sousse a accueilli 21% des répondants venant de Sousse et de Kairouan.
Le centre de Monastir couvrait les régions de Monastir, Tunis, Sousse et Mahdia tandis que le centre de Sfax couvrait Sfax, Médenine et Gabès (Figure 13).

Figure 13 – Répartition des répondants adhérant au traitement par centre de santé (n = 647)



Le temps moyen (médian) que les répondants passent pour se rendre au centre de traitement est de 30 minutes pour le centre de Sousse, 50 minutes pour le centre de Sfax et 1 heure pour les centres de Tunis et de Monastir.

Le coût moyen (médian) du transport pour atteindre le centre de traitement varie de 2 dinars pour ceux qui reçoivent un traitement à Sousse, à 10 dinars pour ceux qui reçoivent un traitement à Monastir et Sfax et à 15 dinars pour ceux qui reçoivent un traitement à Tunis.

Presque tous les répondants sous traitement reçoivent leurs comprimés de TAR tous les 1 à 3 mois et 68% d'entre eux ont déclaré avoir subi une suppression virale.

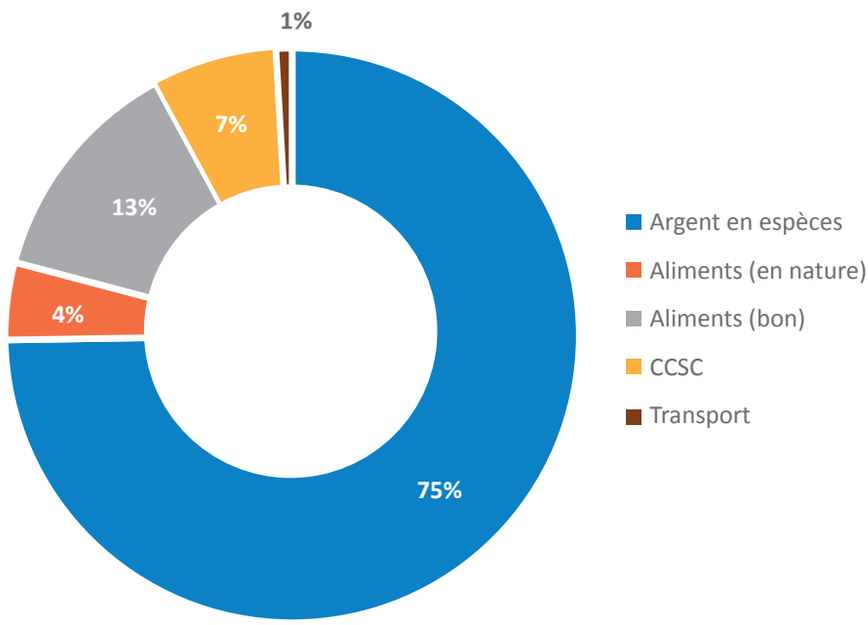
Services et besoins non satisfaits

On a demandé aux répondants de classer leurs besoins non satisfaits à partir d'une liste de 18 besoins essentiels.

Le logement, le soutien psychosocial, la qualité des aliments, la quantité de nourriture et les médicaments étaient les besoins classés en premier par 70% des répondants.

Les répondants ont également été interrogés sur le type d'assistance qui correspond le mieux à leurs besoins parmi les services que le PAM peut fournir. Comme prévu, 75% des répondants ont déclaré que l'argent liquide était le plus approprié, suivi de 13% préférant les bons alimentaires comme le montre la figure (14).

Figure 14
Type d'assistance le plus adapté



Cette étude a cartographié les services qui reçoivent les PVVIH en Tunisie ainsi que les principaux prestataires de services.
Le tableau (5) montre que le gouvernement tunisien est le principal fournisseur de services de dépistage et de traitement, avec plus de 80% des répondants qui déclarent qu'ils reçoivent ces services mensuellement ou trimestriellement depuis des années.
Seulement 22% des répondants sous traitement ont déclaré avoir reçu des bons alimentaires à travers les ONG locales et 4% ont déclaré avoir reçu une aide en espèces du gouvernement dans le cadre d'un régime de protection sociale.

Moins de 10% des PVVIH sous traitement ont déclaré avoir reçu des services d'éducation sanitaire ou nutritionnelle de la part d'ONG locales, ce qui souligne la nécessité d'une intervention du PAM en matière de communication pour le changement social et comportemental.

Tableau 5 - Cartographie des services pour les PVVIH sous traitement

Type assistance	% recevant l'assistance (n=647)	Fournisseur principal d'assistance	Valeur de l'assistance en TND (médiane)	Durée de l'assistance en mois (médiane)	Fréquence de la réception de l'aide
TAR gratuit	81,0	Gouvernement	Ne sais pas	50	mensuel ou trimestriel
Aide dépistage gratuite	81,9	Gouvernement	Ne sais pas	60	trimestriel
Bon alimentaire	21,8	NGOs (ATL, ATP)	70	24	trimestriel ou biannuel
Aide en espèce	3,7	Gouvernement	180	75	mensuel
Education à la santé ou à la nutrition	8,4	NGOs (ATP)	-	24	mensuel ou trimestriel
Aide liée au COVID-19	9,4	NGOs (ATP)	100	5	mensuel

L'aide en espèces et les bons alimentaires sont des types d'assistance qui varient considérablement selon la région de résidence. Même si l'aide en espèces est très faible, elle était plus élevée chez ceux qui vivaient à Tunis la capitale que chez ceux qui vivaient en dehors de la capitale (6,5% contre 2,3%).
En revanche, les bons alimentaires étaient plus répandus chez ceux qui vivaient en dehors de la capitale (26% contre seulement 14% parmi les résidents de la capitale).
Il est essentiel de prendre en compte d'autres caractéristiques sociodémographiques de l'emplacement lors de l'analyse de la centralisation des services. Le chômage, par exemple, est significativement plus élevé parmi ceux résidant à Tunis la capitale avec une plus grande dépendance à l'aide sociale comme source de revenu par rapport à ceux résidant hors de Tunis (c'est-à-dire que le chômage augmente à 70% parmi les résidents de la capitale contre seulement 50% parmi les non-résidents de la capitale). Les PVVIH vivant à Tunis, la capitale, avaient également un revenu médian légèrement inférieur, soit 450 TND par mois, par rapport à 600 TND pour ceux vivant en dehors de la capitale.
Les habitants de la capitale appartenaient également aux quintiles les plus pauvres.

PVVIH sous COVID-19

Il n'y a aucune preuve que la prévalence de l'infection au COVID-19 était élevée parmi les PVVIH ou les membres de leur famille.
Seuls 6 des plus de 2000 membres de la famille des PVVIH ont présenté des symptômes du COVID-19 au cours des trois mois précédant la collecte des données et aucun n'a été testé positif pour la pandémie.

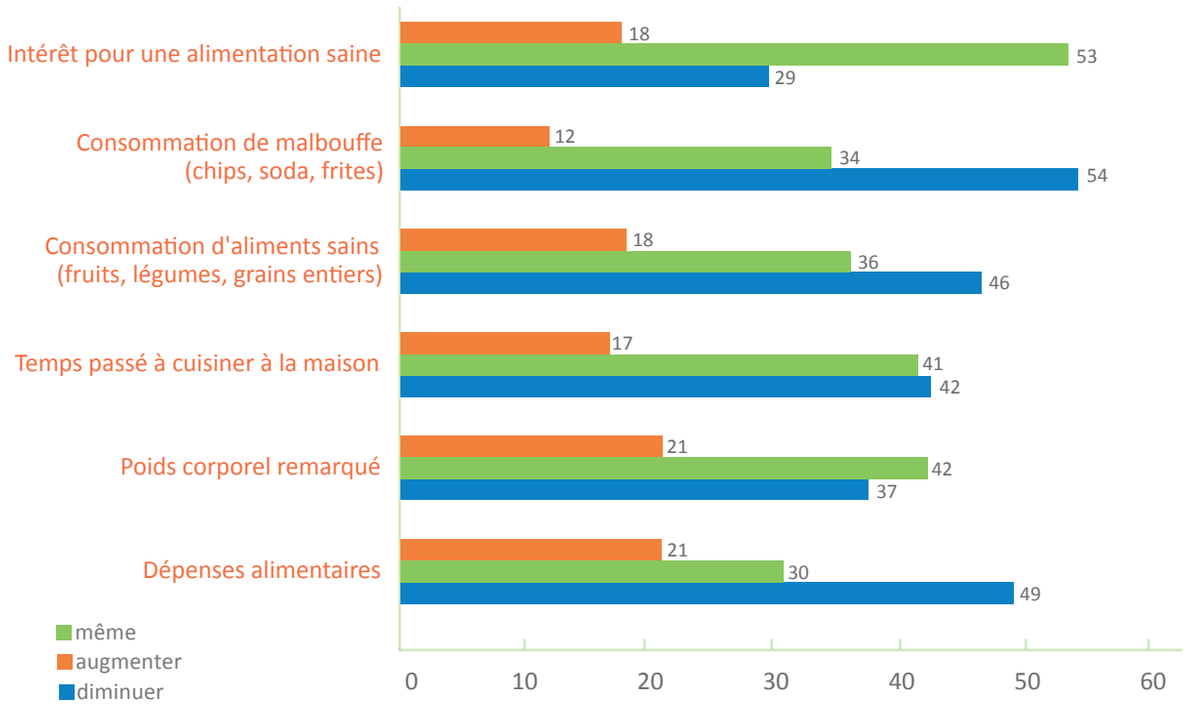
Pourtant, le COVID-19 a créé une incertitude massive parmi les PVVIH avec un manque de conseils sur la façon dont la pandémie affecte leur état de santé.
Le COVID-19 a également créé une perturbation dans l'accès aux traitements antirétroviraux à travers le pays. Dans certains cas, les volontaires et les leaders communautaires des PVVIH ont dû livré un traitement à domicile aux PVVIH.

Cette étude contribue à la constitution de preuves autour de la pandémie de VIH et de COVID-19 en explorant le changement de comportement lié à la consommation alimentaire et à la nutrition pendant la percée de la pandémie.

Un tiers des répondants à cette enquête ont déclaré manger plus pendant la percée du COVID-19 en raison d'une anxiété et d'une dépression accrue.
La figure (15) illustre le changement d'autres comportements liés à l'alimentation et à la nutrition.

Elle indique une augmentation très limitée des habitudes alimentaires saines comme l'intérêt général pour une alimentation équilibrée, la consommation d'aliments sains et le temps passé à cuisiner à la maison. Cependant, la consommation de la malbouffe a également semblé diminuer chez les PVVIH lors de la percée du COVID-19.
On a également demandé aux répondants s'ils avaient remarqué des changements sur leur poids corporel pendant la pandémie, seulement un cinquième a signalé une augmentation du poids corporel.
Près de la moitié des répondants ont signalé de manière inattendue une diminution des dépenses alimentaires pendant la percée du COVID-19.

Figure 15 - Changement de comportement lié au covid-19



Comportement à risque liés au VIH

Afin d'évaluer le niveau de sensibilisation des PVVIH aux comportements à risque, on a demandé aux répondants s'ils partageaient des aiguilles ou s'ils avaient eu des rapports sexuels non protégés au cours des 30 jours précédant l'étude. Sur l'ensemble des répondants, 13% ont déclaré s'être injecté des drogues dans les 30 jours précédant la collecte des données, un peu moins de la moitié d'entre eux partageant au moins une aiguille. La figure (16) examine ce résultat parmi les PVVIH qui ont déclaré avoir été infectés en raison de l'injection de drogues, 47% d'entre eux ont déclaré avoir partagé une aiguille au cours des 30 derniers jours, ce qui indique que les comportements à risque persistent. Le risque lié aux rapports sexuels non protégés semblait moins persistant. Moins d'un quart des répondants ayant déclaré avoir été sexuellement actifs au cours des 30 derniers jours et ont déclaré avoir eu des rapports sexuels non protégés. La figure (17) désagrège ce résultat par population clés.

Figure 16 - Pourcentage d'UDI ayant partagé une aiguille au cours des 30 derniers jours

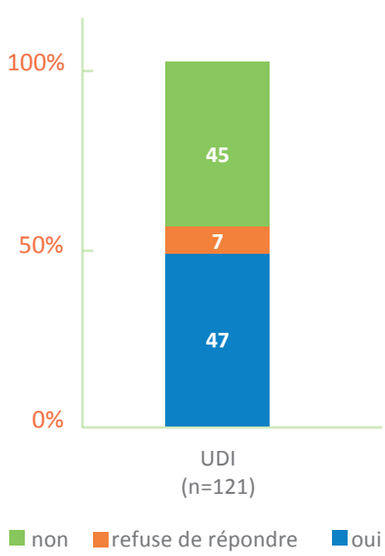
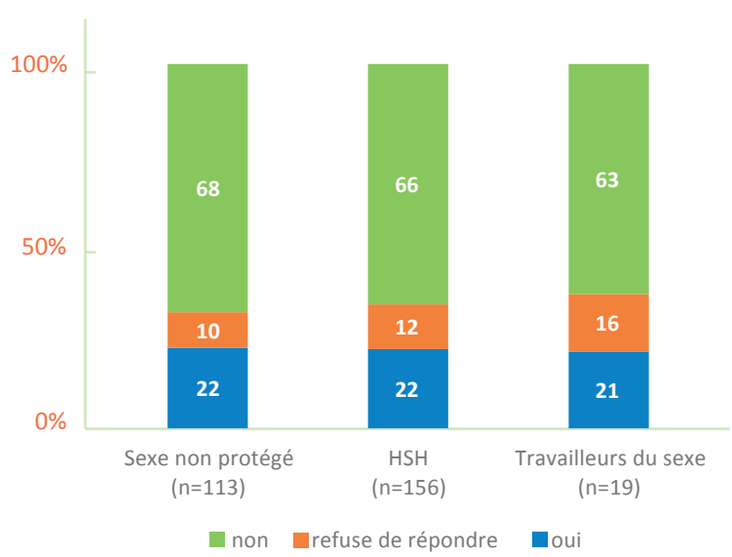


Figure 17 - Pourcentage de la populations clés utilisant une protection/un préservatif pendant les rapports sexuels au cours des 30 derniers jours



CHAPITRE 3

Situation de la sécurité alimentaire

Principales conclusions

• L'insécurité alimentaire parmi les PVVIH en Tunisie a atteint 39% avec des écarts de consommation alimentaire significatifs à extrêmes d'où le recourt à la perte de moyens de subsistance ou à des stratégies d'adaptation irréversibles comme un besoin pour répondre aux exigences alimentaires.

• L'insécurité alimentaire est presque le double chez ceux qui manquent le TAR par rapport à ceux qui adhèrent au traitement (57% contre 30%, respectivement). Les PVVIH qui manquent le TAR appartiennent généralement au quintile le plus pauvre, ce qui indique le statut de vulnérabilité de ce groupe.

• L'insécurité alimentaire est significativement plus élevée chez les professionnels du sexe (59%), suivi par les consommateurs de drogues injectables (54%).

• 27% de tous les ménages des PVVIH interrogés appartiennent au groupe de consommation alimentaire pauvre, ce qui implique que ces ménages ne consomment pas de produits de base et de légumes tous les jours et ne consomment jamais ou très rarement des aliments riches en protéines comme la viande et les produits laitiers.

• Une carence significative est notée dans l'apport alimentaire riche en fer héminique, 43% des ménages des PVVIH ne consommant jamais ce groupe alimentaire. La consommation rare d'aliments riches en fer héminique peut causer une anémie ferriprive laquelle a un impact significatif sur la productivité et la qualité de vie.

• Dans l'ensemble, 30% des répondants ont eu recours à des stratégies d'adaptation basées sur les moyens d'existence d'urgence dans les 30 jours précédant la collecte des données ; 16% ont mendié, 18% se sont livrés à des activités illégales (vol, prostitution) et 9,4% ont eu recours à la migration de l'ensemble du ménage ou à l'itinérance.

• Plus de la moitié de tous les ménages ont eu recours à une baisse de la qualité des aliments, à une réduction de la portion par repas et à une réduction du nombre de repas par jour pendant une moyenne de 3 jours par semaine.

• La malnutrition semblait préoccupante parmi les participants PVVIH, 31% de tous les répondants étaient en surpoids ou obèses tandis que 6% souffraient d'insuffisance pondérale. L'obésité est significativement plus élevée chez les femmes, 13% des participantes étant obèses contre seulement 3% de leurs homologues masculins. Le surpoids / l'obésité était le double chez les personnes adhérant au TAR par rapport à celles manquant le traitement.

Ce chapitre présente la méthodologie et les résultats du calcul de l'indice consolidé de sécurité alimentaire de la population PVVIH en Tunisie. L'indice de sécurité alimentaire est une console de trois indicateurs de base du PAM : *Score de consommation alimentaire* ; part des dépenses alimentaires et indice de stratégie de survie fondé sur les moyens d'existence.
Des orientations détaillées sont disponibles dans le document d'orientation de l'Approche consolidée sur la communication des indicateurs de la sécurité alimentaire (CARI). Les autres indicateurs examinés dans ce chapitre comprennent le score de consommation alimentaire pour la nutrition, l'indice de stratégie d'adaptation basé sur la consommation, le score de diversité alimentaire des femmes et la situation de la malnutrition. Chacun de ces indicateurs sera présenté séparément dans les sections suivantes.

Approche consolidée de la communication des indicateurs sur la sécurité alimentaire (CARI)

L'indice de sécurité alimentaire est une console qui combine les indicateurs de sécurité alimentaire en un indicateur récapitulatif qui représente l'état global de la sécurité alimentaire de la population. La console représente deux domaines de l'insécurité alimentaire ; le domaine de statut actuel basé sur le score de consommation alimentaire ; et le domaine de la capacité d'adaptation qui est basé sur la part des dépenses alimentaires et l'indice de stratégie d'adaptation basé sur les moyens d'existence. Après avoir calculé chacun de ces trois indicateurs, ils sont convertis en une échelle à 4 points pour calculer la console en suivant un processus de moyenne simple donnant un score compris entre 1 et 4 qui est ensuite arrondi et utilisé pour attribuer chaque ménage à un groupe de sécurité alimentaire. Le tableau (6) montre la console de sécurité alimentaire complétée classant tous les PVVIH répondants dans l'une des quatre catégories suivantes : sécurité alimentaire, sécurité alimentaire marginale, insécurité alimentaire modérée et insécurité alimentaire sévère. Après avoir affecté chaque ménage à un groupe de sécurité alimentaire, les groupes classés en sécurité alimentaire et en sécurité alimentaire marginale sont recodés en un seul groupe (sécurité alimentaire). Tandisque le groupe classé en insécurité alimentaire modérée est recodé avec l'insécurité alimentaire sévère dans un groupe (insécurité alimentaire). Le tableau (7) présente la prévalence finale de l'insécurité alimentaire au sein de la population d'intérêt. **L'insécurité alimentaire des PVVIH en Tunisie a atteint 39%**. Ce groupe a des écarts de consommation alimentaire importants à extrêmes ou doit recourir à la perte de moyens de subsistance ou à des stratégies d'adaptation irréversibles pour répondre à ses besoins alimentaires.

Tableau 6 - Approche consolidée pour la communication des indicateurs de sécurité alimentaire (console CARI)

Domaine		Indicateur	Sécurité alimentaire (1)	Sécurité alimentaire légère (2)	Insécurité alimentaire modérée (3)	Insécurité alimentaire sévère (4)
Statut actuel	Consommation de nourriture	Groupe de consommation alimentaire	Acceptable		Limite	Pauvre
			54,3%		**18,6%**	**27,2%**
Capacité d'adaptation	Vulnérabilité économique	Part des dépenses alimentaires	Score <50%	50%-65%	65%-75%	Score>75%
			69,0%	**20,2%**	**6,8%**	**3,9%**
	Perte d'actifs	Catégories des stratégies d'adaptation des moyens d'existence	Aucune	Stress	Crise	Urgence
			31,9%	**23,4%**	**15,0%**	**29,7%**
	Indice de sécurité alimentaire		**28,8%**	**32,1%**	**33,8%**	**5,3%**

Tableau 7 – Prévalence de l'insécurité alimentaire parmi la population de PVVIH

Indice d'insécurité alimentaire	Description	Sécurité alimentaire Insécurité alimentaire
Sécurité alimentaire (1)	Capable de répondre aux besoins alimentaires et non alimentaires essentiels sans s'engager dans des stratégies d'adaptation atypiques	**60,93%** Sécurité alimentaire
Sécurité alimentaire légère (2)	A une consommation alimentaire au minimum adéquate sans s'engager dans des stratégies d'adaptation irréversibles, incapable de payer certaines dépenses non alimentaires essentielles	
Insécurité alimentaire modérée (3)	Présente des écarts de consommation alimentaire importants, OU est à peine capable de répondre aux besoins alimentaires minimaux uniquement avec des stratégies d'adaptation irréversibles	**39,07%** Insécurité alimentaire
Insécurité alimentaire sévère (4)	A des écarts de consommation alimentaire extrêmes, OU une perte extrême d'actifs de subsistance qui conduit à des écarts de consommation alimentaire, ou pire	

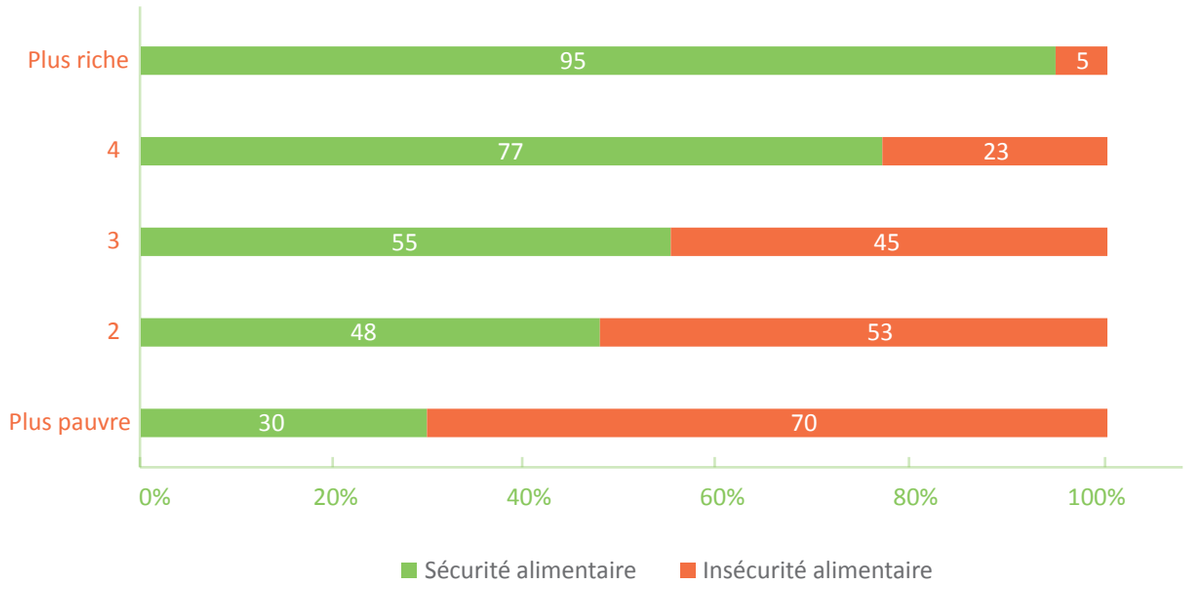
L'indice de sécurité alimentaire est séparé en fonction des caractéristiques des ménages, de la situation du TAR et du mode de transmission.

Aucune relation statistiquement significative n'a été trouvée entre la sécurité alimentaire et le sexe du répondant ou le sexe du chef de ménage.

Cependant, une relation significative est observée entre la sécurité alimentaire et les groupes de richesse (valeur p = 0,000).
La prévalence de l'insécurité alimentaire a augmenté à 70% parmi le quintile de richesse le plus pauvre et a diminué à 5% parmi les plus riches, comme le montre la figure (18).

En outre, les ménages monoparentaux étaient plus vulnérables à l'insécurité alimentaire puisque 52% de ces ménages étaient en situation d'insécurité alimentaire, contre seulement 36% des ménages de 4 à 6 membres et 29% dans les ménages de 5 membres et plus (valeur p = 0,000).
L'éducation des répondants était également significativement corrélée à la situation de leur ménage en matière de sécurité alimentaire.
Les répondants ayant une éducation de base ou sans instruction sont plus susceptibles d'appartenir à des ménages en situation d'insécurité alimentaire que les répondants ayant une éducation secondaire ou supérieure.
La sécurité alimentaire variait également selon la principale source de revenu des ménages.
59% et 69% des ménages dont la principale source de revenu était l'aide ou le soutien familial, respectivement, étaient en situation d'insécurité alimentaire, contre seulement 20% des ménages dont la principale source de revenu était le salaire du travail. De plus, l'insécurité alimentaire était significativement plus élevée chez les PVVIH actuellement au chômage que chez les personnes ayant un emploi (45% et 31% respectivement).
Le lieu de résidence est un autre facteur qui est fortement lié à l'insécurité alimentaire; 48% des PVVIH résidant à Tunis, la capitale, étaient en situation d'insécurité alimentaire contre 34% des résidents hors de la capitale.

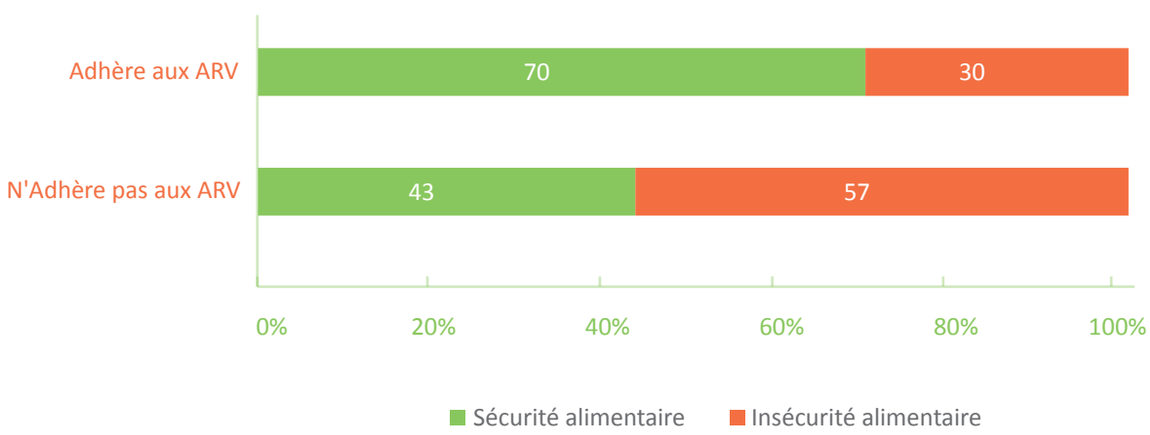
Figure 18 - Indice de sécurité alimentaire par quintile de richesse



La corrélation entre la sécurité alimentaire et l'observance du TAR est également statistiquement significative (valeur p = 0,000) où l'insécurité alimentaire est presque le double chez ceux qui manquent le TAR par rapport à ceux qui adhèrent au traitement, (57% contre 30%, respectivement) comme indiqué sur la figure (19).

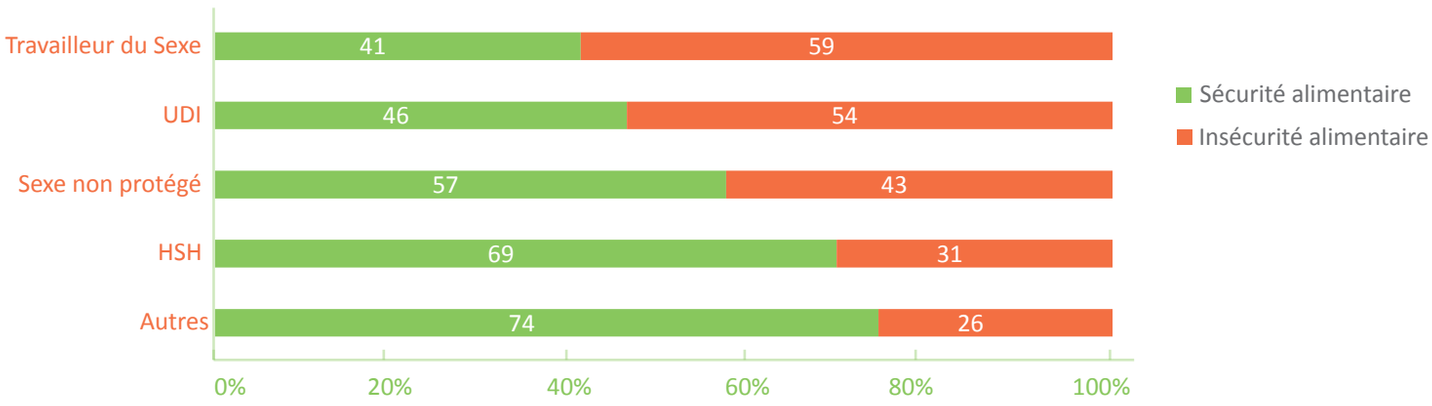
Il convient de mentionner cependant que ceux qui manquent de TAR appartiennent généralement au quintile le plus pauvre, ce qui indique l'état de vulnérabilité de ceux qui ne sont pas sous TAR.

Figure 19 - Indice de sécurité alimentaire par adhésion au TAR



En examinant la population clés de PVVIH, on observe que l'insécurité alimentaire est significativement plus élevée chez les professionnels du sexe (59%) suivis des consommateurs de drogues injectables (54%) comme le montre la figure (20).

Figure 20 - Indice de sécurité alimentaire par population clés de PVVIH



NB: Autres = personnes non-binaire

Score de consommation alimentaire

Le score de la consommation alimentaire (SCA) est l'un des trois principaux indicateurs dont il est fait état dans le cadre de l'indice consolidé de la sécurité alimentaire. Le SCA est une approximation de l'accès à la nourriture des ménages et un indicateur de base du PAM utilisé pour classer les ménages en trois groupes différents: ménages à faible consommation, consommation limite et consommation acceptable. Le score de consommation alimentaire examine la consommation de huit groupes d'aliments pondérée par leur valeur alimentaire, telle que définie par le PAM, en utilisant une période de rappel de sept jours précédant l'évaluation. Le neuvième groupe alimentaire, les condiments, n'est pas utilisé dans le calcul du SCA.

Les PVVIH ne mangent en moyenne que 2 repas par jours

Tableau 8 – Score de consommation alimentaire, groupes d'aliments et poids respectifs

Groupe alimentaire	Exemples / Explication	poids
Céréales, grains, racines et tubercules	Riz, pâtes, pain, couscous, sorgho, pomme de terre, patate douce	2
Légumineuses / noix	Haricots, niébé, cacahuètes, lentilles, houmous, noix	3
Lait et autres produits laitiers	Lait frais, leben, yaourt, fromage, autres produits laitiers (à l'exception de la margarine / beurre ou petites quantités de lait pour le thé / café)	4
Viande, poisson et oeufs	Chèvre, boeuf, poulet, poisson, y compris thon en conserve, escargot et / ou autres fruits de mer, oeufs (viande et poisson consommés en grande quantité et non comme condiment)	4

Groupe alimentaire	Exemples / Explication	poids
Légumes et feuilles	Epinards, oignons, pois verts, tomates, carottes, poivrons, haricots verts, laitue, etc.	1
Fruits	Banane, pomme, citron, orange, etc.	1
Huile / Graisse / Beurre	huile végétale, huile de palme, margarine, autres graisses / huiles	0,5
Sucre, ou sucrerie	Sucre, miel, confiture, gâteaux et autres sucreries (boissons sucrées)	0,5
Condiments / épices	Thé, café / cacao, sel, ail, épices, levure / levure chimique, tomate / Sauce, viande ou poisson comme condiment, condiment comprenant une petite quantité de lait	0

Ces poids sont multipliés par le nombre de jours par semaine pendant lesquels le ménage a mangé ce groupe alimentaire et additionnés pour tous les groupes alimentaires.

Le SCA final est ensuite utilisé pour classer les ménages dans l'un des trois groupes sur la base d'un seuil prédéfini comme illustré dans le tableau (9).

Le tableau montre également que **27% de tous les PVVIH interrogés appartiennent au groupe de consommation alimentaire pauvre**, ce qui implique que ces ménages ne consomment pas de produits de base et de légumes tous les jours et ne consomment jamais ou très rarement des aliments riches en protéines tels que la viande et les produits laitiers.

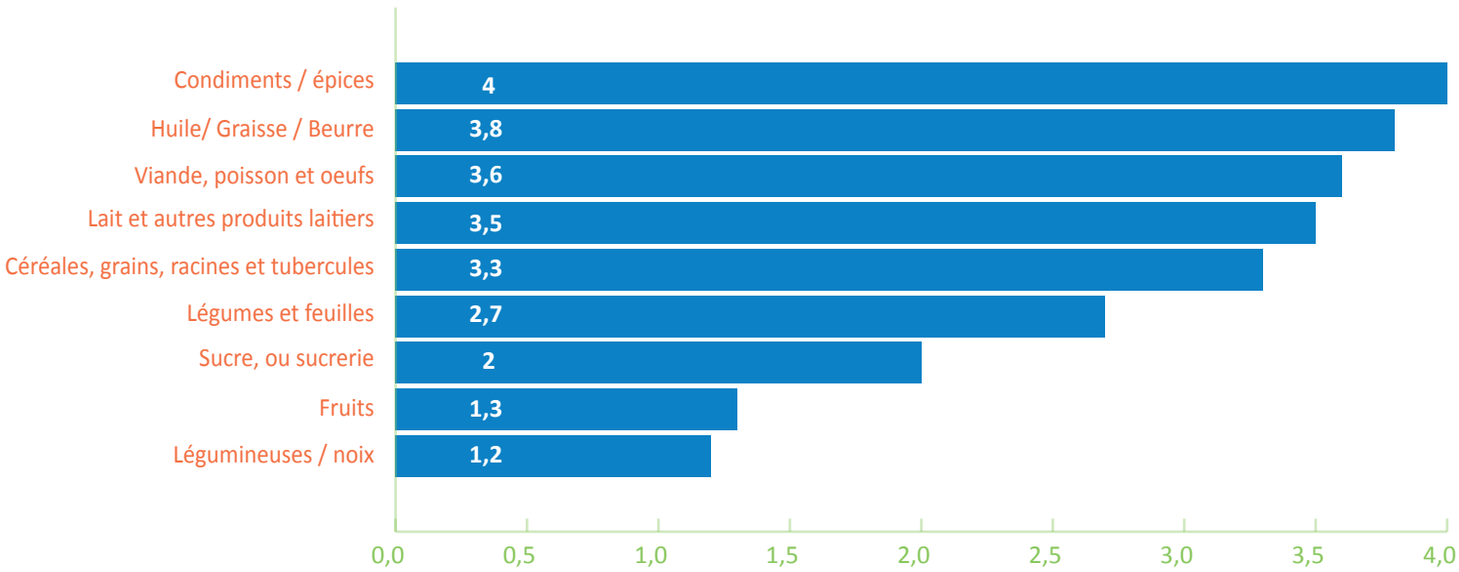
Tableau 9 - Seuil du score de consommation alimentaire et prévalence des groupes de consommation alimentaire chez les PVVIH

Groupe de consommation de nourriture	Seuil	Interprétation	Pourcentage
Mauvaise consommation de nourriture	**0-28**	Les ménages qui ne consomment pas de produits de base et de légumes tous les jours et qui ne consomment jamais ou très rarement des aliments riches en protéines tels que la viande et les produits laitiers.	**27.2%**
Consommation alimentaire limitée	**28,5 - 42**	Les ménages qui consomment des aliments de base et des légumes tous les jours, accompagnés d'huile et légumineuses quelques fois par semaine.	**18,6**
Consommation alimentaire acceptable	**>42**	Les ménages qui consomment quotidiennement des produits de base et des légumes, souvent accompagnés d'huile et de légumineuses, et parfois de viande, de poisson et de produits laitiers.	**54,3**
Total			**100**

Cette observation est examinée plus en détail par le nombre moyen non pondéré de jours pendant lesquels chaque groupe alimentaire est consommé par les PVVIH. La figure (21) montre que les condiments comme le café et le thé, et l'huile ou les graisses sont les deux groupes d'aliments consommés pas moins de 4 jours par semaine. Ensuite, viennent les protéines, les produits laitiers et les féculents avec une moyenne de 3 à 3,5 jours par semaine. Les fruits et légumes sont consommés entre 1 et 3 jours par semaine. Les légumes secs, les légumineuses et les noix ne sont consommés qu'une fois par semaine en moyenne.

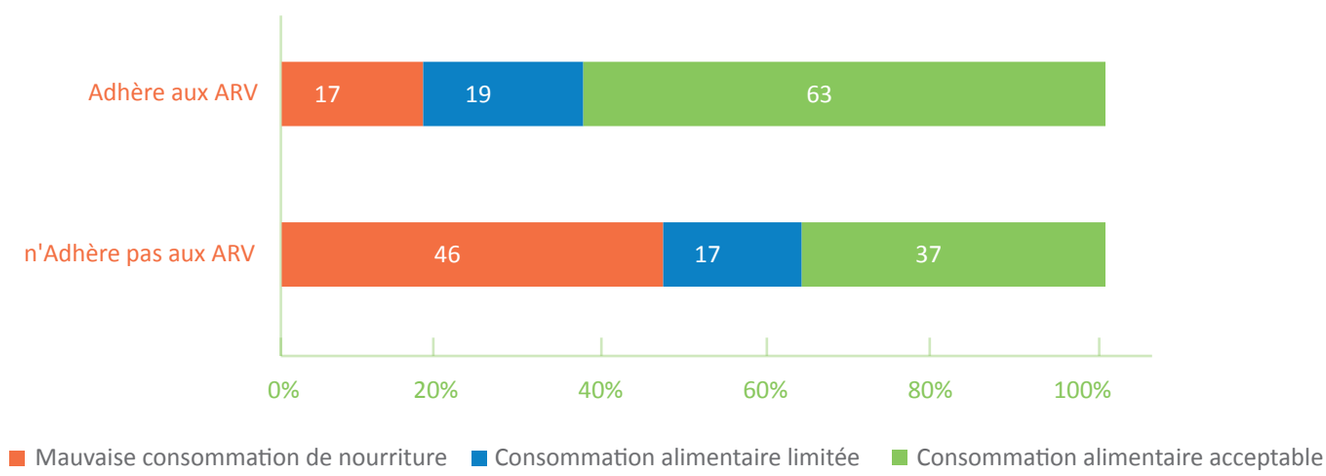
Trois PVVIH interrogés sur quatre ont déclaré qu'ils se soucient rarement de savoir si la nourriture qu'ils mangent est saine.

Figure 21 - Nombre moyen de jours par semaine pour chaque groupe alimentaire consommé



À l'instar du modèle trouvé avec l'indice de sécurité alimentaire consolidé, aucune relation significative n'est trouvée entre le score de consommation alimentaire et le sexe du répondant ou le sexe du chef de ménage. La figure (22), montre qu'une mauvaise consommation alimentaire est presque trois fois plus élevée chez ceux qui manquent le traitement que chez ceux qui adhèrent au TAR (valeur p = 0,000). Le même schéma est observé par les groupes de richesse où la mauvaise consommation alimentaire a augmenté à 58% parmi le quintile le plus pauvre. La mauvaise consommation alimentaire est également la plus élevée parmi les professionnels du sexe et les UDI.

Figure 22 - Score de consommation alimentaire par adhésion au TAR



Score de consommation alimentaire - Nutrition (SCA-N)

Dans des contextes spécifiques où la situation nutritionnelle doit être étudiée plus avant, le score de consommation alimentaire est adapté en ajoutant des groupes d'aliments riches en macro et micronutriments. Ces groupes comprennent les légumes orange, les légumes à feuilles vertes, les fruits orange, la viande de chair, la viande d'organe, le poisson et les oeufs.

Ces groupes d'aliments ainsi que d'autres groupes de SCA constituent trois catégories principales d'aliments riches en protéines, la vitamine A et les aliments riches en fer, comme illustré dans le tableau (10).

Tableau 10 - Groupes d'aliments riches en nutriments inclus dans le SCA-N

	Groupe alimentaire	Exemples / Explication
Nourriture riche en Vitamine A	**Produit laitier Oeufs**	Lait frais / raieb, leben, yaourt, fromage, autres produits laitiers Viande d'organe Foie, reins, coeur, pattes et autres abats
	Légume orange	Carotte, poivron rouge, potiron
	Légume à feuilles vertes	Epinards, brocoli, amarante et / ou autres feuilles vert foncé
	Fruits orange	Abricot, pêche
Aliments riches en protéines	**Légumineuses**	Haricots, niébé, cacahuètes, lentilles, pois-chiche, noix
	Produit laitier	Lait frais / aigre, yaourt, fromage, autres produits laitiers
	Viande de chair	Boeuf, porc, agneau, chèvre, lapin, poulet, canard, autres oiseaux
	Viande d'organe	Foie, reins, coeur, pattes et autres abats
	Poisson	Foie, reins, coeur, pattes et autres abats
	Viande d'organe	Poisson, y compris le thon en conserve, les escargots et / ou d'autres fruits de mer (poisson en grande quantité et non comme condiment)
	OEufs	Poisson, y compris le thon en conserve, les escargots et / ou d'autres fruits de mer (poisson en grande quantité et non comme condiment)
Nourriture riche en Fer héminique	**Viande de chair**	Boeuf, porc, agneau, chèvre, lapin, poulet, canard, autres oiseaux
	Viande d'organe	Foie, reins, coeur, pattes et autres abats
	Poisson	Poisson, y compris le thon en conserve, les escargots et / ou d'autres fruits de mer (poisson en grande quantité et non comme condiment)

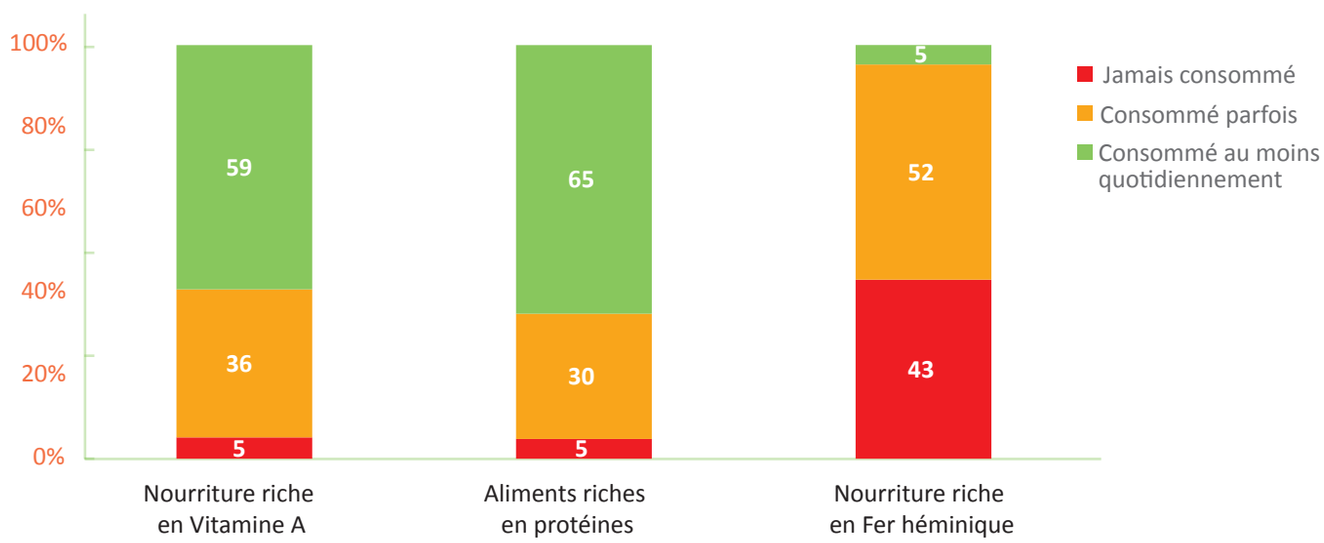
Le score de consommation alimentaire-Nutrition recueille le nombre de jours de consommation de chacun de ces groupes d'aliments au cours des 7 jours précédant la collecte des données.
Le nombre de jours de consommation de chaque groupe est additionné par catégorie riche en nutriments et le score final est recodé comme suit.

- Jamais consommé : 0 jour
- Consommé parfois : 1-6 jours
- Consommé au moins quotidiennement : + 7 jours

Il convient de noter que certains aliments sont répétés pour inclure plus d'un nutriment.
Par exemple, la viande de chair, la viande d'organe et le poisson sont des aliments répétés dans le groupe alimentaire riche en protéines et le groupe alimentaire riche en fer. La figure (23) montre les résultats du SCA-N pour chaque catégorie d'aliments riches en nutriments.

Une carence importante est notée dans les aliments riches en fer héminique, 43% des PVVIH n'ayant jamais consommé ce groupe alimentaire dans la semaine précédant la collecte des données. Cela peut être interprété par les produits alimentaires relativement coûteux qui composent le groupe alimentaire riche en fer héminique sans le remplacer par des aliments à base de plantes moins cher.
La consommation rare d'aliments riches en fer héminique entraîne une carence d'apport en fer, l'une des principales causes de l'anémie qui a un impact significatif sur la productivité et la qualité de vie.

Figure 23 - Consommation de groupes alimentaires SCA-N

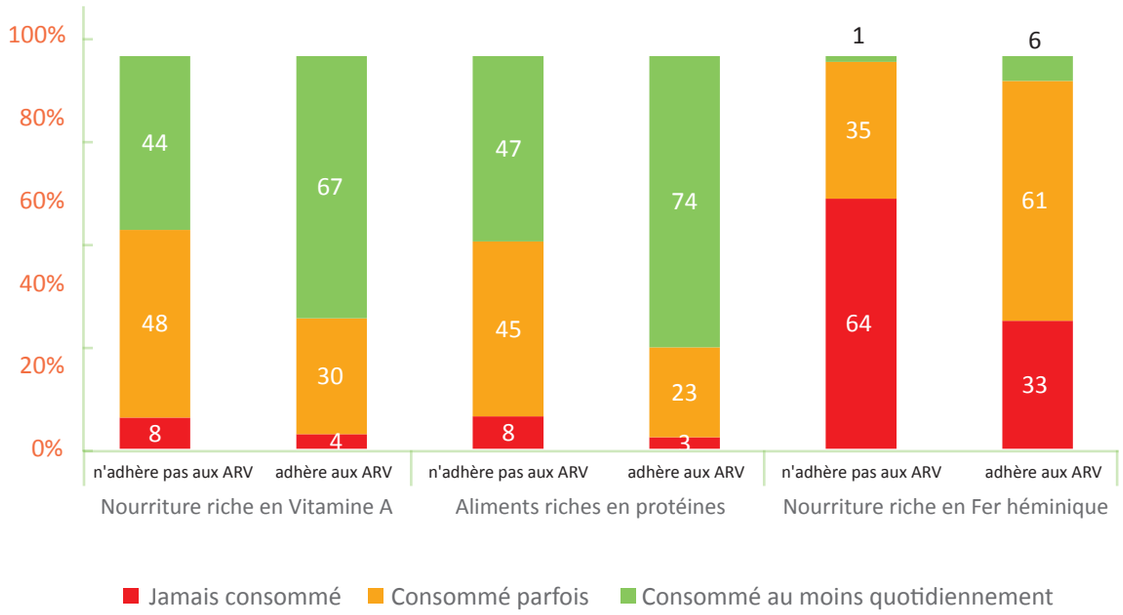


Le même schéma est observé lors de la désagrégation des résultats du score de consommation alimentaire - Nutrition par adhésion au TAR ou indice de richesse.

La figure (24) montre que 64% de ceux qui manquent de traitement antirétroviral n'ont jamais consommé d'aliments riches en fer dans les 7 jours précédant la collecte des données, contre 33% de ceux qui adhèrent au traitement ne consommant pas ce groupe alimentaire pendant la même période de référence. Le groupe alimentaire riche en fer héminique est également rarement consommé parmi les UDI (72%) et les professionnels du sexe (52%).

Ceci est fortement corrélé au statut de pauvreté de ces populations clés et aux prix relativement élevés des produits alimentaires dans le groupe riche en fer.

Figure 24 - SCA-N par adhésion au TAR



Indices de stratégie d'adaptation basé sur les moyens d'existence (CSI)

L'indice de stratégie d'adaptation basé sur les moyens d'existence mesure la capacité d'adaptation d'un ménage à long terme.
Il est composé de 10 stratégies d'adaptation avec différents niveaux de gravité, comme indiqué dans le tableau (11). Ces stratégies sont sélectionnées à partir de la liste maîtresse des stratégies d'adaptation du PAM après consultation des leaders communautaires des PVVIH pendant la phase de conception.

L'indice comprend quatre stratégies de stress, trois stratégies de crise et trois stratégies d'urgence :

- Les stratégies de stress indiquent une capacité réduite à faire face aux chocs futurs en raison d'une réduction actuelle des ressources ou d'une augmentation des dettes.
- Les stratégies de crise sont souvent associées à la réduction directe de la productivité future.
- Les stratégies d'urgence affectent également la productivité future mais sont plus difficiles à inverser ou de nature plus dramatique que les stratégies de crise.

Le module des stratégies d'adaptation des moyens d'existence recueille des informations pour savoir si le ménage a eu recours à cette stratégie dans les 30 jours précédant la collecte des données.

Il demande également si le ménage a déjà épuisé cette stratégie, auquel cas il est considéré comme ayant recours à cette stratégie et enregistré comme « oui » pour l'indicateur principal.

Tableau 11 - Stratégies d'adaptation basées sur les moyens d'existence avec le niveau de gravité et le pourcentage de ménages les employant

Stratégie d'adaptation basée sur les moyens d'existence	Pourcentage de ménages utilisant cette stratégie	Gravité
Vente de biens / biens du ménage (radio, mobilier, télévision, bijoux, etc.)	32,0	Stress
Envoyé des membres du ménage manger ailleurs	16,5	Stress
Nourriture achetée à crédit ou nourriture empruntée	45,5	Stress
Argent emprunté	54,2	Stress
Vendre vos tablettes TAR	1,3	Crise
Retirer les enfants de l'école	3,0	Crise
Réduction des dépenses de santé et d'éducation	23,8	Crise
Mendicité	15,6	Urgence
S'engage dans des activités illégales (vol, prostitution)	15,6	Urgence
Tout le ménage a migré (ou est sans-abri)	9,43	Urgence

Les ménages sont ensuite regroupés et classés selon la stratégie la plus extrême qu'ils utilisent. Les ménages qui ne recourent à aucune de ces stratégies sont enregistrés comme neutres.
Le tableau (12) montre le niveau de gravité des stratégies d'adaptation auxquelles les PVVIH ont recours en Tunisie, **30% des répondants ont recours à des stratégies d'adaptation d'urgence**.

Aucune relation significative n'est trouvée entre la gravité des stratégies d'adaptation et le sexe des répondants ou le sexe du chef de ménage. Cependant, la gravité des stratégies d'adaptation augmente pour les ménages les plus pauvres, parmi les professionnels du sexe et les UDI,et les PVVIH manquant de TAR (tous statistiquement significatifs avec p- valeur = 0,000).

30 % des PVVIH

ont eu recours à des stratégies d'adaptation **d'urgence.**

16 % Mendicité

18 % Vol et prostitution

9 % Migration et itinérance

Tableau 12 - Pourcentage de ménages utilisant divers niveaux de stratégies d'adaptation

Niveau de gravité	Fréquence	Pourcentage
Neutre	314	31,9
Stress	231	23,4
Crise	148	15,0
Urgence	293	29,7
Total	986	100

Part des dépenses alimentaires (PDA)

La part des dépenses alimentaires est un indicateur supplétif de la vulnérabilité économique d'un ménage. En général, plus les dépenses alimentaires sont élevées par rapport aux autres biens et services, plus le ménage est économiquement vulnérable. En moyenne, les ménages PVVIH interrogés consacrent 41% de leurs dépenses totales à la nourriture, suivis du loyer (19%) et des services publics (12%).
Sur tous les ménages, 11% ont consacré plus de 65% de leur budget à l'alimentation.
Cette tendance n'a changé par aucune des caractéristiques de la population.
La part des dépenses alimentaires est légèrement plus élevée parmi ceux qui vivent à Tunis la capitale (42%) par rapport à ceux qui vivent en dehors de la capitale (39%).
Cette constatation concorde avec d'autres constatations montrant que les résidents de la capitale appartiennent à des quintiles de richesse plus pauvres et ont un revenu moyen inférieur.

Tableau 13 - Part des dépenses alimentaires

Seuils de part des dépenses alimentaires	Fréquence	Pourcentage	
<50%	666	69	89
50%-<65%	195	20	
65%-<75%	66	7	11
>=75%	38	4	
Total	965	100	

Indice de stratégie d'adaptation basé sur la consommation, réduit (ISAr)

L'indice de stratégie d'adaptation réduite mesure le niveau de stress auquel un ménage est confronté lorsqu'il est exposé à une pénurie alimentaire en évaluant la fréquence d'adoption de 5 mécanismes d'adaptation liés à l'alimentation, ainsi que leur gravité relative. Il est calculé à partir des cinq stratégies standard ci-dessous en utilisant une période de rappel de 7 jours.

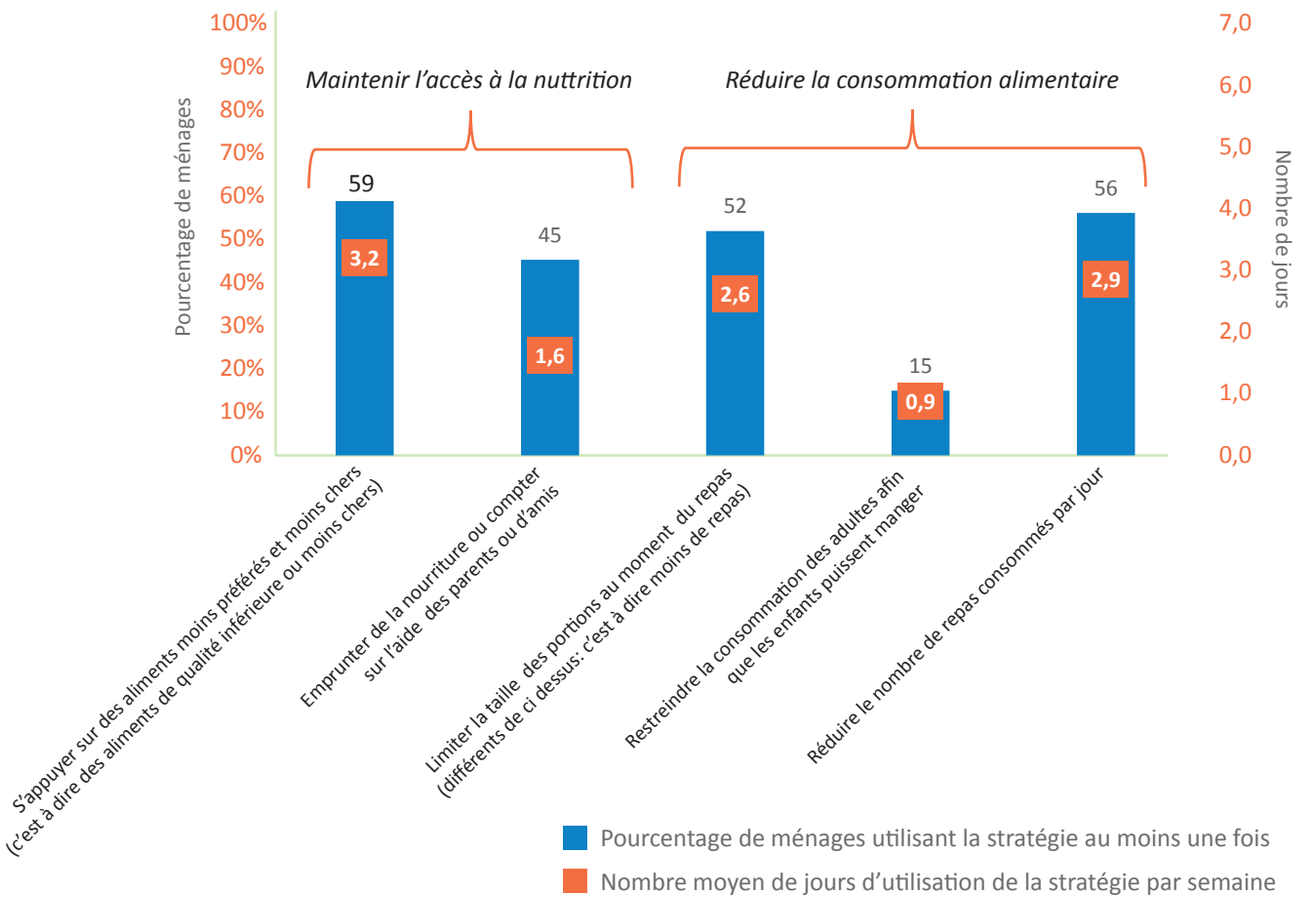
Tableau 14 - Stratégies d'adaptation basées sur la consommation

Stratégie	poids
S'appuyer sur des aliments moins préférés et moins chers (c'est-à-dire des aliments de qualité inférieure moins chers)	1
Emprunter de la nourriture ou compter sur l'aide parents ou d'amis	2
Limiter la taille des portions au moment du repas (différents de ci-dessus : c'est-à-dire moins de repas)	1
Restreindre la consommation des adultes afin que les enfants puissent manger	3
Réduire le nombre de repas consommés par jour	1

Le module ISAr explore le nombre de jours pendant lesquels un ménage a eu recours à l'une de ces stratégies au cours d'une semaine donnée et enregistre les scores de réponse entre 0 et 7. Ces scores sont ensuite multipliés par leurs poids respectifs. Les scores de fréquence pondérés sont ensuite additionnés par ménage pour calculer le score ISAr global compris entre 0 et 56 et exprimé sous forme de score moyen.
Le score ISAr moyen pour la population de PVVIH en Tunisie est de 14.
La figure (25) montre le pourcentage de ménages utilisant chacune des stratégies d'adaptation basées sur la consommation au moins une fois

ainsi que le nombre moyen de jours pendant lesquels la stratégie est employée pendant la semaine précédant la collecte des données. Plus de la moitié de tous les ménages ont eu recours à une baisse de la qualité des aliments, à une réduction de la portion par repas et à une réduction du nombre de repas par jour pendant une moyenne de 3 jours par semaine.

Figure 25 - Indice de stratégie d'adaptation basé sur la consommation, réduit



Score de diversité alimentaire des femmes (SDA-F)

Le Score de diversité alimentairedes femme (SDA-F) reflète la probabilité d'adéquation en micronutriments du régime alimentaire et, par conséquent, les groupes d'aliments inclus dans le score sont adaptés à cet objectif. Il utilise des groupes d'aliments similaires au score de consommation alimentaire, mais pour l'individu plutôt que pour le ménage et avec une période de rappel de 24 heures. L'indice est composé de 9 groupes d'aliments comme suit :

Tableau 15 - Groupes alimentaires de diversité alimentaire pour les femmes

Groupe alimentaire	Exemples
Aliments de base et féculents	Riz, pâtes, pain, couscous, sorgho, pomme de terre, patate douce
Légumes à feuilles vertes foncées	Epinards, brocoli, amarante et / ou autres feuilles vertes foncées
Autres fruits et légumes riches en vitamine A	Légumes orange (légumes riches en vitamine A) : carotte, poivron rouge, citrouille Fruits orange (fruits riches en vitamine A) : papaye, abricot, pêche

Groupe alimentaire	Exemples
Autres fruits et légumes	Tous les autres fruits et légumes
Viande d'organe	Foie, reins, coeur, pattes et autres abats
Viande et poisson	Viande de chair : boeuf, porc, agneau, chèvre, lapin, poulet, canard, autres oiseaux Poissons / crustacés : poissons, y compris le thon en conserve, les escargots et / ou d'autres fruits de mer
Oeufs	
Légumineuses, noix et graines	Haricots, niébé, cacahuètes, lentilles, houmous, noix
Lait et produits laitiers	Lait frais / raeib, leben, yaourt, fromage, autres produits laitiers

Le module de diversité alimentaire attribue la valeur de 1 à chaque groupe alimentaire s'il a été consommé par le répondant dans les 24 heures précédant la collecte des données.
Les scores sont ensuite calculés en additionnant les groupes d'aliments par répondant.
Les scores varient donc de 0 à 9 et sont exprimés en nombre moyen de groupes alimentaires consommés dans la population féminine. En moyenne, les femmes PVVIH interrogées ont consommé **4 des 9 groupes alimentaires** la veille de l'enquête.

Malnutrition

La malnutrition survient lorsque l'apport en nutriments et en énergie ne satisfait pas ou dépasse les besoins d'un individu pour maintenir sa croissance, son immunité et la fonction des organes. La malnutrition peut prendre plusieurs formes :

- **Dénutrition** survient lorsque l'apport ou l'absorption d'énergie ou d'un ou plusieurs nutriments (protéines et / ou micronutriments) est inférieur à ce qui est nécessaire. La dénutrition peut entraîner une malnutrition chronique, une malnutrition aiguë et / ou des carences en micronutriments.

- **Surnutrition** est la surconsommation de nutriments et d'énergie au point de nuire à la santé. La surnutrition peut entraîner un surpoids et une obésité, ainsi que des maladies non transmissibles liées à la nutrition.

Il existe plusieurs façons d'évaluer la malnutrition, notamment l'anthropométrie, les évaluations cliniques et les évaluations biochimiques.
L'anthropométrie est la mesure des dimensions physiques du corps. Les dimensions physiques courantes utilisées pour interpréter l'état nutritionnel sont le poids, la taille ou la longueur et la circonférence moyenne du bras appelée aussi périmètre brachial (PB).

Cette enquête a recueilli des mesures anthropométriques des répondants (poids, taille) pour évaluer leur situation nutritionnelle.
Les enquêteurs ont reçu des balances et des rubans à mesurer pour mesurer le poids et la taille lors des entretiens qui ont eu lieu dans les établissements de soins de santé ou dans les locaux des ONG locales.

Cependant, il était difficile pour les enquêteurs d'utiliser ces instruments lors d'entretiens qui ont eu lieu dans des cadres informels avec des PVVIH qui ne sont pas sous TAR.

Dans ces cas, des mesures anthropométriques autodéclarées ont été enregistrées et peu d'observations irréalistes ont été abandonnées.

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé pour chaque répondant selon la formule IMC = poids (kg) / taille $(m)^2$. Le tableau (16) montre les seuils d'IMC adoptés pour définir la situation nutritionnelle des répondants ainsi que le pourcentage de répondants appartenant à chaque groupe. Le surpoids / l'obésité semblaient préoccupants, **31% de tous les répondants étaient en surpoids ou obèses, tandis que 6% souffraient d'insuffisance pondérale.**

Tableau 16 - Seuil de l'Indice de Masse Corporelle et statut nutritionnel des PVVIH

Statut nutritionnel	Seuil IMC13 [13]	% (n=960)
Poids insuffisant	<18,5	5,7
Normal	18,5-<25	63,5
Surpoids	25-<30	24,2
Obèse	30-40	6,6

L'état nutritionnel est significativement différent selon le sexe (valeur p = 0,000). Suivant le schéma observé dans la région MENA, l'obésité est significativement plus élevée chez les femmes, 13% des femmes PVVIH interrogées étaient obèses contre seulement 3% des hommes interrogés (figure 26).

Tous les autres critères de désagrégation étaient également significativement corrélés à l'état de la malnutrition. La figure (27) montre que l'insuffisance pondérale est plus répandue parmi les plus pauvres tandis que le surpoids / obésité est plus répandu parmi les plus riches.
En examinant le statut du TAR, le surpoids / l'obésité était plus du double chez les adhérents au TAR par rapport à ceux qui manquaient de traitement, comme illustré dans la figure (28). La prévalence de l'insuffisance pondérale semble être la plus élevée parmi les UDI, tandis que le surpoids / obésité était le plus élevé parmi ceux qui ont été infectés en raison de rapports sexuels non protégés et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, comme le montre la figure (29). Pour les femmes enceintes et femmes allaitantes (FEFA), seul le PB a été utilisé pour évaluer l'état nutritionnel puisque leur IMC est modifié par les fluides corporels.

Cependant, le nombre de FEFA interrogées est très faible, donc le tableau (17) ne présente qu'une indication de leur situation nutritionnelle, 30% des PVVIH interrogeés souffraient de dénutrition.

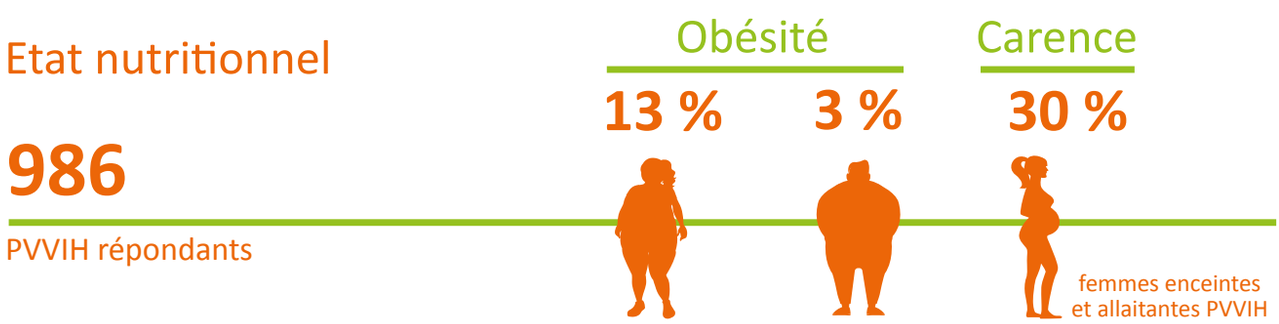


Tableau 17 - Situation de la malnutrition chez les femmes enceintes et allaitantes

Statut nutritionnel des PVVIH	Seuil du Périmètre brachial [14]	% (n=24)
Poids insuffisant	<23	29,2
Normal	23-33	70,8
Obèse	>33	0

13 Adopté par le Centre de contrôle et de prévention des maladies
14 PAM (2018). Manuel sur l'alimentation et la nutrition. Disponible : Online.

Figure 26 - Malnutrition par genre

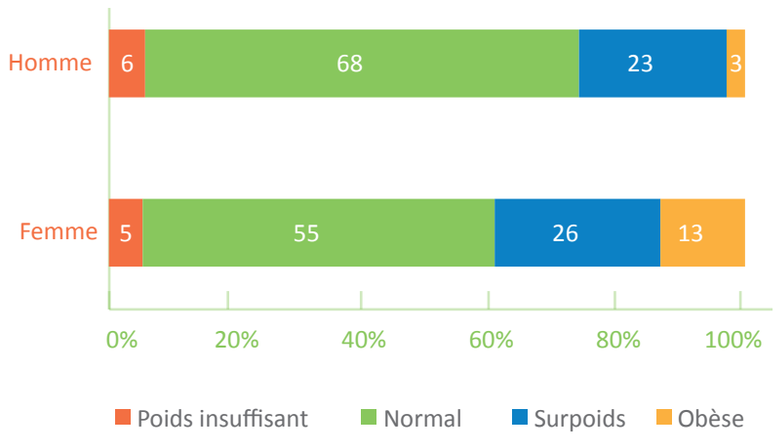


Figure 27 - Malnutrition par quintile de richesse

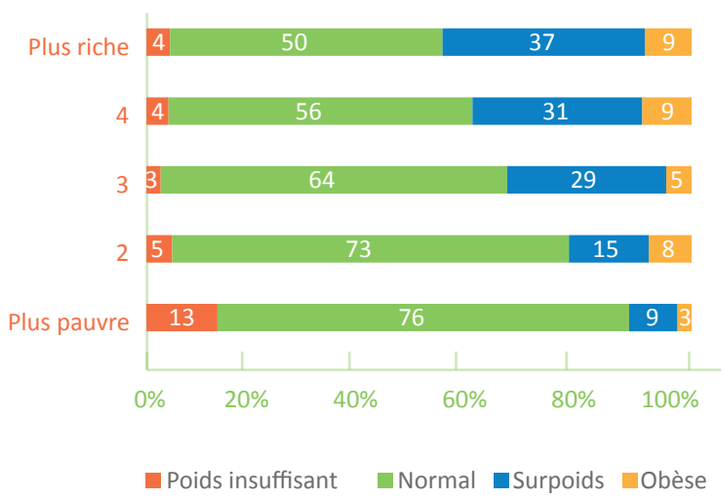


Figure 28 - Malnutrition par adhésion au TAR

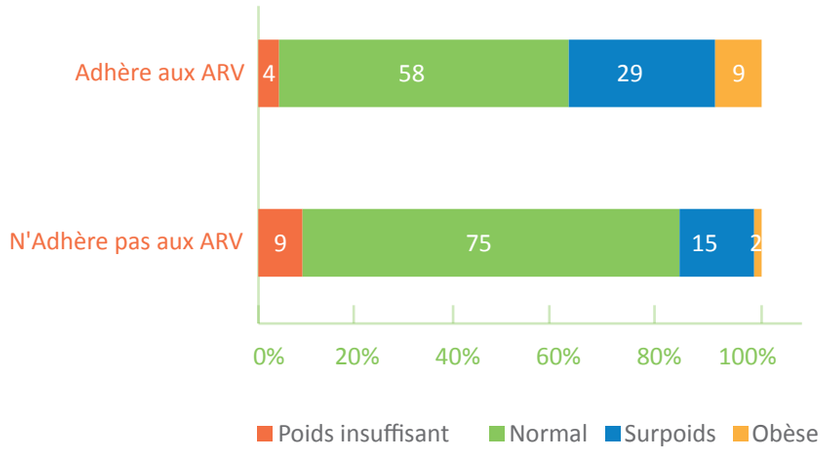
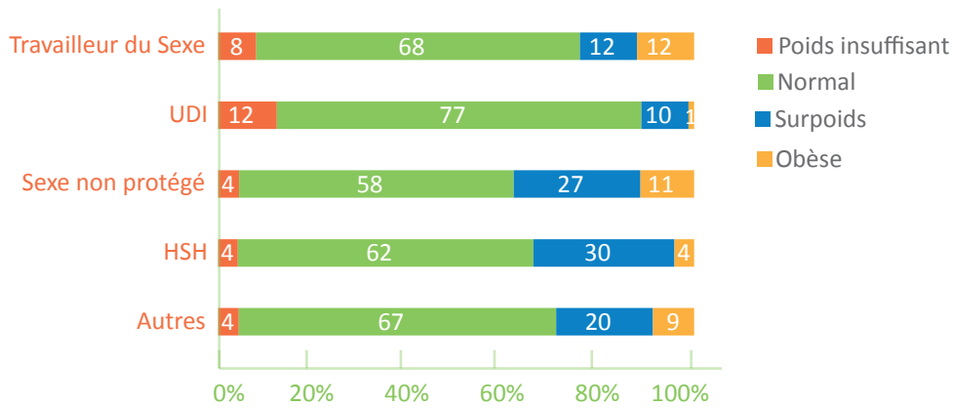


Figure 29 - Malnutrition par population clés de PVVIH



NB: Autres = personnes non-binaire

CHAPITRE 4

Evaluation qualitative

Ce chapitre présente les points saillants de l'évaluation qualitative utilisant la méthodologie des groupes de discussion focalisés organisés avec les PVVIH sur la sécurité alimentaire, la nutrition et le bien-être général. Les informations qualitatives comblent les lacunes contextuelles difficiles à comprendre à travers l'enquête. Les résultats ci-dessous mettent l'accent sur l'état de santé mentale fragile des PVVIH ainsi que sur la discrimination dont ils souffrent sur le lieu de travail, dans les établissements de santé et au sein de leur propre famille.

Stigmatisation et discrimination

La stigmatisation associée au sida est profondément enracinée en Tunisie depuis plus de 40 ans.
Elle est causée par de multiples facteurs, notamment les idées fausses sur le virus, les mythes sur les modes de transmission, l'accès insuffisant aux traitements, les défis des politiques publiques de lutte contre le VIH, le fait que le sida est incurable, ainsi que les craintes liées à la maladie et à la mort. La stigmatisation peut conduire à la discrimination et à d'autres violations des droits de l'homme, y compris la dignité civique, le droit au travail et l'égalité, qui affectent fondamentalement le bien-être des personnes vivant avec le VIH.
La stigmatisation et la discrimination alimentent la transmission du VIH car elles constituent des obstacles majeurs à la prévention de nouvelles infections.
Ils entravent également les efforts visant à fournir des soins adéquats et à atténuer l'impact du VIH.
Couvrir le problème sous-jacent de la discrimination peut conduire à nier son existence et à refuser de reconnaître que des mesures doivent être prises rapidement.
Cela peut conduire à confondre les personnes vivant avec le VIH avec une sorte de « problème » plutôt qu'une solution pour contenir et gérer l'épidémie.
La stigmatisation et la discrimination associées au VIH entravent les efforts de prévention car les gens ont peur de savoir s'ils sont infectés. Ainsi, ils ne recherchent pas d'informations sur l'atténuation du risque d'exposition et l'adoption d'un comportement sûr : Dans certains cas, les PVVIH ne divulguent pas leur statut même aux membres de leur famille et à leurs partenaires sexuels par peur de la solitude.
Ils ont également peur de la stigmatisation qui suivra les membres de leur famille en cas de divulgation :

« *La société n'arrive pas à nous accepter, c'est normal que cela affecte nos familles, après tout elles ne sont pas isolées comme nous, mais elles finiront par l'être* » (PVVIH de sexe féminin).

L'impact de la stigmatisation et de la discrimination sur les PVVIH est multiplié en raison de l'intersection de la séropositivité avec d'autres catégories sociales marginalisées, notamment l'orientation sexuelle, le commerce du sexe, l'injection de drogues, la migration illégale ou l'emprisonnement.
Les PVVIH interrogés ont perçu la stigmatisation comme un obstacle à tous les niveaux où ils ont commencé à l'intérioriser :
«*Je ne veux pas affronter la réalité et chercher un emploi parce qu'à la fin, ils découvriront que je suis séropositive et je serai licenciée de toute façon*» (PVVIH de sexe féminin)

Problèmes de santé mentale

Les PVVIH sont très sujets aux problèmes de santé mentale. La non-acceptation et le secret autour du VIH ainsi que l'association de la transmission du VIH avec l'orientation sexuelle laissent les PVVIH avec des sentiments de culpabilité et de regret sans laisser une chance d'acceptation de soi.

«*Nous nous sentons coupables à cause de la société, nous ne sommes pas acceptés et isolés. Je regrette d'avoir été infecté.* » (PVVIH de sexe masculin)

Les PVVIH peuvent éprouver des étourdissements, de l'anxiété, de l'insomnie et des problèmes neurologiques en raison de l'infection. Cela peut être le résultat direct de l'infection par le VIH, des effets secondaires du traitement ou d'une combinaison des deux. En outre, l'association apparemment inévitable entre le VIH et la mort crée un état d'incertitude parallèle à un large éventail d'émotions négatives, notamment l'anxiété, la peur, le désespoir et la dépression. De plus, la panique, l'hystérie et la haine exercées par la société contre les PVVIH contribuent à un état général de dépression.
Les pensées suicidaires demeurent une menace pour les personnes vivant avec le VIH. Même si le TAR est largement disponible en Tunisie, certaines PVVIH qui adhèrent au traitement et connaissent une augmentation significative du nombre de $CD4^+$ font

toujours face à des défis avec leur bien-être émotionnel alors que l'association entre le VIH et la mort persiste. De nombreuses PVVIH qui ont survécu à la première vague de sida dans les années 1980 et 1990 ont encore des problèmes non résolus, notamment le fardeau émotionnel causé par la perte d'amis et d'un être cher. La culpabilité des survivants et le trouble de stress post-traumatique sont plus fréquents chez les PVVIH plus âgés. Comme le TAR, ou plutôt une bonne adhésion au traitement, permet aux gens d'atteindre un âge plus avancé, ils risquent de voir leur réseau d'amis se rétrécir progressivement et de se retrouver seuls et isolés, ce qui peut provoquer dépression et anxiété.

« *Le risque de mourir seul. Mes amis ont eu la chance de me trouver pour les enterrer, je risque de ne trouver personne pour m'enterrer* » (PVVIH de sexe masculin)

Encore répandue, la stigmatisation du VIH impose un fardeau psychologique supplémentaire aux personnes vivant avec le VIH, et nombre d'entre elles ne peuvent pas faire face sans le soutien approprié. De plus, comme les problèmes de santé mentale et émotionnelle sont généralement stigmatisés dans la société, les personnes touchées par le VIH peuvent avoir du mal à reconnaître les troubles de leur santé mentale et à chercher de l'aide pour atténuer la détresse causée par les problèmes émotionnels.

Vie Professionnelle

La vie professionnelle des PVVIH en Tunisie est perturbée une fois qu'ils sont diagnostiqués car ils ont du mal à trouver un équilibre entre les exigences de leur état de santé et leur travail.

Les symptômes, le traitement, les effets secondaires, la planification des consultations médicales, l'hospitalisation, les exigences alimentaires, les exigences de repos et de sommeil sont tous des facteurs qui affectent leur performance au travail. Les PVVIH ont souvent besoin de congés de travail, ce qui conduit à la divulgation de leur état de santé et ainsi le cycle de la stigmatisation et de la discrimination commence. Les PVVIH endurent les commentaires désagréables et les regards inappropriés de leurs collègues sur le lieu de travail en raison de la stigmatisation liée au VIH.

La discrimination contre les PVVIH sur le lieu de travail peut se terminer par un licenciement ou une démission lorsqu'elle devient trop difficile à gérer. Les PVVIH en Tunisie ont le droit de faire appel contre la discrimination et le licenciement forcé, mais les procédures légales sont longues et épuisantes.

« *Je viens de déposer une plainte pour licenciement abusif contre mon ancien employeur. J'ai traversé une période difficile, j'avais des infections opportunistes et une charge virale élevée. Tout à coup, cela a nécessité des absences de travail répétitives, raison pour laquelle mon ancien patron a utilisé contre moi.* »
(PVVIH de sexe masculin)

Suivre les PVVIH tout au long de leur carrière montre des changements fréquents de statut d'emploi et / ou de profession en raison de l'instabilité du travail qu'ils vivent avec le VIH. Très peu d'activités de sensibilisation sur le marché du travail ont été mises en oeuvre pour les personnes vivant avec le VIH.

« *Nous ne sommes pas concernés par le marché du travail; nous avons été condamnés depuis que nous avons reçu la lettre de liaison de notre médecin qui déclare notre séropositivité au VIH. Je me souviens de ce moment qui a changé ma vie.* »
(PVVIH de sexe masculin)

Les PVVIH interrogés ont également exprimé des incertitudes concernant la sécurité sociale. Même si l'espérance de vie d'une personne vivant avec le VIH est désormais très proche de celle d'une personne en bonne santé, elle n'a toujours pas un accès égal aux régimes de sécurité sociale.

Les défis de l'expérience des PVVIH dans leur carrière et les incertitudes liées à la sécurité sociale renforcent le fardeau psychologique avec lequel elles vivent. Dans certains cas, l'aide aux moyens d'existence est la seule forme d'intervention dont les PVVIH ont besoin.

Soins et traitements médicaux

La qualité des soins médicaux dans le domaine du VIH en Tunisie est satisfaisante pour les PVVIH. Ils obtiennent entre 2 et 4 consultations médicales de routine par an et testent fréquemment le nombre de CD4 et la charge virale pour suivre les progrès. Même si les PVVIH font confiance au système de santé en Tunisie, leur niveau de satisfaction à l'égard des services de santé varie d'une région à l'autre à travers le pays. Par exemple, la distance et le temps d'attente constituent un obstacle majeur pour ceux qui suivent à Tunis mais vivent en dehors de la capitale.

Le jour de la visite, les PVVIH doivent arriver tôt le matin pour s'inscrire à la réception de l'hôpital, attendre leur tour pour voir le médecin, obtenir la consultation, et enfin recevoir un traitement de la pharmacie de l'hôpital. Ce cycle de visites peut durer environ cinq heures à chaque visite, ce qui crée une certaine frustration chez les PVVIH.

D'autres centres comme Monastir semblaient disposer de meilleurs canaux de communication et de services de conseil qui attiraient les PVVIH :

«*Je suis en contact avec mon médecin sur WhatsApp, il est toujours là pour moi, même lorsqu'il est en mission à l'étranger. L'autre avantage dans le centre de Monastir est l'hôpital de jour, un endroit agréable, nous avons tous les soins nécessaires même pour avoir notre traitement. Malgré la distance (130 km de chez moi), je préfère m'y rendre à cause du confort par rapport aux autres centres* ».
(PVVIH de sexe masculin)

Les PVVIH apprécient le rôle des agents de santé sociaux qui les guident à travers le système de soins de santé. Les travailleurs sociaux de la santé ont eu un impact significatif sur l'augmentation de l'observance du traitement grâce à des visites à domicile et des références. Sur la base des observations des ONG, l'observance du traitement parmi les PVVIH qui reçoivent un soutien social est meilleure que celles qui ne reçoivent aucun soutien.

Les travailleurs sociaux de la santé en Tunisie semblent avoir une approche globale de gestion des cas qui consiste à comprendre la situation et les besoins de la personne, les ressources disponibles et la méthode pratique d'orientation. Aussi critique que soit leur rôle, les travailleurs sociaux de la santé ne sont pas reconnus comme des professionnels de la santé pour éviter de mélanger leur rôle avec les infirmières.

Ainsi, le soutien qu'elles fournissent à travers l'écoute et l'accompagnement des PVVIH n'est pas rationalisé dans le système de santé tunisien ou les organisations de la société civile.

Leur rôle est actuellement financé par le Fonds mondial et d'autres donateurs, ce qui met en péril leur durabilité. Les PVVIH souffrent de discrimination et de services de santé médiocres dans tout département autre que les maladies infectieuses.

On leur refuse parfois un traitement, une intervention chirurgicale et des soins dentaires. Les PVVIH interrogés ont partagé leurs expériences négatives dans divers départements. Une des femmes enceintes a décrit sa situation :

«*Je n'oublierai jamais mon premier accouchement à la maternité. À part le personnel qui m'a traité comme si j'avais la peste, ils ont écrit sur un livre blanc (HIV ++). Heureusement pour moi, les 7 autres femmes dans la même pièce n'ont pas compris le sens. Ils ont même collé le même drap sur le berceau de mon bébé. J'ai dû souffrir au moment de l'accouchement parce que les sages-femmes et les infirmières ont refusé de m'approcher. Cela a continué même après l'accouchement; ils ont donné des instructions aux autres femmes hospitalisées de ne pas m'approcher. Soudain, je n'ai eu personne pour me donner à boire. J'attendais la visite autorisée à 13 heures et 18 heures, entre-temps, j'étais invalide*.»
(femme PVVIH)

D'autres ont souffert du fait de recevoir des soins dentaires :

« *Actuellement, mon rendez-vous (avec le dentiste) a été reporté de plus de 9 mois, pour des raisons que je ne connais pas…* » (PVVIH de sexe masculin)

L'un des travailleurs sociaux interrogés a expliqué qu'une des raisons possibles de la discrimination contre les PVVIH dans d'autres départements de santé est que les prestataires de services ne sont pas conscients des modes de transmission et des mesures de protection. Cela nécessite une intervention supplémentaire parmi les prestataires de services de santé pour sensibiliser et réduire la stigmatisation et la discrimination parmi les PVVIH.

Société civile

Les organisations de la société civile en Tunisie complètent la politique nationale de lutte contre le VIH / SIDA. Les ONG travaillent principalement sur les efforts de prévention en cascade, le conseil et le dépistage du VIH. Peu d'organisations se sont concentrées sur les activités de prévention dans les écoles et les établissements universitaires au cours des premières années de l'épidémie de VIH.
Les services de dépistage fournis par les ONG sont de plus en plus reconnus en Tunisie, en particulier dans les zones côtières. Il existe plus de 20 centres de test gérés par des ONG à travers le pays. Cependant, l'utilisation des services de dépistage reste limitée en raison de la faible accessibilité dans les zones rurales, de la réticence de la population potentiellement infectée et du manque de sensibilisation aux services fournis.

Bien que des conseils pré et post-test soient fournis et que l'anonymat soit de plus en plus respecté dans ces centres de dépistage, ils ne sont pas pris en compte dans la structure du système de soins de santé.
Le soutien psychosocial est intégré dans le travail de toutes les organisations par le biais de pairs éducateurs qui accompagnent les PVVIH nouvellement diagnostiqués à travers le dépistage médical initial

et fournissent un soutien psychosocial tout au long du voyage. Les visites à domicile et les groupes de soutien sont des exemples d'activités proposées par des psychologues et des éducateurs pairs au sein des organisations de la société civile.
Une aide alimentaire et des activités génératrices de revenus sont également proposées aux PVVIH et aux membres de leur famille. Pourtant, ces activités sont relativement récentes et limitées en raison du manque de financement. Malgré tous ces efforts, le rôle des leaders communautaires des PVVIH et des pairs éducateurs n'a pas été pleinement reconnu par les décideurs politiques et les organisations de la société civile. Les dirigeants de la communauté de PVVIH interrogés ont exprimé leur frustration face à la marginalisation et à la négligence, en particulier lors de l'éclatement de l'épidémie de la COVID-19 et des restrictions de mouvement associées :

«*Nous sommes ignorés. Les associations actives recherchent leur visibilité. Preuve en est, nous n'avons pas été consultés pour la campagne du 1er décembre 2020. Nous faisons partie d'une association avec le slogan « **Vous n'êtes pas seuls** » mais nous avons passé le confinement seuls, seuls, vivant dans la peur de mourir du COVID-19, aucune association n'a pris le temps de nous appeler, de nous rassurer, de vérifier nos besoins, de voir si nous avons assez de TAR ! Eh bien… Nous sommes seuls, c'est la réalité.*»
(PVVIH de sexe masculin)

« *Dès qu'on voit ce qui se passe, on se sent parfois humilié, on voit des véhicules en stationnement, une ressource humaine qui présente un quart de subvention, les slogans d'associations sur la lutte contre l'exclusion, mais nous sommes exclus, vraiment exclus… En finir avec le sida avec une telle négligence! Ce sera un coup de pouce.*»
(PVVIH de sexe masculin)

Des inquiétudes ont également été soulevées concernant la centralisation du soutien des ONG dans la grande ville alors que la partie ouest du pays n'est pas couverte. Selon les répondants interrogés, les ONG n'investissent pas suffisamment d'efforts pour atteindre les PVVIH vivant dans des zones reculées avec des activités similaires fournies à ceux qui vivent dans la ville.

Aide alimentaire

Souvent négligées, la sécurité alimentaire et la nutrition sont essentielles pour les individus, les ménages et les communautés touchés par le VIH. D'un côté, l'insécurité alimentaire et un mauvais état nutritionnel peuvent accélérer la progression vers des infections opportunistes à VIH et affaiblir l'observance du traitement.

D'un autre côté, l'infection à VIH compromet la sécurité alimentaire en réduisant la capacité de travail et en compromettant les moyens de subsistance des ménages. Les interventions dans le domaine de la sécurité alimentaire et de la nutrition sont essentielles pour atteindre l'objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins complets des PVVIH.

L'aide alimentaire ne semble pas faire partie intégrante de la réponse à l'épidémie de VIH en Tunisie. Seules quelques organisations fournissent une aide alimentaire sous la forme d'un ou deux bons alimentaires distribués tout au long de l'année aux familles de PVVIH.
Les PVVIH interrogés ont expliqué que cette assistance est insuffisante pour répondre à leurs besoins nutritionnels car elle ne peut couvrir qu'un mois de consommation. Ils ont également exprimé des inquiétudes quant au maintien de l'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition après le retrait de l'aide alimentaire.

L'interaction entre le VIH, la pauvreté et la sécurité alimentaire est étroitement observée à travers cette étude. La pauvreté a accru la vulnérabilité à l'infection par le VIH et a exagéré son impact.

Un revenu insuffisant et instable, un travail occasionnel et un chômage de longue durée, des logements insalubres et une situation sanitaire fragile sont tous des facteurs liés à la pauvreté qui aggravent l'impact du VIH sur les personnes infectées et les membres de leur famille.

L'intersection de tous ces facteurs avec la stigmatisation et la discrimination liées au VIH augmente la souffrance des PVVIH et peut se terminer par un isolement complet ou la solitude.

CHAPITRE 5

Conclusions et Recommandations

- Atténuer les impacts sociaux et économiques des PVVIH en mettant en oeuvre des mesures de filet de sécurité sociale pour les ménages et les individus.
- Renforcer les capacités et promouvoir les synergies et partenariats entre les différentes parties prenantes concernées par la santé, la nutrition et la protection sociale afin que l'accées à la nourriture de qualité soit étendu et couvre les populations les plus vulnérables y compris les personnes vivant avec et affectées par le VIH.
- Combiner les interventions de protection sociale ciblant les PVVIH pour la prévention, le traitement et l'observance du VIH afin d'avoir des résultats positifs directs.
- Réduire les mécanismes d'adoption négatifs et les risques de transmission de VIH par les aides alimentaires, en espèces ou en bons d'achat.
- Se référer au score de consommation alimentaire (SCA) pour classer les PVVIH selon une échelle de vulnérabilité afin de procurer un apport alimentaire adéquat et une absorption de macro et micronutriments essentielle pour des résultats de traitement efficaces.
- Renforcer les stratégies de communication pour le changement social et comportemental par des pratiques diététiques et nutritionnelles appropriées au profit des PVVIH en mettant l'accent sur une alimentation équilibrée avec un apport adéquat en énergie et en micronutriments.
- Appuyer les efforts de communication afin d'atténuer les taux de surpoids et d'obésité observés chez les PVVIH adultes et leurs liens potentiels avec les maladies non transmissibles de même que donner la priorité aux besoins nutritionnels des femmes PVVIH enceintes sous-alimentées.
- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au SIDA chez les familles des personnes vivant avec le VIH et la menace des pertes d'emploi dont souffrent les PVVIH.
- Renforcer l'implication de la société civile et les ONG dans la lutte contre la discrimination et le rejet social des PVVIH.

Défis et Limites de l'étude

1. La collecte des données pour cette étude devait avoir lieu en avril 2020, mais en raison de l'épidémie de COVID-19, elle a été reportée à août 2020 lorsque les restrictions de confinement ont été levées. Pourtant, les restrictions de voyage ont encore entravé le soutien de RBC pendant la collecte des données.

2. Risque d'infection lié au COVID-19 étant donné que les entretiens se sont déroulés en face à face dans les établissements de santé et que les enquêteurs sont eux-mêmes des PVVIH.

3. Atteindre les PVVIH qui ne sont pas sous traitement a nécessité un réseautage et une sensibilisation dans des contextes informels, ce qui a parfois affecté la qualité des données, en particulier avec l'utilisation d'instruments de mesure pour enregistrer l'anthropométrie.

4. La plupart des indicateurs de sécurité alimentaire du PAM sont conçus pour mesurer l'état de la sécurité alimentaire au niveau des ménages.

Cependant, dans le cas des PVVIH en Tunisie, il est sensible d'approcher leurs ménages surtout si les membres de la famille ne sont pas conscients de la situation sanitaire des PVVIH.

Ainsi, les PVVIH interrogés ont été interrogés sur l'apport alimentaire de leur ménage même s'ils ne sont pas les soignants ou les chefs de famille.

ANNEXES

Annexe I: Questionnaire de l'étude

Introduction

	Question	Répondre	code	passer
1	Date de l'entrevue	JJ | __ __ | MM | __ __ | Année | __ __ __ __ |		
2	Nom de l'intervieweur	| _____ |		
3	Numéro d'interview pour cette journée	| __ __ |		
4	Questionnaire ID	| _____ |		
5	Lieu de l'entretien	| _____ |		
6	Le formulaire de consentement a été lu au participant et il a accepté de participer à cette étude ?	Non Oui	0 1	**Disqualifier**
7	Avez-vous vous ou l'un de vos membres de famille déjà participé à cette étude ?	Non Oui	0 1	**Disqualifier**

Informations personnelles individuelles

	Question	Répondre	code	passer
8	Quelle est votre nationalité ?	Tunisien Autre, mentionnez | _____ |	1 97	
9	Date de naissance du répondant	JJ | __ __ | MM | __ __ | Année | __ __ __ __ |		
10	Genre du répondant	Homme Femme Autre	0 1 98	**12** **12**
11	Pour les femmes interrogées : Êtes-vous actuellement enceinte ou allaitante ?	Non Oui	0 1	
12	État matrimonial du répondant	Jamais marié(e) Marié(e) Divorcé / séparé Veuf(ve)	01 02 03 04	

Informations personnelles individuelles

	Question	Répondre	code	passer
13	Où habitez-vous ?	Tunis Ben Arous Nabeul Bizerte Jandouba Siliana Monastir Sfax Kasserine Gabes Tataouine Tozeur Ariana Manouba Zaghouan Beja El Kef Sousse Mahdia Kairouan Sidi Bouzid Medenine Gafsa Kebili	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	
14	Combien de personnes vivent dans votre ménage (partageant la nourriture et les installations), y compris vous-même ?	| __ __ |		
15	Êtes-vous le chef de votre famille ?	Non Oui	0 1	

Torréfacteur domestique

16. Pour chaque membre qui vit dans votre ménage (y compris vous-même et en commençant par le chef de ménage), dites-moi les informations suivantes. Numéro de membre:	17. Quelle est la relation de (membre) avec le chef de la famille **01** = chef **02** = femme ou mari **03** = Fils ou fille **04** = Gendre ou belle-fille **05** = petit-enfant **06** = Parent **07** = Beau-parent **08** = frère ou soeur **09** = Autre parent **10** = Adopté ou famille d'accueil **11** = Pas de lien **98** = Je ne sais pas	18. Genre du (membre)? **0** = Homme **1** = Femme	19. l'âge du (membre)	20. État matrimonial du (membre) **01** = Jamais marié(e **02** = Marié(e) **03** = Divorcé / séparé **04** = Veuf(ve)	21. Si (membre) est une femme, est-elle actuellement enceinte ou allaitante ? **0** = Non **1** = Oui **99** = N'est pas applicable	22. (membre) source de revenu / statut de dépendance ? **01** = salaire d'emploi **02** = revenus autogénérés (freelance, entreprise à domicile, prestation de services indépedante, etc…) **03** = soutien extérieur (gouverne ment/ fonds mondial/ ONU/ ONG) **04** = membre est dépendant(e) **97** = autre, mentionnez	23. (membre) vit-il avec le VIH ? **0** = Non **1** = Oui **98** = Je ne sais pas	24. Si (membre) est séropositif, est-il / elle sous traitement ? **0** = Non **1** = Oui **98** = Je ne sais pas	25. Si (membre) est séropositif et n'est pas sous traitement, quelle est la principale raison de l'absence de traitement ? **01** = le traitement coûte cher **02** = le transport coûte cher **03** = peur d'être honteux par un agent de santé **04** = peur de la stigmatisation au sein de la famille **05** = le traitement n'est pas utile **97** = autre, mentionnez **98** = Je ne sais pas (plusieurs réponses autorisées)	26. Le (membre) a-t-il / elle souffert d'un symptôme lié à COVID-19 au cours des 3 derniers mois (fièvre, difficulté à respirer ou essouf-flement, douleur thoracique, toux sèche)? **0** = Non **1** = Oui **98** = Je ne sais pas	27. Le (membre) était-il un cas confirmé de COVID-19 par un test de laboratoire ? **0** = Non **1** = Oui **98** = Je ne sais pas	28. (membre) souffre-t-il de problèmes de santé chroniques autres que le VIH et COVID-19 ? **0** = Non **1** = Oui **98** = Je ne sais pas	29. Si oui, mentionnez **01** = Tuberculose **02** = hépatite B **03** = hépatite C **04** = Cancer **05** = Pneumonie - récurrente **06** = faiblesse cardiaque **97** = autre, mentionnez (plusieurs réponses autorisées	30. Est-ce que (membre) est actuellement inscrit dans l'enseigne-ment (garde d'enfants / école / université) **0** = Non **1** = Oui **98** = Je ne sais pas	31. Combien d'années d'études (membre) ont été complétées	32. (membre) a-t-il déjà abandonné l'école **0** = Non **1** = Oui **98** = Je ne sais pas	33. Quelle est la principale raison pour laquelle (membre) a abandonné l'école **01** = ne peut pas payer les frais de scolarité **02** = l'école est trop loin / transport difficile **03** = travail à l'extérieur du domicile pour de la nourriture ou de l'argent **04** = aide aux activités ménagères **97** = autre, mentionnez **98** = Je ne sais pas (plusieurs réponses autorisées)
1	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |
2	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |
3	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |
4	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |
5	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |	| ____ |

Revenus et dépenses des ménages				
	Question	**Répondre**	**code**	**passer**
34	Quelle est la principale source de revenus de votre famille ?	Salaire	01	
		Revenus autogénérés (freelance, entreprise à domicile, prestation de services indépendante, etc.)	02	
		Soutien familial (parents, partenaires, etc,…)	03	
		Soutien extérieur (gouvernement/ fonds mondial/ ONU/ ONG)	04	
		Emprunt	05	
		Autre, mentionnez | _____ |	97	
35	Quel est le revenu total mensuel de votre famille ?	Dinar tunisien: | __ __ |		
36	Avez-vous actuellement des économies ?	Non	0	
		Oui	1	
37	Êtes-vous actuellement endetté ?	Non	0	**41**
		Oui	1	
38	Si oui, quel est le montant de votre dette ?	Dinar tunisien : | __ __ |		
		Dépenses alimentaires	01	
		Location	02	
		Services publics (électricité / gaz / eau)	03	
39	Quelle était la principale raison pour laquelle vous avez contracté des dettes ? **(plusieurs réponses autorisées)**	Dépenses de santé (médicales, pharmaceutiques)	04	
		Dépenses liées à l'éducation	05	
		Transport	06	
		Remboursement de dette	07	
		Autre, mentionnez | __ _ __ __ __ __ __ ___ |	97	
40	Où / à qui avez-vous emprunté de l'argent ?	Les proches	01	
		Copains	02	
		Employeur	03	
		Propriétaire	04	

Revenus et dépenses des ménages				
	Question	**Répondre**	**code**	**passer**
40		Banque / établissement de crédit	05	
		Propriétaire de la boutique (a ouvert un onglet)	06	
		Autre, mentionnez | __ _ __ __ __ __ __ ___ |	97	
41	Combien votre famille dépense-t-elle pour chacun des éléments suivants par mois?			
	a. Dépenses alimentaires	Dinar tunisien : | __ __ |		
	b. location	Dinar tunisien : | __ __ |		
	c. services publics (électricité / gaz / eau)	Dinar tunisien : | __ __ |		
	e. autres dépenses liées à la santé (médicales, pharmaceutiques)	Dinar tunisien : | __ __ |		
	f. dépenses liées à l'éducation	Dinar tunisien : | __ __ |		
	g. Moyens de transport	Dinar tunisien : | __ __ |		
	h. remboursement de dette	Dinar tunisien : | __ __ |		
	i. autres dépenses | _____ |	Dinar tunisien : | __ __ |		
Richesse des ménages				
	Question	**Répondre**		
42	Dans quel type d'habitation habitez-vous ?	Studio ou Appartement	01	
		Villa ou Maison indépendante		
		Chambre en résidence collective (wikala)	02	
		Autre, mentionnez | _____ |	97	
43	Votre logement est-il détenu ou loué ?	Détenu	01	**46**
		Loué	02	
		Autre, mentionnez | _____ |	97	
		Je ne sais pas	98	
44	Si loué, Avez-vous déjà vécu des moments où vous n'avez pas pu payer le loyer ?	Non	0	
		Oui	1	
		Je ne sais pas	98	

Richesse des ménages				
	Question	**Répondre**	**code**	**passer**
45	Dans de tels cas, qu'avez-vous fait ?	Le propriétaire a accepté de recevoir le loyer à une date ultérieure	01	
		Argent emprunté	02	
		Déménagé	03	
		Autre, mentionnez | _____ |	97	
46	Avez-vous déjà été contraint de quitter votre foyer ?	Non	0	**48**
		Oui	1	
47	Si oui, Pourquoi avez-vous dû déménager ?	Stress financier	01	
		Désaccord familial	02	
		Stigmatisation liée au VIH	03	
		Autre	97	
48	Combien de pièces y a-t-il dans votre logement, à l'exception de la cuisine et des installations sanitaires (partagées par l'ensemble de la famille) ?	Un	0	
		Deux	1	
		Trois ou plus	2	
49	Quelle est la principale source de ventilation à laquelle votre foyer a accès ?	Pas de ventilation	01	
		Les fenêtres	02	
		Des portes	03	
		AC	04	
		Autre, mentionnez | _____ |	97	
50	Avez-vous accès à l'électricité dans votre foyer ?	Non	0	
		Oui	1	
51	Quelle est la principale source d'eau potable à laquelle votre famille a accès ?	Eau en bouteille		
		Eau courante, dans le logement		
		Eau courante, à l'extérieur du logement		
		Creusé / eau de source		
		Chariot-citerne		
		Fontaine publique / onglet public		
		Rivière / ruisseau		
		Autre, mentionnez |_____|		

Richesse des ménages				
	Question	**Répondre**	**code**	**passer**
52	Quelle est la principale source de combustible de cuisson dans votre foyer ?	Aucun	01	
		Gaz de cuisson (réseau / bouteille)	02	
		Électricité	03	
		Charbon	04	
		Feu de bois	05	
		Autre, mentionnez | _____ |	97	
53	Quelle est la principale source d'eau potable à laquelle votre famille a accès ?	Vidange, connecté au système réseau d'égouts	01	
		Vidange, raccordé à un puits couvert / canal / vallée / eau souterraine	02	
		toilettes sans eau	03	
		Autre, mentionnez | _____ |	97	
54	Quelle est la principale méthode d'élimination des déchets dans votre logement ?	Placé dans une benne dans la rue	01	
		Placé dans une benne à la maison	02	
		Brûlé	03	
		Autre, mentionnez |_____|	97	
55	Avez-vous un de ces articles dans votre foyer:			
	a. frigo	0 = Non 1= Oui		
	b. congélateur	1 = Non 1= Oui		
	c. cuisinière	2 = Non 1= Oui		
	d. four/ micro-onde	3 = Non 1= Oui		
	e. Machine à laver	4 = Non 1= Oui		
	f. Lave-vaisselle	5 = Non 1= Oui		
	g. climatisation	6 = Non 1= Oui		
	h. ventilateur électrique	7 = Non 1= Oui		
	i. Chauffage central	8 = Non 1= Oui		
	j. chauffe-eau	9 = Non 1= Oui		
	k. TV couleur	10 = Non 1= Oui		

Richesse des ménages				
	Question	Répondre		passer
	l. radio, magnétophone, lecteur CD	11 = Non	1= Oui	
	m. Antenne satellite	12 = Non	1= Oui	
	n. caméra	13 = Non	1= Oui	
	o. machine à coudre	14 = Non	1= Oui	
	p. Téléphone fixe	15 = Non	1= Oui	
	q. smartphone	16 = Non	1= Oui	
	r. ordinateur de bureau	17 = Non	1= Oui	
	s. Notebook, ordinateur portable ou tablette	18 = Non	1= Oui	
	t. Routeur Internet sans fil	19 = Non	1= Oui	
	u. vélo	20 = Non	1= Oui	
	v. moto / scooter	21 = Non	1= Oui	
	x. voiture privée	22 = Non	1= Oui	
	y. camion / camionnette	23 = Non	1= Oui	
	z. La famille embauche-t-elle un travailleur domestique, un gardien, un chauffeur, un jardinier,..?	24 = Non	1= Oui	

Score de consommation alimentaire des ménages pour la nutrition et le score de diversité du régime alimentaire individuel			
	Question	**Répondre**	**passer**
56	Au cours des dernières 24 heures (d'hier à aujourd'hui) Avez-vous mangé l'un de ces groupes alimentaires ? *Tenez compte de tous les aliments consommés à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison*	0 = Non 1= Oui	
57	Au cours des 7 derniers jours, combien de jours votre ménage a-t-il consommé les aliments suivants ?	0 = non mangé 1 = 1 jour 2 = 2 jours 3 = 3 jours 4 = 4 jours 5 = 5 jours 6 = 6 jours 7 = tous les jours	
58	Quelle a été la principale source de nourriture consommée par votre ménage au cour des 7 derniers jours ?	0 = non consommé 1 = Acheté en espèces du magasin / marché local 2 = Acheté avec de l'argent d'un vendeur en bordure de route 3 = Acheté à crédit 4 = Échangé / emprunté 5 = Reçu en cadeau 6 = Aide alimentaire 7 = propre production	

Score de consommation alimentaire des ménages pour la nutrition et le score de diversité du régime alimentaire individuel

	Question	Répondre					
1	**Céréales, grains, racines et tubercules :** riz, pâtes, pain, sorgho, millet, maïs, fonio, pomme de terre, igname, manioc, patate douce blanche	56.1	| ____ |	57.1	| ____ |	58.1	| ____ |
2	**Légumes / noix :** haricots, niébé, cacahuètes, lentilles, noix, soja, pois et / ou autres noix	56.2	| ____ |	57.2	| ____ |	58.2	| ____ |
3	**Lait et autres produits laitiers :** lait frais / acide, yaourt, fromage, autres produits laitiers (à l'exclusion de la margarine / beurre ou de petites quantités de lait pour le thé / café)	56.3	| ____ |	57.3	| ____ |	58.3	| ____ |
4	**Viande, poisson et oeufs :** chèvre, boeuf, poulet, porc, sang, poisson, y compris le thon en conserve, l'escargot et / ou d'autres fruits de mer, oeufs (viande et poisson consommés en grande quantité et non comme condiment)	56.4	| ____ |	57.4	| ____ |	58.4	| ____ |
4.1	**Viande :** boeuf, porc, agneau, chèvre, lapin, poulet, canard, autres oiseaux	56.4.1	| ____ |	57.4.1	| ____ |	58.4.1	| ____ |
4.2	**Viande d'organe :** foie, rein, coeur et autres viandes d'organes	56.4.2	| ____ |	57.4.2	| ____ |	58.4.2	| ____ |
4.3	**Poissons / crustacés** : poissons, y compris le thon en conserve, l'escargot et / ou d'autres fruits de mer (poisson en grande quantité et non comme condiment)	56.4.3	| ____ |	57.4.3	| ____ |	58.4.3	| ____ |
4.4	**Des oeufs**	56.4.4	| ____ |	57.4.4	| ____ |	58.4.4	| ____ |
5	**Légumes et feuilles :** épinards, oignons, Petits pois frais, tomates, carottes, poivrons, haricots verts, laitue, etc.	56.4.5	| ____ |	57.4.5	| ____ |	58.4.5	| ____ |
5.1	**Légumes oranges (légumes riches en vitamine A)**: carotte, poivron rouge, citrouille	56.5.1	| ____ |	57.5.1	| ____ |	58.5.1	| ____ |
5.2	**Légumes à feuilles vertes :** épinards, brocoli, amarante et / ou autres feuilles vert foncé	56.5.2	| ____ |	57.5.2	| ____ |	58.5.2	| ____ |
6	**Fruits :** banane, pomme, citron, oranges, etc.	56.5.6	| ____ |	57.6	| ____ |	58.6	| ____ |
6.1	**Fruits orange (fruits riches en vitamine A):** papaye, abricot, pêche	56.6.1	| ____ |	57.6.1	| ____ |	58.6.1	| ____ |
7	**Huile / graisse / beurre :** huile végétale, huile de palme, beurre de karité, margarine, autres graisses / huile	56.7	| ____ |	57.7	| ____ |	58.8	| ____ |
8	**Sucre ou sucrerie :** sucre, miel, confiture, gâteaux, bonbons, biscuits, pâtisseries, gâteaux et autres sucrés (boissons sucrées)	56.8	| ____ |	57.8	| ____ |	58.8	| ____ |
9	**Condiments / épices :** thé, café / cacao, sel, ail, épices, levure / levure chimique, lanwin, tomate / sauce, viande ou poisson comme condiment, condiments comprenant une petite quantité de lait / café au thé.	56.9	| ____ |	57.9	| ____ |	58.9	| ____ |

Indice de stratégie d'adaptation des ménages				
	Question	**Répondre**	**code**	**passer**
59	Au cours des 7 derniers jours, combien de fois (en jours) les membres de votre famille ont-ils dû utiliser l'une des stratégies suivantes pour faire face au manque de nourriture ou d'argent pour l'acheter ?	0 = non appliqué 1 = 1 jour 2 = 2 jours 3 = 3 jours 4 = 4 jours 5 = 5 jours 6 = 6 jours 7 = tous les jours		
59.1	Comptez sur des aliments moins préférés et moins chers (c.-à-d. Des aliments moins chers et de qualité inférieure)	| ____ |		
59.2	Emprunter de la nourriture ou dépendre de l'aide de parents ou d'amis	| ____ |		
59.3	Réduire le nombre de repas pris en une journée	| ____ |		
59.4	Limiter la taille des portions au moment des repas (différent de ce qui précède : c'est-à-dire moins de nourriture par repas)	| ____ |		
60	**Au cours des 30 derniers jours, votre cas a-t-il appliqué l'une des stratégies ci-dessous pour répondre aux besoins alimentaires de base ?**	0 = Non 1 = Oui 2 = Non, car j'ai épuisé cette stratégie et je ne peux plus le faire 99 = N'est pas applicable		
60.1	Biens / biens familial vendus (meubles, radio, télévision, bijoux, etc.)	| ____ |		
60.2	Envoyé des membres du ménage manger ailleurs	| ____ |		
60.3	Achat de nourriture à crédit ou empreint de nourriture	| ____ |		
60.4	Argent emprunté	| ____ |		
60.5	Vendez vos comprimés ART	| ____ |		
60.6	Retirer les enfants de l'école	| ____ |		
60.7	Réduction des dépenses liées à d'autres problèmes de santé liés à l'éducation	| ____ |		
60.8	La mendicité	| ____ |		
60.9	Engagé dans le vol ou le travail du sexe	| ____ |		
60.1	Toute la famille a migré ou déplacé	| ____ |		

Éducation et emploi des répondants individuels				
	Question	**Répondre**	**code**	**passer**
61	Quel est votre niveau d'éducation ?	Analphabète	01	
		Lit et écrit, mais pas d'éducation formelle	02	
		Éducation de base	03	
		Éducation secondaire	04	
		L'enseignement supérieur	05	
		Enseignement postuniversitaire	06	
62	Avez-vous travaillé / été employé au cours des 6 derniers mois ?	Non	0	**64**
		Oui	1	
63	Si non, Pourquoi n'avez-vous pas travaillé ou employé au cours des 6 derniers mois ?	Manque de possibilités d'emploi en général	01	**section suivante**
		Manque d'opportunités d'emploi correspondant à mes compétences	02	
		Manque d'opportunités d'emploi avec un salaire convenable	03	
		Les possibilités d'emploi sont loin de ma région (options de transport insuffisantes)	04	
		Stigmatisation au travail	05	
		Actuellement en éducation / formation / université	06	
		Je ne suis pas en mesure de travailler (maladie, handicap, blessure, enceinte)	07	
		Garde d'enfants / Responsabilités familiale	08	
		Je ne suis pas intéressé à travailler	09	
		COVID-19 et verrouillage associé	10	
		Autre, mentionnez _____	97	
64	Quel est votre secteur d'activité le plus récent ?	Gouvernement / secteur public	01	
		Secteur privé	02	
		Organisation internationale	03	
		Organisme à but non lucratif local / ONG	04	
		Autre, mentionnez _____	97	

Éducation et emploi des répondants individuels				
	Question	**Répondre**	**code**	**passer**
65	Quel est le degré de stabilité de votre dernier emploi ?	Permanent	01	
		Temporaire	02	
		Saisonnier	03	
		Intermittent	04	
		Je ne sais pas	98	
66	Décrivez votre travail / emploi le plus récent.	| _____ |		
Santé individuelle et habitudes alimentaires des répondants				
	Question	**Répondre**	**code**	**passer**
67	Souffrez-vous de problèmes de santé autres que le VIH? (plusieurs réponses autorisées)	Non	01	
		Oui, la tuberculose	02	
		Oui, l'hépatite B	03	
		Oui, l'hépatite C	04	
		Oui, le cancer	05	
		Oui, pneumonie - récurrente	06	
		Oui, autre- mentionnez | _____ |	97	
68	Lorsque vous avez un besoin médical, à quel type d'établissement de santé avez-vous généralement accès ?	Clinique / hôpital public	01	
		CBO / ONG	02	
		Clinique / hôpital privé	03	
		Pharmacie ou boutique	04	
		Aucun	05	
		Autre, mentionnez | _____ |	97	
69	Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour accéder aux formations sanitaires ? (plusieurs réponses autorisées)	Finances (frais de transport, frais, etc.)	01	
		Stigmatisation liée au VIH	02	
		Les services médicaux pertinents n'étaient pas disponibles (spécialisation non disponible, médicaments non disponibles, etc.)	03	
		Le personnel de l'hôpital / de la clinique se voit refuser l'accès sans raison claire	04	

Santé individuelle et habitudes alimentaires des répondants				
	Question	**Répondre**	**code**	**passer**
69	Quel est le degré de stabilité de votre dernier emploi ?	Manque de connaissances sur la disponibilité des centres de santé	05	
		Distance	06	
		Longues files d'attente	07	
		Autre, mentionnez _____	97	
70	Avez-vous un handicap mental ou physique quelconque ?	Non	0	**72**
		Oui	1	
71	Quel est le principal handicap ? (plusieurs réponses autorisées)	Maladie mentale	01	
		Handicap de mobilité	02	
		Déficience visuelle	03	
		Handicap audio	04	
		Autre, mentionnez _____	97	
72	Combien de repas mangez-vous habituellement par jour ?	| ____ |		
73	Combien de repas mangez-vous à l'extérieur (ou à la livraison) par semaine?	| ____ |		
74	Pendant l'épidémie de COVID-19, vos dépenses alimentaires ont-elles changé ?	Oui, ça a diminué	1	
		Oui, ça a augmenté	2	
		Non, c'est pareil	3	
75	Pendant l'épidémie de COVID-19, le temps que vous passez à cuisiner à la maison a-t-il changé ?	Oui, ça a diminué	1	
		Oui, ça a augmenté	2	
		Non, c'est pareil	3	
76	Pendant l'épidémie de COVID-19, votre consommation d'aliments sains, tels que fruits, légumes, céréales complètes, légumineuses, eau ordinaire, etc., a-t-elle changé ?	Oui, ça a diminué	1	
		Oui, ça a augmenté	2	
		Non, c'est pareil	3	
77	Au cours de l'épidémie de COVID-19, votre consommation de JUNK FOOD, comme les croustilles, les sodas, les frites, les biscuits, le pain sucré, etc., a-t-elle changé ?	Oui, ça a diminué	1	
		Oui, ça a augmenté	2	
		Non, c'est pareil	3	
78	Pendant l'épidémie de COVID-19, considérez-vous que votre POIDS a changé pendant l'épidémie de COVID-19 ?	Oui, ça a diminué	1	
		Oui, ça a augmenté	2	
		Non, c'est pareil	3	

Santé individuelle et habitudes alimentaires des répondants				
	Question	**Répondre**	**code**	**passer**
79	Au cours de l'épidémie de COVID-19, avez-vous ressenti que vous mangez davantage en raison de sentiments d'anxiété, de dépression et / ou d'ennui ?	Non	0	
		Oui	1	
80	À quelle fréquence vous souciez-vous habituellement si les aliments que vous mangez sont sains ou non ?	Toujours	1	
		Habituellement	2	
		Quelquefois	3	
		Jamais	4	
81	Votre intérêt pour une alimentation saine a-t-il changé depuis l'épidémie de COVID-19 / Coronavirus ?	Oui, ça a diminué	1	
		Oui, ça a augmenté	2	
		Non, c'est pareil	3	
Statut individuel de VIH et de TAR des répondants				
	Question	**Répondre**	**code**	**passer**
82	Quand saviez-vous que vous étiez séropositif ?	| __ __ __ __ | Insert year e.g. 2014		
83	Comment saviez-vous que vous étiez séropositif ?	Autotest	01	
		Dépistage dans un établissement de santé publique (clinique, hôpital, laboratoire)	02	
		Dépistage dans un établissement de santé privé (clinique, hôpital, laboratoire)	03	
		Dépistage en clinique mobile	04	
		Autre, mentionnez | _____ |	97	
84	Comment avez-vous contracté le VIH?	Rapports sexuels non protégés : partenaire masculin	01	
		Rapports sexuels non protégés : partenaire féminine	02	
		Travail du sexe	03	
		Drogues injectables	04	
		Transfusion sanguine	05	
		Transmission mère-enfant	06	
		Autre, mentionnez | _____ |	97	

Santé individuelle et habitudes alimentaires des répondants				
	Question	**Répondre**	**code**	**passer**
85	Êtes-vous sous traitement ?	Non	0	
		Oui	1	**87**
86	Pourquoi n'êtes-vous pas sous traitement ? (plusieurs réponses autorisées)	Le traitement coûte cher	01	**94**
		Le transport coûte cher	02	
		Les agents de santé me font honte	03	
		Peur de la stigmatisation au sein de la famille	04	
		Je crois que ce n'est pas utile	05	
		Raisons liées à COVID-19	06	
		autre, mentionnez | _____ |	97	
87	Depuis combien de temps êtes-vous sous traitement ?	Moins de 1 an	01	
		1 année	02	
		2 ans	03	
		3 ans ou plus	04	
88	Où obtenez-vous habituellement votre traitement ?	Centre de traitement de Tunis	01	
		Centre de traitement de Sfax	02	
		Centre de traitement de Sousse	03	
		Centre de traitement de Monastir	04	
		Livré chez moi	05	
		Autre, mentionnez |_____|	97	
89	Jusqu'où voyagez-vous pour le traitement ?	Temps en minutes : | _____ | insérer 0 si le traitement est livré à domicile		
90	Combien payez-vous pour une visite de traitement ?	Dinar tunisien : | __ __ |		
91	Combien vous payez pour le transport pour une visite de traitement ?	Dinar tunisien : | __ __ |		
92	À quelle fréquence recevez-vous un traitement ?	Une fois par an	01	
		Deux fois par an	02	
		Trois fois par an	03	
		Quatre fois par an	04	
		Autre, mentionnez |_____|	97	

Santé individuelle et habitudes alimentaires des répondants				
	Question	**Répondre**	**code**	**passer**
93	Avez-vous subi une suppression virale ?	Non	0	
		Oui	1	
		Je ne sais pas	98	
94	Classez vos besoins non satisfaits les plus stressants	Quantité de nourriture	| __ |	
		Qualité de la nourriture	| __ |	
		Matériel de nettoyage et de désinfection (savon, chlore, alcool, etc.)	| __ |	
		Équipement de protection individuelle (masques faciaux, gants, désinfectants pour les mains)	| __ |	
		Aide au loyer / abri amélioré	| __ |	
		Combustible de cuisson, gaz, électricité	| __ |	
		Médicaments / santé	| __ |	
		Éducation / livres	| __ |	
		Accompagnement psychosocial	| __ |	
		Préservatifs	| __ |	
		Vêtements / chaussures	| __ |	
		Actifs de cuisine pour cuisiner	| __ |	
		Transport	| __ |	
		Activités pour les jeunes	| __ |	
		Formation professionnelle	| __ |	
		Assainissement / eaux usées	| __ |	
		Boire de l'eau	| __ |	
		Nourriture pour bébés	| __ |	
95	Si vous souhaitez recevoir de l'aide, quel type sera le plus adapté à vos besoins	Aide alimentaire en nature	01	
		Bon alimentaire	02	
		Aide au transport	03	
		En espèces	04	
		Éducation à la santé / nutrition	05	
		Autre, mentionnez _____	97	

Services liés au VIH des répondants individuels						
	Type d'assistance	**96.** **Recevez-vous actuellement l'une des aides liées au VIH suivantes ?** 0 = Non 1 = Oui	**97.** **Qui fournit cette assistance ?** 01 = ONUSIDA 02 = Gouvernement 03 = ATL 04 = ATIOST 05 = ATP+ 97 = autre, mentionnez	**98.** **Quelle est la valeur de cette assistance** Si la réponse est Je ne sais pas, insérez 997	**99.** **Depuis combien de temps recevez-vous cette aide** Insérer la durée en mois	**100.** **À quelle fréquence recevez-vous cette aide** 01 = toutes les semaines 02 = toutes les 2 semaines 03 = tous les mois 04 = tous les 2 mois 05 = tous les 3 mois 06 = tous les 4 mois 07 = tous les 5 mois 08 = tous les 6 mois 09 = tous les 12 mois 97 = autre, mentionnez
1	Traitement ART gratuit	| ____ |	| ____ |	Dinar Tunisien : | __ __ |	Nombre de mois : | __ __ |	| ____ |
2	Service de dépistage gratuit	| ____ |	| ____ |	Dinar Tunisien : | __ __ |	Nombre de mois : | __ __ |	| ____ |
3	Assistance liée à COVID-19	| ____ |	| ____ |	Dinar Tunisien : | __ __ |	Nombre de mois : | __ __ |	| ____ |
4	Bon alimentaire	| ____ |	| ____ |	Dinar Tunisien : | __ __ |	Nombre de mois : | __ __ |	| ____ |
5	En espèces	| ____ |	| ____ |	Dinar Tunisien : | __ __ |	Nombre de mois : | __ __ |	| ____ |
6	Éducation à la santé ou à la nutrition	| ____ |	| ____ |	Dinar Tunisien : | __ __ |	Nombre de mois : | __ __ |	| ____ |

Anthropométrie individuelle des répondants				
	Question	**Répondre**	**code**	**passer**
101	Poids du répondant	kg: | __ __ |		
102	Taille du répondant	cm: | __ __ |		
103	**Pour les répondantes enceintes et allaitantes: tour du haut du bras (MUAC)**	cm: | __ __ |		
Comportement à risque individuel				
	Question	**Répondre**	**code**	**passer**
104	Avez-vous reçu des drogues injectables au cours des 30 derniers jours ?	Non	0	**106**
		Oui	1	
		Refuser de répondre	99	**106**
105	Si oui, Avez-vous partagé l'aiguille dans au moins une injection au cours des 30 derniers jours ?	Non	0	
		Oui	1	
		refuser de répondre	99	
106	Avez-vous été sexuellement active au cours des 30 derniers jours ?	Non	0	**fin de l'enquête**
		Oui	1	
		refuser de répondre	99	**fin de l'enquête**
107	Si oui, Avez-vous utilisé un outil de protection / préservatif lors de votre dernier rapport sexuel ?	Non	0	
		Oui	1	
		Refuser de répondre	99	
108	Combien de partenaires sexuels avez-vous eu au cours des 30 derniers jours ?	Un	01	
		Deux	02	
		Trois ou plus	03	
		Refuser de répondre	99	
109	Vos partenaires sexuels sont-ils habituels…	Mâles	01	
		Femelles	02	
		Tous les deux	03	
		Refuser de répondre	99	

Annexe II : Guide des discussions qualitatives

A. Parlez-moi de vous
Sonde:

1. Quel âge avez-vous ? que faites-vous ?
   Enregistrer l'âge et le sexe des participants

B. Parlez-moi du moment où vous avez su que vous aviez le VIH
Sonde:

2. Quand avez-vous su que vous étiez séropositif ?

3. Qu'est-ce qui vous a poussé à passer la projection ?
   (Renseignez-vous sur le mode de transmission)

4. Où avez-vous fait la projection ?

5. Comment s'est passé le service de dépistage ? Était-ce un processus privé ?

6. Comment les agents de santé/travailleurs sociaux vous ont-ils traité ?

7. Qu'avez-vous fait ensuite ? Avez-vous dit à quelqu'un ? A qui avez-vous dit ?

C. De quel soutien aviez-vous besoin à ce moment-là et comment l'avez-vous obtenu ?
Sonde:

8. Avez-vous pu parler avec votre famille ? Ou des amis ?

9. Avez-vous reçu un soutien psychologique de la part de la famille/des amis ?

10. Avez-vous reçu un avis médical ? Par qui ? Qu'ont-ils conseillé ?

11. Avez-vous demandé de l'aide à des ONG/institutions religieuses/gouvernement ?

D. Parlez-moi du moment où vous avez commencé le traitement
Sonde:

12. Combien de temps s'est écoulé entre le moment
    ou vous connaissiez votre statut VIH et le moment
    ou vous avez commencé le traitement ? Que s'est-il passé à ce moment-là ?
    (Renseignez-vous sur les obstacles à l'accès au traitement, prix, distance…)

13. Quel est le processus d'inscription au traitement ?

14. Comment les agents de santé vous ont-ils traité ?

E. Parlez-moi du statut maintenant
Sonde:

15. Depuis combien de temps êtes-vous sous traitement ?

16. À quelle fréquence allez-vous vous faire soigner ?

17. Remarquez-vous une récupération ?

18. Comment votre style de vie évolue-t-il au fil du temps ?
(Renforcement de la résilience... changement de comportement ?)

19. Quels services sont disponibles pour vous maintenant ?
Accompagnement psychologique ? Traitement gratuit/subvention ?
Nourriture ou transferts monétaires ? Combien ? À quelle fréquence ?

F. Parlez-moi de vos habitudes alimentaires
Sonde:

20. Combien de repas mangez-vous par jour ?

21. Quelle quantité de nourriture ? Quels types de nourriture ?

22. Avez-vous généralement faim ?

23. Avez-vous des problèmes pour accéder à suffisamment de nourriture ?
Donnez-moi des exemples

G. Si vous devez recevoir de l'aide maintenant, quelle sera votre priorité ?
Sonde:

Nourriture en nature ? Bons repas ?
En espèces ? accompagnement psychosocial ?
Des préservatifs ? Médicaments ?

H. Comment pensez-vous que nous pouvons encourager les gens à faire le dépistage du VIH ?

WFP

Programme
Alimentaire
Mondial

35 Rue de l'ile d'islande, Les Berges
du Lac II, Tunis
Tél.: (+216) 71 967 300
www.wfp.org/countries/tunisia

ballooons.tn