



Argumentaire pour un plaidoyer en faveur d'une protection sociale sensible au VIH



Programme
Alimentaire
Mondial

SAUVER
DES VIES
CHANGER
LES VIES

Juin 2022



Ministère des
Affaires Sociales



PROGRAMME
NATIONALE
DE LUTTE CONTRE
LE SIDA



TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES	3
LEXIQUE	4
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	5
RESUME EXECUTIF	6
1. INTRODUCTION	10
1. La protection sociale : une architecture sensible au VIH par la complémentarité de l'indemnitaire et l'alimentaire	11
2. Une protection sociale sensible au VIH	11
3. La protection sociale des PPVIH : un droit à l'aide sociale est possible	13
2. PREMIERE PARTIE : LES INSTRUMENTS INTERNATIONAUX ET BONNES PRATIQUES NATIONALES : UN ANCRAGE CONVENTIONNEL D'UNE PROTECTION SOCIALE UNIVERSELLE	14
I : L'apport constructif des normes internationales et des pratiques nationales	14
1. L'Approche Basée sur les Droits de l'Homme : la toile de fond d'une protection sensible aux PPVIH	14
2. De l'accès aux soins de santé et la garantie d'un revenu minimum	18
II. EXPERIENCES et BONNES PRATIQUES COMPAREES	20
1. Bonnes pratiques internationales	20
2. L'interaction entre la protection sociale et le VIH : examens des éléments de preuve	24
3. DEUXIEME PARTIE : LE DROIT A LA COUVERTURE SOCIALE : LE LEVIER POUR UN DROIT "CATEGORIEL" SENSIBLE AUX PPVIH EN TUNISIE	27
I : Le droit à la protection sensible au VIH : Un droit humain sur l'État	27
II. Des "acquis" à consolider : Portée et contenu de la protection particulière des PPVIH	29
1. Conditions d'une protection potentielle des PPVIH dans le cadre du programme AMEN SOCIAL	29
2. Une protection sociale des PPVIH : sélectivité et dilemme d'accessibilité	30
4. TROISIEME PARTIE : UNE PROTECTION SOCIALE SENSIBLE AU PPVIH EN TUNISIE : QUELLES PERSPECTIVES ?	43
I. La protection sociale et le renforcement de la résilience des PPVIH	43
II. Le droit à la protection sociale : Un droit perméable à une protection multidimensionnelle sensible au VIH	48
1: Le législateur : un rôle crucial à prioriser	48
2 : Les acteurs et les institutions : le toit pour tous	49

ACRONYMES

ARV	Antirétroviraux
ATP+	Association Tunisienne de prévention positive
CCDAG	Centre de Conseil et de Dépistage Anonyme et Gratuit
DT	Dinar Tunisien
FM (GFATM)	Fonds Mondial (Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)
INS	Institut National de la Statistique
LGBTI	Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres et Intersexués
MAS	Ministère des Affaires Sociales
MDO	Maladies à déclaration obligatoire
MS	Ministère de la Santé
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
ONFP	Office National de la Famille et de la Population
ODD	Objectifs de Développement Durable
OIT	Organisation Internationale de Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PNLS ou PLNS/MST	Programme National de Lutte contre le sida et les Maladies sexuellement transmissibles
PSN	Plan Stratégique National
PVIH	Personne Vivant avec le VIH
SMIG	Salair Minimum Interprofessionnel Garanti
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
UTSS	Union Tunisienne de Solidarité Sociale
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LEXIQUE

AMEN SOCIAL : Est un programme national qui garantit un seuil minimal de revenu et d'accès aux services de santé aux catégories dépourvues de revenu et aux catégories à faibles revenus. Le programme est construit selon une approche multidimensionnelle de la pauvreté et met en place une méthodologie de ciblage permettant d'ordonner les interventions, d'autonomiser les bénéficiaires et de suivre l'évolution de leur situation.

Droits humains : Sont les libertés et droits fondamentaux dont jouissent tous les individus du fait simplement d'être des êtres humains. Ils sont fondés sur l'idée que toutes les personnes sont égales et ont droit d'être traitées avec dignité et respect, quels que soient leur race, leur sexe, leur genre, leur âge, leur handicap ou toute autre caractéristique. Ils sont universels et inaliénables

Discrimination : est un traitement différencié, inégalitaire appliqué aux PVVIH à cause de leur infection. Telle que définie par l'ONUSIDA (2001), la discrimination renvoie à toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraires à l'égard d'une personne dont le statut VIH est confirmé ou supposé positif, que ces mesures aient ou non une quelconque justification. La discrimination associée au VIH peut apparaître à plusieurs niveaux : dans le contexte familial, professionnel et institutionnel. Elle peut prendre des formes diverses (privation de droits ou droits inférieurs, harcèlement verbal, violence physique, ...)

Fonds Mondial de Lutte Contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme : Est une institution financière internationale dont la mission est de collecter puis d'allouer des ressources pour la prévention et le traitement du sida, de la tuberculose et du paludisme. Il fonctionne dans le cadre d'un partenariat entre gouvernement, société civile, secteur privé et communautés affectées qui traduit une appropriation nationale. Les ressources sont allouées en fonction des résultats et transparence dans la riposte aux trois maladies.

Pauvreté multidimensionnelle : Situation de besoins (monétaire et non monétaire) dont les aspects sont liés aux conditions de vie qui portent atteinte à la dignité des personnes, limitent leurs droits, empêchent la satisfaction de leurs besoins essentiels et rendent impossible la pleine intégration sociale.

Protection sociale : Est un ensemble de mécanismes destinés à la prise en charge du « besoin » et du « risque » social par des prestations en nature (ex. soins de santé) et en espèces (ex. garanti d'un revenu minimum). Ces diverses composantes (assurance sociale, assistance sociale et action sociale) sont complémentaires et tournées vers une protection aussi générale et complète que possible mais dans les limites des conditions posées par la législation.

Populations clés : Sont des groupes vulnérables au VIH ou au Sida ou qui en sont affectés (notamment les personnes vivant avec le VIH, leurs partenaires et familles, les professionnels des services sexuels, les migrants, ...). Ils sont en général marginalisés et victimes de stigmatisation, en raison de leur statut sérologique ou de leurs identités sociales.

Programme Alimentaire Mondial (PAM): Fait partie du système des Nations Unies et constitue la plus grande agence humanitaire pour la lutte contre la faim dans le monde. Ses objectifs stratégiques portent notamment sur le sauvetage des vies, la protection des modes de subsistance dans les situations d'urgence, la réduction de la malnutrition et la sous-alimentation chronique, la nutrition et la (re)construction des moyens de subsistance dans les milieux fragiles.

Stigmatisation : Renvoie aux croyances, attitudes et sentiments négatifs à l'égard des PVVIH qui les dévalue et discrédite aux yeux des autres. Elle est souvent à la base d'actions discriminatoires et peut être intériorisée par les personnes stigmatisées et prendre la forme de sentiments de honte, de culpabilité et d'inutilité limitant l'accès à leurs droits.

Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) : Est un rétrovirus qui s'attaque au système immunitaire et le détruit ou le rend inefficace. Une personne est dite « séropositive pour le VIH » lorsqu'elle est infectée par le VIH, donc porteuse du virus. En l'absence de traitement, l'infection au VIH se développe progressivement dans l'organisme entraînant un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité accrue aux infections opportunistes.

Vulnérabilité : état intrinsèquement lié aux risques de privation et de pauvreté auxquels est exposée la PVVIH et dont la manifestation potentielle serait l'exclusion sociale. Cet état est attribuable à des attitudes sociales que les PVVIH peuvent subir et des insuffisances des moyens qu'elles peuvent utiliser. Ex.: l'état de santé, l'insuffisance du revenu, les conditions de soins de santé, les conditions de logement, la dépendance à l'égard de l'assistance sociale...

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1: Place des PVVIH dans la protection sociale	12
Figure 2: Principes du droit à la protection sociale	18
Figure 3: Model opérationnel pour une protection sociale inclusive	29
Figure 4: Cycle de malnutrition et Infection dans le Contexte du VIH/Sida	44
Figure 5: Avantages attendus d'une protection Sociale sensible aux PVVIH	45
Figure 6: "Principes directeurs d'une protection sociale inclusive aux PVVIH	46
Tableau 1: Bonnes pratiques internationales	20
Tableau 2: Eléments de preuve sur la relation protection sociale et VIH	24
Tableau 3: La pauvreté multidimensionnelle des PVVIH	30

RESUME EXECUTIF

Les PVVIH à faibles revenus mais à risques élevés peuvent être aussi bien couvertes que les personnes à forts revenus et à faibles risques

Une protection sociale sensible au VIH est plausible et incontournable parce que déterminante pour la dignité, l'autonomie et l'inclusion des PVVIH et constitue un levier des droits humains promus par la communauté internationale. Elle répond également à un besoin communautaire d'immunité sociale et sanitaire. En effet, le VIH/SIDA constitue un défi majeur en matière de santé publique. Au cours des vingt dernières années, le monde a connu de bons résultats de la thérapie antirétrovirale. Cependant, malgré sa faible prévalence (moins de 0,1%), le VIH suscite de plus en plus d'inquiétude en Tunisie. Parmi les nombreux facteurs en cause figurent la pauvreté et l'insécurité alimentaire. En effet, la recherche s'accorde sur le fait que la pauvreté des PVVIH est un phénomène complexe, pluridimensionnel, ne pouvant être réduit à sa simple expression monétaire. Elle est la résultante de processus économiques, politiques et sociaux interagissant entre eux dans des sens qui exacerbent l'état d'indigence dans lequel vivent les personnes pauvres. Face à cette situation, on observe une augmentation de la reconnaissance du rôle de la protection sociale sensible au VIH, dans la progression de la riposte face au SIDA visant à assimiler et utiliser les services de prévention, de traitement et de soins du VIH. La toile de fond d'une protection sociale sensible au VIH est nécessairement l'adoption d'une nouvelle approche basée sur les Droits de l'Homme, faisant des droits sociaux des Droits sur l'État, censé couvrir les besoins de dignité et d'insertion sociale et économique, cibler la justice sociale et ainsi répondre aux exigences constitutionnelles et juridiques.

Les arguments en faveur d'une protection sociale sensible au VIH, sont convaincants. Pour lutter contre le SIDA, le ministère des affaires sociales, le ministère de la santé et les médias sont vivement sollicités pour intégrer cette épidémie comme un élément clé de leur stratégie, programmes et activités.

La phase de recherche d'informations et de données est cruciale, car il s'agit du cœur même de toute activité de plaidoyer : elle permet de mettre en place l'argumentaire et le discours du plaidoyer et de déterminer, à partir des buts généraux, les objectifs spécifiques de la stratégie de plaidoyer. C'est dans ce cadre que s'est élaboré cet argumentaire de plaidoyer pour une protection sociale sensible au VIH, commandité par le Programme Alimentaire Mondial pour donner suite aux résultats et recommandations de l'étude d'évaluation de la sécurité alimentaire et nutritionnelle des PVVIH. L'élaboration de cet argumentaire s'est basée sur une recherche documentaire et des entretiens avec des acteurs institutionnels (MAS ; MS...) et des acteurs de la société (OSC) œuvrant pour la lutte contre le VIH. Le constat communément partagé est que l'objectif d'une protection sociale sensible au VIH est à la portée des acteurs parce que légitime et possible. Les « outputs » des deux ateliers organisés au profit des travailleurs sociaux et des Médias l'attestent.

Les principales orientations, pour y parvenir, se résument comme suit :

Rénover l'approche de la prise en charge des PVVIH :

Action 1 : Optimiser les cadres d'orientation générale pour qu'ils intègrent les populations vulnérables, touchées par le VIH. (ex. programme national de lutte contre le SIDA, programme AMEN SOCIAL) ;

Action 2 : Mettre en place un programme particulier couvrant les besoins spécifiques des PVVIH à intégrer parmi les 24 programmes du Ministère des Affaires Sociales ;

Action 3 : Innover l'approche et les référentiels de prise en charge (le VIH un risque social, une prise en charge intégrée) ;

Action 4 : Aménager le cadre juridique pour une protection sociale plus complète et plus cohérente des PVVIH (Adopter une loi particulière à la protection sociale des PVVIH pour la construction d'un statut cohérent et inclusif (soins et nutrition de qualité, logement et transport décents, insertion sociale et professionnelle, prise en charge psychosociale ...);

Action 5 : Prendre en considération « la dépendance » à l'égard du VIH selon le cycle de vie (nourrisson, enfant, adulte, âgé);

Action 6 : Reconnaître un droit personnel à la protection sociale (prestations) pour chaque PVVIH notamment les couples et l'enfant VIH;

Améliorer l'accessibilité des PVVIH à leurs droits :

Action 1 : Faciliter l'accès des PVVIH aux informations relatives aux droits et services sociaux ainsi qu'aux opportunités de microcrédits (dans le cadre de la plateforme AMEN SOCIAL ou dans une plateforme qui leur sera dédiée);

Action 2 : Adopter et mettre en œuvre une approche globale dans la relation avec les PVVIH prenant en compte des éléments extra-médicaux (tel que l'information, l'orientation, l'accompagnement psycho social et juridique, l'éducation thérapeutique ...);

Action 3 : Renforcer les capacités d'accueil par la création de nouveaux centres de prise en charge notamment les régions du centre et du nord ouest du pays;

Action 4 : Mettre en œuvre des protocoles de coopération entre travailleurs sociaux et professionnels de santé;

Action 5 : Privilégier la prise en charge ambulatoire par les actions de proximité avec les PVVIH (notamment par des équipes mobiles vers les zone reculées), en tenant compte de leur spécificité pour l'accès à leurs droits et leur maintien dans un parcours de vie et de santé;

Action 6 : soutenir les associations réalisant un accompagnement pluridisciplinaire des PVVIH, regroupant des activités de soutien sanitaire, social et psychologique;

Action 7 : Garantir une meilleure confidentialité pour éviter le non-recours à cause de la stigmatisation;

Identifier les PVVIH et mieux répondre à leurs besoins spécifiques de protection sociale :

Action 1 : Mener une étude complète sur les besoins des PVVIH et spécificités de leurs conditions sociales (de soins de santé, de ressources financières, de logement, de transport...);

Action 2 : Elaborer une base de données sur les PVVIH; sur le site web du ministère des affaires sociale en partenariat avec les ministères de la santé, de la femme, la famille et les personnes âgées, de la technologie d'information et les associations tout en préservant les données personnelles et le secret professionnel;

Action 3 : Réserver une place sur la plateforme numérique « Amen social » ou création d'une plateforme particulière pour inscription à distance, le recoupement des données, le signalement des personnes perdues de vue et l'accès aux services;

Action 4 : Améliorer la prise en charge des PVVIH par une action coordonnée de l'ensemble des acteurs médico-sociaux et associatifs ;

Doter les PVVIH d'un paquet complet de prestations :

Action 1 : Réviser à la hausse le montant de l'allocation de l'assistance sociale (PNAFN) au titre du VIH pour tenir compte des besoins alimentaires (et autres) spécifiques des PVVIH ;

Action 2 : Reconnaître le VIH comme maladie chronique et déplaçonner la prise en charge au titre de l'assurance maladie ;

Action 3 : Faire reconnaître les effets invalidants du VIH auprès d'instances de prise en charge sociale et sanitaire;

Action 4 : Etablir le droit à un carnet de soins gratuits à tous les PVVIH ayant besoin d'un traitement sans distinction aucune, y compris les ARV, les médicaments des infections opportunistes et le suivi biologique ;

Action 5 : Renforcer le paquet de services dans le cadre du programme d'appui financier occasionnel à travers la prise en charge nutritionnelle, des médicaments et des actes de soins non desservis par les établissements publics

Action 6 : Mettre au point des modèles de logement intégré (coordination médicale et psychologique, suivi social) tenant compte des besoins spécifiques des PVVIH.

Autonomiser les PVVIH :

Action 1 : Promouvoir « le pouvoir d'agir » social et sanitaire (empowerment) au profit du PVVIH afin de prendre soin de soi et à agir pour sa santé par de meilleures prestations sociales qui facilitent une vie sociale, affective et professionnelle de qualité

Action 2 : Promouvoir l'indépendance économique des PVVIH dans le cadre des microprojets par leur information et leur accompagnement ;

Action 3 : Assurer le suivi régulier par les structures qui octroient les activités génératrices de Revenu (AGR) et soutenir les membres de la famille des bénéficiaires.

Sensibiliser et communiquer autour des PVVIH :

Action 1 : Mettre en place un plan de communication dans le cadre d'une convention entre le ministère de la santé, le ministère des affaires sociales et les médias

Action 2 : Communiquer d'une façon globale (population en général et communauté des PVVIH) et d'une façon conforme à la réalité de la vie avec le VIH (données documentées sur les plans et stratégies de prévention) ce qui permettrait de repositionner les PVVIH en dehors de la représentation d'un risque envahissant de transmission du VIH ;

Action 3 : Organiser périodiquement, dans les différents espaces (école, milieu de travail, ...), des campagnes spécifiques sur le statut et les droits des PVVIH ;

Action 4 : Informer et sensibiliser autour du VIH et en faire une question d'actualité ;

Action 5 : Centrer la médiatisation autour du VIH, les PVVIH et les responsables décideurs;

Renforcer les capacités des travailleurs sociaux et des Médias :

Action 1 : Prendre en compte la question de la protection des PVVIH dans les plans de formation des ministères des affaires sociales ;

Action 2 : Inscire la question de la protection des PVVIH dans le cadre des cycles de formation continue des travailleurs sociaux;

Action 3 : Former les assistants sociaux de première ligne sur le VIH et les besoins et particularités des PVVIH ;

Action 4 : Former les médias (journalistes) sur le VIH et les besoins et particularités des PVVIH ;

Introduction

Le VIH/sida est un problème mondial dont les coûts sont importants à tous les niveaux de la société et dans tous les secteurs de l'économie. La maladie fait peser un très lourd fardeau sur les ménages pauvres et sur les activités informelles, menaçant les moyens de subsistance et la productivité, réduisant la capacité individuelle à générer des revenus, minant les occasions pour les générations montantes de se préparer pour trouver un emploi productif. Elle stigmatise et marginalise les individus sur le plan social et économique et fait empirer la pauvreté d'une génération à l'autre¹. En effet, des membres de ménages touchés par le VIH sont vulnérables en raison de la perte d'un soutien de famille ou du décrochage scolaire, qui prive les enfants des mesures de protection de la scolarité et de la potentialité d'acquérir des aptitudes à la vie quotidienne qui peuvent les protéger plus tard du VIH. Les coûts associés au traitement peuvent également appauvrir les ménages. Le coût des médicaments n'est qu'un des éléments du problème ; le coût des soins médicaux, du transport, et le manque à gagner du recours aux soins empêchent de nombreuses personnes de bénéficier d'un traitement continu, de qualité. Même dans le cas de régimes de subventions et de mécanismes d'exonération ciblés sur les plus pauvres, les frais de soins de santé persistent à compromettre l'accès.

L'une des recommandations les plus importantes des objectifs de développement durable liés au VIH est l'appel à l'action visant à « ne laisser personne à la traîne » pour mettre fin à l'épidémie au VIH et sida d'ici 2030. Pour faire avancer la riposte au sida, l'ONUSIDA a élaboré une approche d'accélération pour atteindre un ensemble de cibles assorties de délais d'ici à 2020. Les cibles sont notamment : 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, 90% des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH ont accès au traitement, et 90% des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée. Elles comprennent également la réduction des nouvelles infections au VIH à hauteur de 75% et la lutte contre les discriminations.

Dans ce cadre, la Tunisie a mis à jour son Plan Stratégique National (PSN) de la Riposte au VIH/Sida (2018-2022) pour s'aligner sur les grandes orientations internationales (OMS, ONUSIDA et du Fonds mondial de lutte contre le Sida la Tuberculose et le Paludisme FM).

Le PSN 2018-2022 vise essentiellement la réduction des nouvelles infections parmi les adultes et les adolescent(e)s, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la réduction de la mortalité liée au VIH, le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH, la lutte contre toutes les formes de discrimination et la promotion des droits humains ainsi que le renforcement de la gouvernance pour une riposte durable et efficiente².

Cependant, malgré sa faible prévalence (moins de 0,1%) en 2020³, le VIH suscite de plus en plus d'inquiétude en Tunisie. Le rapport Mondial de l'ONUSIDA 2020 montre que seulement 20% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissent leur statut sérologique en Tunisie⁴. La cartographie des PVVIH réalisée par ATP+ montre aussi qu'en Tunisie, seulement 2426 PVVIH inscrites aux soins et au TARV dans les quatre centres de PEC. Parmi eux, 20,2% sont perdues de vue et 19,2% sont décédées⁵. Malgré les bons résultats de la thérapie antirétrovirale, il apparaît qu'un nombre important des PVVIH n'entament pas le traitement, entament un traitement et l'abandonnent dans les années qui suivent ou n'entament leur traitement que lorsque le VIH et la malnutrition

¹ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH Etudes de cas des interventions réussies, 2005 ; BIT, Economie informelle et travail décent : Guide de ressources sur les politiques soutenir les transitions vers la formalité, 2013, chapitre 8 : Extension de la protection sociale.

² Ministère de la Santé, Plan Stratégique National de la Riposte au VIH/Sida et aux IST 2018-2022, p.2

³ ONUSIDA, Country factsheets TUNISIA, 2020.

⁴ ONUSIDA, rapport mondial actualisé sur le sida | 2020, Agissant maintenant.

ont déjà atteint un stade avancé. Parmi les nombreux facteurs en cause figurent la pauvreté et l'insécurité alimentaire. L'un des points importants à souligner est que les violations des droits de l'homme sous la forme de stigmatisation et de discrimination associées au VIH continuent à se manifester et constituent des obstacles majeurs à la prévention de nouvelles infections, à l'atténuation de l'impact et à la fourniture d'une prise en charge, d'un soutien et d'un traitement adéquats⁶.

1. La protection sociale : une architecture sensible au VIH par la complémentarité de l'indemnitaire et l'alimentaire

Rappelons que l'expression protection sociale caractérise un ensemble de mécanismes destinés à la prise en charge du « besoin » et du « risque » social. Ces mécanismes trouvent leur origine dans des politiques sociales qui, pour atteindre leurs objectifs, se traduisent dans des systèmes de protection sociale juridiquement structurés.

Le droit tunisien, qui a hérité sa conception indemnitaire de l'époque coloniale, n'est de nos jours qu'une reproduction adaptée des normes internationales auxquelles il a emprunté l'articulation des principes et techniques (emploi de l'assurance sociale, de l'assistance sociale et de l'assurance privée).

- Par l'assurance sociale, le rattachement à la sécurité sociale est conçu comme un prolongement des statuts de travail et vise à garantir aux travailleurs ainsi qu'à leur famille une sécurité économique – par des revenus de remplacement (indemnités, rentes, pensions...) et des prestations en nature (soins de santé) -lorsque surviennent des aléas strictement définis par la loi (maladie, maternité, charge d'enfants, accident du travail et maladies professionnels, vieillesse, invalidité et décès,) portant atteinte à leur capacité de gain professionnel.
- Au système de protection par l'assurance sociale, qui renvoie à la centralité du statut par le travail, s'est greffée l'assistance sociale aux personnes exclues parce qu'elles sont inactives et ne peuvent donc prétendre qu'aux prestations non contributives servies par l'Etat épaulé par les secours apportés par les associations.

Ces diverses composantes sont complémentaires et tournées vers une protection aussi générale et complète que possible mais dans les limites des conditions posées par la législation. L'approche adoptée en Tunisie est proche de celle du PAM selon laquelle la protection sociale couvre des systèmes intégrés de mesures nationales institutionnalisées, qui peuvent englober les plans de retraite financés par des cotisations, les régimes d'assurance et les filets de protection. Les filets de protection sont également définis comme la composante de la protection sociale ciblant les groupes les plus vulnérables de la population.

2. Une protection sociale sensible au VIH

Au-delà de la lenteur de réforme de la protection sociale de manière générale, l'obstacle majeur à une protection sociale sensible au PVVIH c'est l'absence de programmes sociaux spécifiques les concernant. La protection sociale des PVVIH se trouve « sans légitimité » et semble être une affaire d'associations et non un devoir de l'Etat.

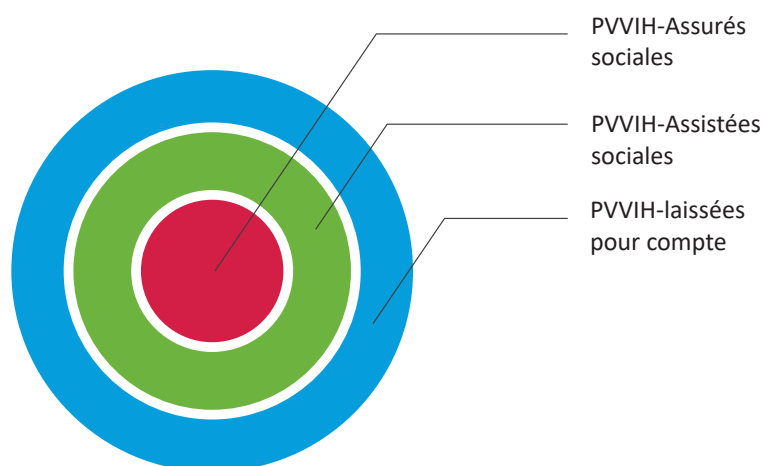
Les différents mécanismes de protection sociale n'aideront que peu la riposte au VIH si elles ne sont pas adaptées ou inaccessibles aux personnes concernées, d'où la nécessité d'une protection sensible au VIH qui comprend en considération leur vulnérabilité, la nature de leurs besoins spécifiques, leurs conditions de vie pour ainsi être inclusive.

⁵ATP+, Cartographie des PVVIH en Tunisie, atelier de présentation des résultats, 25 mai 2021.

⁶Programme alimentaire mondiale, Evaluation de la sécurité alimentaire et nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH en Tunisie, Rapport d'étude, 2021 ; Institut Pasteur de Tunis, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans les structures de santé : restitution d'une étude qualitative, <https://lapresse.tn/82075/resultats-dune-enquete-sur-la-prise-en-charge-des-personnes-vivant-avec-le-sida-pvvh-dans-les-structures-de-sante-forte-stigmatisation-des-personnes-vivant-avec-le-vih>; ONUSIDA, Rapports d'avancement nationaux – Tunisie, Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida 2020.

Figure 1

Place des PVVIH dans la protection sociale



De droit, les PVVIH assurées sociales bénéficient des mêmes droits que toutes les personnes ressortissantes de la CNRPS, la CNSS et de la CNAM et si discrimination il y a, leurs droits sont opposables à ces caisses débitrices. Les PVVIH peuvent avoir la qualité d'assistées sociales si elles répondent aux conditions requises dans le cadre du programme AMEN SOCIAL de transfert sociaux et de prestations de soins et si ledit programme dispose de disponibilités financières pour satisfaire toutes les demandes. Les PVVIH peuvent être prises en charge non en raison de leur situation de santé mais en raison de leur pauvreté. Elles ne sont pas titulaires d'un droit à l'assistance et peuvent être uniquement candidats sans faire partie de la liste sélectionnée.

Les PVVIH laissées pour compte de la réponse au VIH sont des populations les plus exposées au risque, et les plus vulnérables du fait de l'exclusion, de la stigmatisation et de la discrimination qu'elles subissent. Ces populations comprennent généralement des personnes dépourvues de ressources pour répondre à leurs besoins élémentaires et pour qui l'information et la sensibilisation sont défailtantes : il s'agit souvent de personnes « invisibles » ou « perdues de vue » à savoir notamment des jeunes hommes et femmes, des enfants, des femmes enceintes ou en cours d'allaitement qui vivent avec le VIH, des détenus, des migrants, des consommateurs de drogues injectables, des professionnel(le)s du sexe, des personnes transsexuelles,... l'urgence de programmes particuliers se fait sentir (au travers des études) pour les atteindre et répondre à leurs besoins par la garantie de droits sociaux, y compris notamment la santé, l'alimentation et la nutrition...et par des services sociaux de proximité, l'information, la sensibilisation et l'accompagnement. Une protection sociale sensible au VIH peut les rassurer et les rendre « visibles ».

Selon ONUSIDA⁷, La protection sociale qui prend en compte le VIH inclut les personnes qui encourent le risque d'une infection par le VIH ou y sont vulnérables à ses conséquences. Une protection sociale sensible au VIH peut être subdivisée en trois grandes catégories d'interventions :

- Protection financière par le biais de transferts prévisibles de liquidités, d'aliments ou autres ;
- Programmes qui soutiennent l'accès à des services de qualité abordables, y compris des services en matière de traitement, de santé et d'éducation par le biais notamment d'une assurance maladie sociale et l'exonération de frais de scolarité ;
- Politiques, législations et réglementations qui répondent aux besoins et préservent les droits des personnes les plus vulnérables et de celles qui sont exclues.

Une protection sociale sensible au VIH soutient et renforce les capacités financières et sociales des personnes considérées face au risque socioéconomiques et environnementaux. Elle réduit, sinon anéantit, les obstacles

⁷ ONUSIDA : Note d'orientation : VIH et protection sociale. 2011

d'accès aux différents droits et services y compris à la santé et à un revenu. Elle préserve la dignité des personnes, réduit leur exclusion et fait reculer le risque d'infection à VIH et ses conséquences.

3. La protection sociale des PVVIH : un droit à l'aide sociale est possible

Pour les PVVIH, la protection conditionnelle dans le cadre de l'assurance sociale (exercice d'une activité et paiement des cotisations) est porteuse d'une menace d'exclusion du fait de leur vulnérabilité aux risques de perte d'emploi et donc de rupture des droits.

Tout le système de protection sociale se trouve dans la nécessité d'élaboration de mécanismes s'inscrivant dans un cadre stratégique commun et cohérent tenant compte de la nature intersectorielle de la protection, facilitant l'intégration des différentes interventions et garantissant un continuum de droits et de secours par une meilleure allocation des ressources.

Après plus de soixante ans, la rupture avec les formes d'assistance et de secours aux « indigents » commence à se produire et la tendance est plutôt vers la reconnaissance d'un « droit à l'aide sociale » dans la nouvelle constitution du pays (de 2014)⁸. L'assistance apportée par les pouvoirs publics a pour fonction de suppléer à l'incapacité personnelle à satisfaire des besoins matériels de base dûment constatés, et à l'incapacité des alliés et membres de la famille à le faire dans le cadre des obligations alimentaires civiles. Elle prend les formes de prestations d'assistance médicale, de prestations matérielles d'entretien (notamment aux familles nécessiteuses) et l'accueil dans des établissements spécialisés (centres pour personnes handicapées et personnes âgées, centre de promotion et de défense sociale...).

Les mutations profondes dans le pays (mutations épidémiologiques, pressions du vieillissement démographique, demande sociale pressante de dignité et de bien-être, reconfiguration des droits de l'homme...) conduiront inexorablement à des arrangements institutionnels tournés vers la reconnaissance d'un droit à l'assistance sociale.

Le programme AMEN SOCIAL de 2019, qui initie une refondation de l'assistance sociale et médicale, atteste la volonté d'y parvenir. L'efficacité de la protection sociale est justement tributaire de l'optimisation de la législation et des cadres d'orientation générale pour qu'ils intègrent les populations vulnérables, touchées par le VIH.

La sécurité sociale (l'assurance sociale) met en œuvre des financements salariaux (cotisations sociales patronales et salariales), qui éprouvent des difficultés de prise en charge de nouveaux risques de VIH, de dépendance... et, surtout avec les déséquilibres financiers, doivent faire face au défi majeur de crédibilité et de pérennité. Pour leur part, les prestations de l'assistance font appel à des financements par le budget de l'Etat qui ont fait preuve de leurs limites dans la prise en charge des bénéficiaires.

Une protection sociale sensible au VIH efficace et durable fait nécessairement appel, à titre principal ou complémentaire, à des ressources fiscales et devrait s'inscrire dans une perspective de solidarité nationale au lieu d'en faire « une protection à double vitesse » dans la stricte dissociation assurance/assistance : le droit à la protection sociale se traduirait par des prérogatives reconnues à son titulaire à l'égard de la collectivité nationale et lui serait opposable.

⁸ Aussi faut-il rappeler que La constitution de 2014 a énoncé un certain nombre de relatifs à la protection de la dignité du citoyen, à la consécration de l'égalité et à la promotion de la justice sociale qui revêtent une valeur considérable dans la promotion du droit à la protection sociale,

Elle formule un certain nombre de droits sociaux:

Les droits sociaux, y compris le droit à la protection sociale, sont interdépendants et se complètent pour la construction d'un dispositif homogène relatif aux garanties de l'ensemble des droits de l'homme.

La constitution traite aussi de la protection de certaines catégories à besoins spécifiques dont une part des droits constituent une des composantes du droit à la protection sociale.

PARTIE I : LES INSTRUMENTS INTERNATIONAUX ET BONNES PRATIQUES NATIONALES : UN ANCRAGE CONVENTIONNEL D'UNE PROTECTION SOCIALE UNIVERSELLE

L'universalité des droits de l'homme est la pierre angulaire d'une protection sociale pour tous et constituent des déterminants fondamentaux d'un traitement digne et égal des personnes humaines. Les instruments internationaux traduisent l'engagement de la communauté internationale sur les droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels. Les obligations qu'ont les États de promouvoir et protéger les droits de l'homme liés aux VIH sont définis dans les traités et directives internationaux existants. La protection sociale des PVVIH est portée par un ensemble de droits, couvrant contre le risque, le besoin, la vulnérabilité et l'exclusion sociale. Ils sont considérés comme inhérents à la personne humaine et ont trait notamment à la jouissance du meilleur état de santé physique et mentale possible, au bénéfice des progrès de la science et de ses avantages, à l'assistance et au bien-être, à la non-discrimination, à une protection égale et à l'égalité devant la loi.

En Tunisie, les acquis sont à consolider et l'action dans ce sens peut s'adosser sur une richesse des normes internationales et de bonnes pratiques nationales.

I. L'apport constructif des normes internationales et des pratiques nationales

Les instruments et les mécanismes adoptés par les Nations Unies et ses organisations spécialisées dans le domaine des droits de l'homme constituent non seulement un cadre normatif légal, mais ils sont en outre des outils indispensables pour la mise en œuvre des droits des personnes touchées par le VIH. Ces instruments et mécanismes constituent la toile de fond d'une protection sensible aux PVVIH(1). Ils sont déclinés dans les pays de différentes manières et découlent de bonnes pratiques qui peuvent nourrir les politiques et programmes nationaux (2).

1. Approche Basée sur les Droits de l'Homme : la toile de fond d'une protection sensible aux PPVVIH

L'ABDH est un cadre d'interventions qui vise à mettre en œuvre des engagements en faveur de la riposte au VIH fondée sur les droits humains améliorant ainsi l'accès universel à la protection sociale spécifique au PVVIH.

a. Du droit à la protection sociale de manière générale (Consécration du droit à la protection sociale)

Le droit à la protection sociale est ancré dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (DUDH) qui proclame que «toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale» (art. 22), et cite expressément, notamment dans son article 25 (1), le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, et le droit aux services sociaux nécessaires à la protection contre le risque et le besoin. Ce droit à la protection sociale est, selon la déclaration, "indispensable à la dignité de la personne humaine et au libre développement de sa personnalité".

« Tous les droits de l'homme sont universels, indissociables, interdépendants et intimement liés... »
Conférence mondiale sur les droits de l'homme / Déclaration et Programme d'action de Vienne, le 25 juin 1993

Dans sa lecture du « droit à la vie inhérent à la personne humaine », le Comité des droits de l'homme, dans son Observation générale (Rapport A/37/40 de 1982) estime "qu'il serait souhaitable que les États parties prennent toutes les mesures possibles pour diminuer la mortalité infantile et pour accroître l'espérance de vie, en particulier des mesures permettant d'éliminer la malnutrition et les épidémies ».

Les « Directives internationales sur le VIH/sida et les droits humains » /ONUSIDA et OHCHR de 1996 révisées en 2006⁹ sont un outil précieux permettant de déterminer la manière dont les principes clés des droits humains peuvent être utilisés pour les ripostes au VIH. :

EX.

Directive 3 : Application adéquate de la législation : les dispositions de la loi applicables aux maladies fortuitement transmissibles ne doivent être pas appliquées à tort au VIH et doivent être compatibles avec les obligations internationales en matière de droits de l'homme

Directive 5 : Anti-discrimination et protection : des lois antidiscriminatoires doivent être adoptées pour qui protéger les groupes vulnérables, les personnes vivant avec le VIH et les personnes souffrant d'un handicap contre la discrimination dans le secteur public et dans le secteur privé.

Directive 6 : Accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui : les Etats devraient promulguer des lois régissant la fourniture des biens et services et des informations liées au VIH de façon à assurer un large accès à des mesures et services préventifs de qualité, à des informations adéquates sur la prévention et le traitement du VIH et à des médicaments sûrs et efficaces d'un prix raisonnable.

La Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH et le sida 2011 : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida affirme que « la pleine réalisation de tous les droits humains et des libertés fondamentales pour tous est un élément essentiel dans la riposte globale à l'épidémie du VIH ». Elle reconnaît l'importance de lever tout obstacle qui empêche les personnes d'accéder à la prévention, au traitement, aux soins et soutien dont elles ont besoin. Ceci implique de s'attaquer aux lois, politiques et pratiques qui perpétuent la discrimination, l'inégalité et la violence à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des autres populations clés, notamment les femmes et les enfants

En application du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIRDPC) de 1966, la protection des droits des PVVIH tels que les droits à l'égalité, à la vie privée et à la liberté de mouvement est essentielle pour promouvoir les droits plus étendus en matière de protection sociale et pour garantir l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien du VIH.

Pour sa part, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 (PIDESC) reflète l'appel de la DUDH pour l'accès à un niveau de vie décent ainsi qu'à la santé, l'éducation, l'alimentation, le logement et la sécurité sociale.

En application du PIDESC (notamment les articles 9 et 11 du PIDESC) : impose l'accès des PVVIH à un niveau de vie suffisant et/ou à des services de sécurité sociale, la protection des familles, soignants et enfants affectés par le VIH contre l'appauvrissement et l'insécurité alimentaire, la protection de l'héritage des femmes et enfants ayant perdu un proche à cause du sida. La garantie des droits économiques et sociaux permet ainsi de promouvoir d'autres droits relatifs au développement (par exemple, l'éducation, la nutrition, la propriété) qui réduisent, à leur tour, la vulnérabilité au VIH et limitent l'impact du VIH sur la vie des personnes

Dans la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) de 1989, les enfants représentent une population

⁹ V. ONU SIDA « Le VIH/sida et les droits de l'homme Directives internationales Version consolidée 2006 »

vulnérable clé. Le fait de leur garantir des droits à l'égalité, à la participation et à l'accès à l'information et aux services permet de leur éviter le risque accru d'infection par le VIH. La garantie de la protection des droits des enfants atteints par le VIH favorise l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien

La recommandation (n° 200) OIT sur le VIH et le sida 2010 reconnaît notamment que la réponse au VIH et au SIDA devrait être reconnue comme contribuant à la réalisation des droits de l'homme et des libertés fondamentales, interdit toute discrimination ou stigmatisation à l'égard des travailleurs ou demandeurs d'emploi en raison de leur statut de PVVIH réel ou supposé et stipule que les mesures concernant le VIH et le sida dans le monde du travail devraient faire partie des politiques et programmes nationaux de développement, y compris ceux ayant trait au travail, à l'éducation, à la protection sociale et à la santé.

La recommandation (n° 202) OIT sur les socles de protection sociale, 2012 traduit le consensus international sur la nécessité d'une protection sociale pour tous. Le socle de protection sociale consiste en un ensemble de droits fondamentaux et de transferts en matière de sécurité sociale (OIT) privilégie les garanties élémentaires de sécurité sociale suivantes :

- les personnes ayant besoin de soins de santé ne devraient pas être confrontées à une charge trop lourde ni à un risque accru de pauvreté résultant des conséquences financières de l'accès aux soins de santé essentiels. La gratuité des soins médicaux prénatals et postnatals devrait également être envisagée pour les personnes les plus vulnérables ;
- la sécurité élémentaire de revenu devrait permettre de vivre dignement. Les niveaux minimaux de revenu définis à l'échelle nationale peuvent correspondre à la valeur monétaire d'un ensemble de biens et services nécessaires, aux seuils nationaux de pauvreté, à des seuils de revenu définis pour l'octroi de l'assistance sociale ou à d'autres seuils comparables établis par la législation ou la pratique nationales, et peuvent tenir compte des différences régionales. Le socle de protection sociale devrait être établi en tenant compte des priorités et des ressources de chaque nation et devrait être conçu et mis en œuvre avec le concours de l'ensemble des partenaires sociaux concernés.



b. Garanties de mise en œuvre

Le droit à la protection sociale des PVVIH implique une intervention active de l'Etat. Ce droit impose à l'état, comme tout autre droit humain, une triple obligation :

- Obligation de respecter :

Ce qui suppose la mise en œuvre de politiques et de réglementations respectueuses des droits des PVVIH et l'interdiction à l'Etat de porter atteinte aux droits qui leurs sont opposables ;

- Obligation de protéger :

Assurer la protection des droits des PVVIH notamment contre les atteintes commises par les tiers. L'exercice des droits doit être assuré sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion publique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation ;

- Obligation de mettre en œuvre :

Les mesures doivent être concrètes et adéquates d'ordre législatif, institutionnel et financier et viser aussi clairement que possible à la réalisation des obligations reconnues.

Pour sa mise en œuvre, le droit à la protection sociale est gouverné par un certain nombre de principes essentiels (posés par le CODESC) et ont trait à la détermination de son contenu normatif et ses caractères conformément au droit international des droits de l'homme :

1. L'admissibilité : Les conditions d'admissibilité des PVVIH au bénéfice des prestations sociales et sanitaires doivent être transparentes (critères d'éligibilité et voies de recours) et raisonnables (ciblage et niveaux des prestations).

2. La non-discrimination : implique le droit de ne pas être soumis à des restrictions arbitraires et déraisonnables du bénéfice du dispositif de protection sociale existant. Elle suppose en général un droit pour toute personne et en particulier les personnes les plus marginalisées et vulnérables d'être couvertes par le système de protection sociale. Le service des prestations doit être respectueux de la dignité humaine, de la déontologie et l'éthique médicale et sensibles au genre. Des régimes non contributifs seront de ce fait nécessaires pour assurer la couverture de chacun.

3. Quelle soit formelle ou informelle, directe ou indirecte, la discrimination fait obstacle à ce que les PVVIH accèdent à l'information, à la prévention et aux services sociaux et de soins.

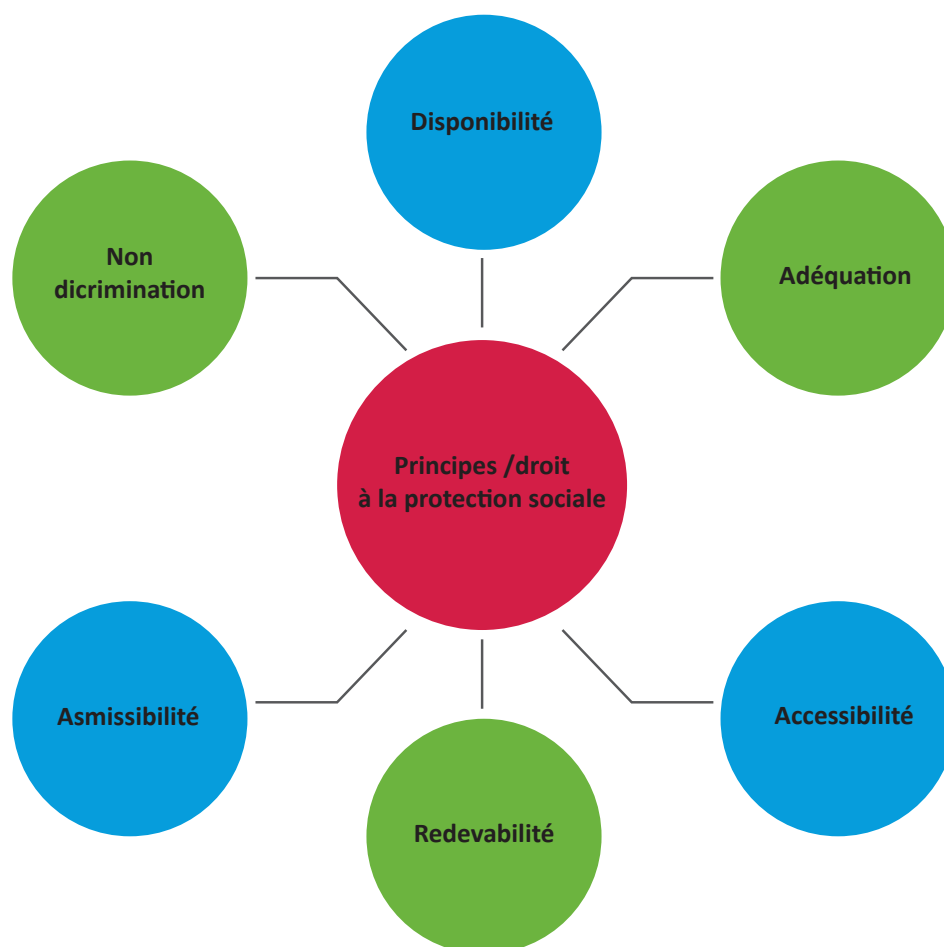
4. La disponibilité : suppose l'existence et le fonctionnement d'un système établi permettant, en biens et services, de servir des prestations suffisantes et adéquates aux PVVIH en quantité et en qualité. Il s'agit notamment, en matière de soins de santé, de la disponibilité d'équipements scientifiquement approuvés, de professionnels de la santé formés, de normes et de protocoles nationaux en matière de santé, des médicaments...

5. L'adéquation : les PVVIH devraient bénéficier des prestations, en espèces et en nature, d'un montant et d'une durée acceptables afin qu'elles puissent exercer ses droits à un niveau de vie suffisant et aux soins de santé.

6. L'accessibilité : Concerne les facilités d'accès des PVVIH aux services sociaux et sanitaires. Il peut s'agir d'une accessibilité économique en évitant aux PVVIH des coûts dissuasifs des services, d'une accessibilité physique par des prestations qui devraient être servies en temps utile et d'une accessibilité de l'information en permettant notamment de recevoir des informations sur tous les droits à prestation de protection sociale existants, dans la clarté et la transparence.

7. La redevabilité : l'Etat, principal acteur redevable, est tenu par une obligation de résultat à travers des mécanismes d'exécution et de suivi garantissant la protection particulière et effective des droits des personnes touchées par le VIH, (via des indicateurs et des critères appropriés).

Figure 2
Principes du droit à la protection sociale



2. De l'accès aux soins de santé et la garantie d'un revenu minimum à l'accès aux soins de santé

• **La Recommandation n°69 sur les soins médicaux de 1944**, se base sur le principe de couverture universelle. En effet, dans ce texte la disponibilité des soins médicaux est reconnue comme un élément essentiel de la sécurité sociale. Il est mentionné que « le service de soins médicaux devrait englober tous les membres de la communauté, qu'ils exercent ou non une occupation lucrative ».

• L'article 11 du **PIDESC** envisage le droit « de toute personne à un niveau de vie suffisant » c'est à dire « une nourriture, un vêtement et un logement suffisants, ainsi qu'à une amélioration constante de ses conditions d'existence ». Ce droit est qualifié de fondamental.

• Notons, par ailleurs, que la couverture Santé Universelle (CSU) est devenue l'une des priorités mondiales en matière de santé. Elle prend ses racines dans la Constitution de l'OMS, adoptée en 1948, qui fait de la santé l'un des droits fondamentaux de tout être humain¹⁰, et dans la Stratégie mondiale de la santé pour tous, lancée en 1979.

¹⁰ L'alinéa 2 donne des indications sur les moyens de mettre toute personne à l'abri de la faim : conservation et distribution des denrées alimentaires, éducation nutritionnelle, réforme agraire.

¹¹ ATDS : Rapport sur : le Droit à la santé en Tunisie. Oct. 2016

La CSU comprend une gamme variée de prestations qui permet à tout un chacun d'avoir accès aux services couvrant les causes les plus importantes de morbidité et de mortalité et elle garantit que la qualité de ces services soit suffisamment bonne pour améliorer la santé des personnes qui en bénéficient.

Ces prestations incluent notamment la santé du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de la mère, la santé sexuelle et génésique, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles...

Selon l'OMS, la CSU consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les

Se soigner mieux tout en se soignant moins cher ou en tout cas en évitant de se soigner plus cher

Une résolution sur la CSU a été adoptée lors de la 67^{ème} session de l'Assemblée générale des Nations Unies (du 12 décembre 2012). Elle appelle chaque État membre de l'ONU à éviter de recourir au paiement direct des soins par les usagers et à financer son système de santé par le biais de mécanismes plus équitables et solidaires. L'Assemblée générale exhorte ainsi les gouvernements à intensifier leurs efforts pour accélérer la transition vers l'accès universel à des services de santé de qualité et à des prix abordables.

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».
Constitution OMS

• **La recommandation (n° 200) OIT sur le VIH et le sida, 2010** stipule que les Etats devraient garantir que les travailleurs vivant avec le VIH et les personnes à leur charge aient pleinement accès à des soins de santé, que ce soit dans le cadre de la santé publique, de systèmes de sécurité sociale ou de régimes d'assurance privés ou autres régimes. Les services devraient comprendre un accès gratuit ou abordable¹².

• La promotion du droit d'accès aux soins figure désormais parmi les ODD **2016-2030 des Nations Unies**. Il s'agit de l'ODD3 qui vise la bonne santé et le bien-être de tous et à tout âge. Ainsi, la consécration de la CSU comme sous-objectif du nouveau programme de développement mondial invite les acteurs de la santé mondiale à se mobiliser en faveur de l'atteinte des trois volets phares de la CSU : assurer la protection du risque financier, améliorer l'accès aux services de santé pour les populations vulnérables, et augmenter la qualité des services. La mise en œuvre de la CSU reposerait donc sur un certain nombre de valeurs qui le mette au service d'un droit humain : le droit à la santé.

b. la garantie d'un revenu minimum

• **La Recommandation n°67 (1944) sur la garantie des moyens d'existence**¹³ préconise l'établissement complet d'un système de sécurité sociale dans le but de garantir des moyens d'existence. L'un des principes

¹² Les services comprennent l'accès :

(a) aux conseils et au dépistage volontaires; (b) aux traitements antirétroviraux ainsi qu'à une formation, des informations et une aide concernant l'observance de ces traitements; (c) à une nutrition appropriée compatible avec le traitement; (d) au traitement des infections opportunistes et des infections sexuellement transmissibles et de toutes autres maladies liées au VIH, notamment la tuberculose; (e) à des programmes de soutien et de prévention, y compris une aide psychosociale, pour les personnes vivant avec le VIH.

¹³ Notons que les deux Les recommandations (67 et 69) ont été reprises dans la **Déclaration de Philadelphie de 1944** où les États membres de l'OIT ont reconnu l'importance des questions sociales et environnementales. Un certain nombre de principes ont été posés. Il s'agit notamment : « la pauvreté, où qu'elle existe, constitue un danger pour la prospérité de tous », « tous les êtres humains, quels que soient leur race, leur croyance ou leur sexe, ont le droit de poursuivre leur progrès matériel et leur développement spirituel dans la liberté et la dignité, dans la sécurité économique et avec des chances égales ».

fondamentaux de la recommandation est l'universalité de la couverture : toute la population devrait être couverte par la protection sociale en vigueur dans le pays. Par ailleurs, elle dispose que la garantie des moyens d'existence devrait être établie sur la base de l'assurance sociale obligatoire pour les travailleurs et leurs familles. L'assistance sociale devrait comporter les domaines suivants : bien être des enfants à charge, allocations spéciales de subsistance à des taux prescrits en faveur des invalides, des vieillards et des veuves qui ne sont pas couvertes par l'assurance sociale obligatoire, et assistance générale « à toutes personnes dans le besoin, lorsqu'il n'y a pas lieu à internement en vue de soins correctifs ».

- Aux termes de l'article 12 du **PIDESC**, le droit à la santé est défini comme le « droit qu' a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle est capable capable d'atteindre ». Il implique de nécessaires mesures portant notamment sur : la diminution de la mortalité des enfants, la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies et la création de services médicaux et aide médicale.

- Pour sa part, **la recommandation (n° 200) OIT sur le VIH et le sida 2010** stipule que, à côté des services sanitaires, les travailleurs vivant avec le VIH et les membres de leurs familles devraient bénéficier d'un accès gratuit ou abordable « à une nutrition appropriée compatible avec le traitement »

II. EXPERIENCES et BONNES PRATIQUES COMPAREES

1. Bonnes pratiques internationales

Tableau 1.

Bonnes pratiques internationales

Accès aux soins de santé				
Pays	Programme	Prestations	Conditions	Modalités
Thaïlande	Couverture Santé Universelle	<ul style="list-style-type: none"> • Accès universel aux soins de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les citoyens titulaires d'une carte d'identité nationale non couverts par d'autres régimes de protection sociale • Toute personne pour Les services VIH comme le test VIH et le TARV. 	Accès direct et gratuit aux soins
Namibie	Fonds d'égalisation des risques	<ul style="list-style-type: none"> • Assurance santé générale 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne couvre que le VIH, moyennant une prime mensuelle d'environ 30 dollars namubiens (5 \$ US). • Pour bénéficier de cette couverture, une entreprise doit inscrire tous ses employés non assurés • Un soutien institutionnel est fourni pour promouvoir une observance stricte des protocoles de traitement du VIH par les travailleurs 	Partenariat Public/Privé

Afrique du sud	Campagne "Treatment Action Campaign"	Faciliter l'accès de tous les Sud-Africains au traitement du VIH, <ul style="list-style-type: none"> • en sensibilisant le public et en expliquant les questions relatives à la disponibilité, au caractère économiquement abordable et à l'utilisation des traitements du VIH. • Par « pression » pour la promotion de la législation visant à permettre une égalité d'accès aux services sociaux et de traitement des personnes victimes du sida 	Par (et au nom) des PVIH dans l'ensemble de l'Afrique du Sud	Campagne de sensibilisation/ prendre en main l'élaboration du programme de protection sociale au lieu d'accepter un système défini par d'autres
-----------------------	--------------------------------------	--	--	---

Garantie de revenu				
Pays	Programme	Prestations	Conditions	Modalités
Canada	Revenus et transferts de consommation	<ul style="list-style-type: none"> • des revenus (par le renforcement des capacités, des honoraires et des opportunités d'emploi) • des transferts de consommation (tels que l'accès aux services médicaux juridiques et de logement) 	• Personnes séropositives marginalisées	Prise en charge direct
Tanzanie	Transferts monétaires	Retraites sociales pour personnes plus âgées séropositifs	<ul style="list-style-type: none"> • Le statut de séropositif • La mesure de la pauvreté et de la vulnérabilité (définie par l'âge, la santé, l'état du logement et des terres et le nombre d'enfants à charge). 	Versement direct
Namibie	Transferts monétaires	Pension d'invalidité	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir 16 ans ou plus • Être diagnostiqué comme étant invalide, temporairement ou définitivement, par un médecin de l'Etat ou 	Versement direct

			atteint du VIH, • Être un citoyen ou un résident permanent de la Namibie et résider dans le pays	
--	--	--	---	--

Alimentation

Pays	Programme	Prestations	Conditions	Modalités
Botswana	Programme de soins communautaires à domicile (Community Home-Based Care programme - CHBCCHBC)	Un panier alimentaire mensuel	En fonction de l'état du patient	Service domicile
Etats-Unis	Programme de tickets alimentaires	Des coupons ou des avantages/ accès à un régime alimentaire équilibré.	<ul style="list-style-type: none"> • Ménages à faible revenu • Personnes qui se réinsèrent dans la vie active 	Coupons sous forme électronique qui peuvent être utilisés comme moyen de paiement dans la plupart des magasins d'alimentation
Malawi	Filet de protection sociale / appui du PAM	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention nutritionnelle ciblée • Formation d'une coalition / renforcement des moyens de subsistance 	<ul style="list-style-type: none"> • PVVIH, • Les citoyens démunis 	PAM/ Prise en charge des Aliments

Logement et Intervention sociale

Pays	Programme	Prestations	Conditions	Modalités
Etats-Unis	Services sociaux et sanitaires	Logements pour les toxicomanes séropositifs	Les programmes de logement de soutien fournissent une prise en charge médicale et sociale sur place dans le cadre d'un programme de logement et par envoi aux services de santé comportementaux.	Service de proximité

Mozambique	Services aux PVIH	Incitations sous forme de vivres pour les soignants à domicile	Volontaires pour les PVIH	Appui par des services à domicile
France	Logement et services psychosociaux / appartements de coordination thérapeutique (ACT)	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre un relogement en appartement autonome • Les personnes hébergées sont encadrées par une équipe pluridisciplinaire 	Personnes vulnérables y compris les PVIH	<ul style="list-style-type: none"> • Gérés par des associations de lutte contre le sida ou contre l'exclusion • Financés par l'Etat, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les conseils généraux des différents départements

Plaidoyer

Pays	Programme	Prestations	Conditions	Modalités
Maurice	PILS, une OSC locale intervenant dans le domaine des droits humains	Sensibiliser les parties prenantes sur le VIH et les droits humains pour l'adoption d'une loi sur le VIH	Des réunions avec le procureur général, différentes organisations gouvernementales et autres OSC, ainsi qu'avec le ministère de la santé	Adoption d'une loi sur le VIH qui : <ul style="list-style-type: none"> • S'inscrit dans les engagements nationaux et internationaux • Protège les droits et abroge les lois pénales qui faisaient obstacle aux ripostes efficaces au VIH
Zimbabwe	OSC (ARASA) et ses partenaires (les Avocats du Zimbabwe pour les droits humains (ZLHR) et le réseau national des personnes vivant avec le VIH/sida au Zimbabwe (ZNP+)	Renforcer la capacité des communautés à protéger les droits humains	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration d'un manuel de formation l'ARASA sur les droits humains, le VIH, la tuberculose et le traitement au contexte des communautés locales) • Formation des participants locaux • Etudes de cas intégrées dans une brochure qui comprenait des informations sur les services juridiques disponibles, les modèles de résolution 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des connaissances et compréhension des droits humains • Autonomisation des 300 participants des communautés (identifier les problèmes et les solutions en vue d'améliorer l'accès universel aux soins de santé relatifs au VIH, le suivi continu de l'accès aux médicaments, des ruptures de stocks et

			de litiges à base communautaire et les ripostes fondées sur les droits	autres violations des droits humains dans l'accès aux soins de santé). • Accroissement de l'engagement ainsi que le plaidoyer en faveur de la santé et des droits humains
Sénégal	Cinq OSC	Mettre en évidence les problèmes de la riposte au VIH et proposer des changements nécessaires constructifs et s'impliquer dans ces changements.	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction d'une déclaration de principe soulignant les réflexions et recommandations collectives du groupe sur la manière d'améliorer la riposte du Sénégal au VIH ; • Rencontre avec les autorités nationales et les organisations internationales de lutte contre le VIH et le sida en vue de présenter leur analyse et d'obtenir leurs rétroactions • Organisation d'une conférence de presse visant à présenter la déclaration de principes et à exiger des mesures 	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un réseau informel, (l'Observatoire de la réponse au VIH/sida au Sénégal) • Réseau activement impliqué dans les processus et mécanismes mis en place depuis pour traiter les problèmes identifiés.

2. L'interaction entre la protection sociale et le VIH : examens des éléments de preuve

Tableau 2

Éléments de preuve sur la relation protection sociale et VIH

Références	Objectifs	Résultats
BUTTERILL, D., KENNEDY, R., MACFARLANE, D. et J. SYLVESTRE. Planning for a housing system for persons with HIV/AIDS, 2010. [http://pshp.aso411.ca/housing_project.html]	Logement et VIH	Les résultats de l'étude identifient le logement comme l'un des besoins les plus urgents, sinon le plus urgent, des PVVIH/sida
SCOTT, A., ELLEN, J., CLUM, G. et L. LEONARD. « HIV and housing assistance in four US cities : Variations in local experience », AIDS and Behavior, vol. 11, numéro hors-série, 2007, p. 140-148.	Logement et VIH	Les résultats de l'étude montrent l'importance du logement pour le maintien de la santé et du bien-être et la prévention de la transmission du VIH/sida

<p>Bor J, Herbst AJ, Newell ML, Barnighausen T. Increases in adult life expectancy in rural South Africa: valuing the scale-up of HIV treatment. <i>Science</i>. 2013; 339: 961-965.</p>	<p>Traitement antirétroviral et espérance de vie</p>	<p>Dans les régions rurales d'Afrique du Sud, l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH et entamant une thérapie antirétrovirale est passée à 60,5 ans en 2011. Elle était à partir de 49,2 ans en 2003, lorsque la thérapie antirétrovirale n'était pas disponible dans le système public de soins de santé.</p>
<p>ONUSIDA, Évaluation nutritionnelle, conseils et soutien pour les adolescents et les adultes vivant avec le VIH, NOTE D'ORIENTATION I 2014</p>	<p>Nutrition et traitement</p>	<p>L'aspect de l'alimentation et de la nutrition des personnes vivant avec le VIH joue un rôle clé pour améliorer les résultats de la prise en charge et du traitement.</p>
<p>Baird et al. (2012) Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial. <i>The Lancet</i>. 379(9823). 1320-29. ;</p>	<p>Transfert en espèce et VIH</p>	<p>Les transferts contribuent à la prévention du VIH en réduisant l'insécurité alimentaire et d'autres facteurs de comportement sexuel à risque liés à la pauvreté et aux inégalités</p>
<p>Hallfors et al. (2011) Support adolescent orphan girls to stay in school as HIV risk prevention. <i>American Journal of Public Health</i>. 101(6). 1082-8.</p>	<p>Transfert, éducation et prévention du VIH</p>	<p>Les transferts directs espèces ou en nature peuvent augmenter la scolarisation et la fréquentation de l'école et donc une vulnérabilité réduite au VIH</p>
<p>Etude menée par le Centre Régional du PNUD à Dakar et le bureau du PNUD au Burkina Faso visant à explorer les possibilités de mise à l'échelle de l'initiative de soutien aux personnes vivant avec le VIH via les activités génératrices de revenus.</p>	<p>Activités génératrices de revenus et VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les bénéfiques produits par ces activités sont principalement utilisés pour acquérir des biens et équipements, assurer la scolarisation des enfants, et contribuer au fonctionnement quotidien des ménages par la couverture, entre autres, des dépenses de santé, d'alimentation et autres... • Sur le plan de l'autonomisation et de la réduction de la dépendance, l'intervention a aidé la plupart des bénéficiaires à passer de la pauvreté à une certaine indépendance financière, leur donnant une certaine sécurité • La solitude, l'isolement, le manque de considération et le sentiment d'humiliation ressentis de devoir dépendre des autres pour subsister ont cédé la place à un épanouissement en lien avec l'autonomisation financière du fait des activités génératrices de revenus, et avec l'inclusion sociale qui en découle.

<p>Miller, C. "Economic Impact Report of the Mchinji Social Cash Transfer Pilot." Draft. Center for International Health and Development Boston University School of Public Health and Centre for Social Research University of Malawi. 2009.</p>	<p>Transfert de liquidités et VIH</p>	<p>Les ménages bénéficiant de TL ont connu des avancées spectaculaires en termes de sécurité alimentaire. Les enfants ont pris du poids et ont grandi, étaient moins susceptibles de travailler à l'extérieur et plus susceptibles de fréquenter l'école. A noter également que les ménages bénéficiaires ont accru leurs demandes de soins de santé et d'éducation, de même que de moyens de production (matériel agricole, bétail, etc.)</p>
---	---------------------------------------	--

PARTIE II. LE DROIT A LA COUVERTURE SOCIALE : LE LEVIER POUR UN DROIT "CATEGORIEL" SENSIBLE AUX PVVIH EN TUNISIE

La grandeur du principe d'universalité de la protection sociale comme droit humain est à articuler avec la sensibilité aux singularités des PVVIH. L'universel n'est pas, comme on l'a pertinemment souligné¹⁴, une simple idée directrice : il couvre la réalité comme un tout unique et intégral mais qui ne peut survivre qu'avec l'autorité du singulier.

La situation des PVVIH produit sinon des remises en cause au moins un questionnement e ce rapport universalisme – singularité. Elle porte le besoin d'un ancrage juridique, social et culturel.

I. Le droit à la protection sensible au VIH : Un droit humain sur l'État

Sous l'effet des exigences de citoyenneté et de cohésion sociale et les risques d'exclusion, l'intervention de l'État pour une protection sociale adéquate des PVVIH est incontournable. La constitution le confirme et les acteurs l'attestent.

• **La constitution l'affirme** : La constitution tunisienne de 2014 a érigé le droit à la couverture sociale en un droit-créance qui met à la charge de l'État une obligation de faire. Le droit à la protection sociale n'est pas, on le sait, un attribut naturel mais une attribution que notre société, parvenue à un moment de son histoire politique et sociale, pense pouvoir et devoir donner à tous ses membres. L'article 38 de la constitution dispose que « L'État garantit ... le droit à la couverture sociale comme prévu par la loi ». Ce droit est traditionnellement défini par les prérogatives reconnues à l'individu pour satisfaire ses besoins sociaux.

"La santé est un droit pour chaque être humain.

L'État assure à tout citoyen la prévention et les soins de santé et fournit les moyens nécessaires pour garantir la sécurité et la qualité des services de santé.

L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien et à faible revenu.

Il garantit le droit à une couverture sociale comme prévu par la loi"

Article 38 Constitution

Le droit de la protection sociale est notamment inhérent à la nature humaine ou à tout le moins est dépositaire des exigences sociales de dignité du citoyen et de ce fait naissent et se développent au gré du besoin et du quotidien qui permet d'apprécier à la fois ce qui est et ce qui devrait être.

La protection sociale sensible au VIH fait appel à l'option socialisant les procédés ou il appartient à la collectivité de satisfaire leurs besoins particuliers : Le droit du candidat à une prestation et les obligations auxquelles il est soumis peuvent être appréciés séparément, le droit n'étant pas nécessairement la conséquence de l'obligation.¹⁵

"Les citoyens et les citoyennes sont égaux en droits et en devoirs. Ils sont égaux devant la loi sans discrimination. L'État garantit aux citoyens les libertés et les droits individuels et collectifs. Il veille à leur assurer les conditions d'une vie digne"

Art. 21 Constitution

¹⁴ Dominique Schnapper : La Relation à l'Autre. Au cœur de la pensée sociologique, Paris, Gallimard, 1998, p. 37 et p. 180

¹⁵ V. Francis Netter : la sécurité sociale et ses principes. Ed. Dalloz 2005,p.43

L'accès des PVVIH aux soins est affirmé par la loi n° 92-71 du 27 juillet 1992 relative aux maladies transmissibles qui bénéficient des soins à titre gratuit dans les structures de santé publique. La reconnaissance de ce droit d'accès aux soins gagnerait d'être inscrite dans le cadre du droit à la santé toujours sans fondements solides.

[Les exigences de citoyenneté et de cohésion sociale et les risques d'exclusion, dictent une protection sociale adéquate des PVVIH](#)

Les partenaires sociaux l'attestent : Le contrat social de 2013 le confirme pour l'ensemble de la population non assurée sociale. Il stipule « La prise en charge par l'État de la garantie, au profit des catégories vulnérables, du droit d'accès aux soins et d'un revenu minimum avec la nécessité de cibler les bénéficiaires... »

Les garanties dont il est question seraient nécessairement fondées sur « le besoin ». Les partenaires sociaux placent la protection sociale et sanitaire, et pour la première fois de façon solennelle, dans une perspective universaliste.

Le plancher de protection (soins médicaux et revenu minimum) servirait comme soutien pour s'affranchir de la dépendance, de la vulnérabilité et donc de l'exclusion. La proposition gagnerait d'être appréhendée par rapport au Socle de Protection Sociale (SPS) recommandé notamment par l'OIT¹⁶. Les minimas dont il est question en sont une composante. En l'état actuel du système de protection sociale en Tunisie ou le terrain d'appui à la base est défaillant, ce plancher ne peut, que compléter les assurances sociales en place fondées sur la conditionnalité des droits aux prestations. Il peut être préparatoire à des droits sociaux : ce plancher peut servir d'appui aux bénéficiaires à mieux gérer les arbitrages à opérer entre la satisfaction des besoins immédiats (faire face à la vulnérabilité) et l'amélioration durable de leurs sorts (notamment par une participation plus réussie à la vie en société).

Le plancher de protection qui serait reconnu formellement aux catégories vulnérables y compris les PVVIH sous forme d'un « droit à ... » autoriserait fondamentalement le passage de cette protection rudimentaire à une protection sociale inclusive et de citoyenneté sociale qui devrait être envisagée sous l'angle d'une nouvelle conditionnalité des droits sociaux, imperméable à la reproduction de la stigmatisation et de l'exclusion, et au travers d'une nouvelle articulation entre secours et soutien économique et participation sociale.

[Le plancher de protection \(soins médicaux et revenu minimum\) servirait comme soutien pour s'affranchir de la dépendance, de la vulnérabilité et donc de l'exclusion](#)

Pour que ce minimum donne des résultats durables, il devrait être intégré dans les structures institutionnelles existantes. Le minimum, c'est pour fonder des droits et privilégier la recherche de l'autonomie et la lutte contre les inégalités sociales sur l'ensemble de l'existence et non de créer une protection sociale à double vitesse et pour ne pas faire pas arriére des droits sociaux aux droits des pauvres parce Un régime seulement pour les indigents ne fera toujours qu'un régime indigent¹⁷ : les PVVIH ne sont pas des citoyens de seconde zone.

Le ciblage des PVVIH permettrait de calibrer le dispositif d'aide (ex. différenciation de la prestation) à la population visée et si nécessaire de les discriminer positivement. Il ne devrait pas conduire à la stigmatisation des bénéficiaires et donc à des effets pervers d'exclusion. Il serait possible de faire appel aux facteurs de sélection devenus conventionnels¹⁸ visant notamment la population défavorisée (PVVIH) et le risque déterminé ou encouru (le sida). Le ciblage fait appel en même temps à des critères de sélection de la cible : niveau de ressources, âge, soutien familial ...

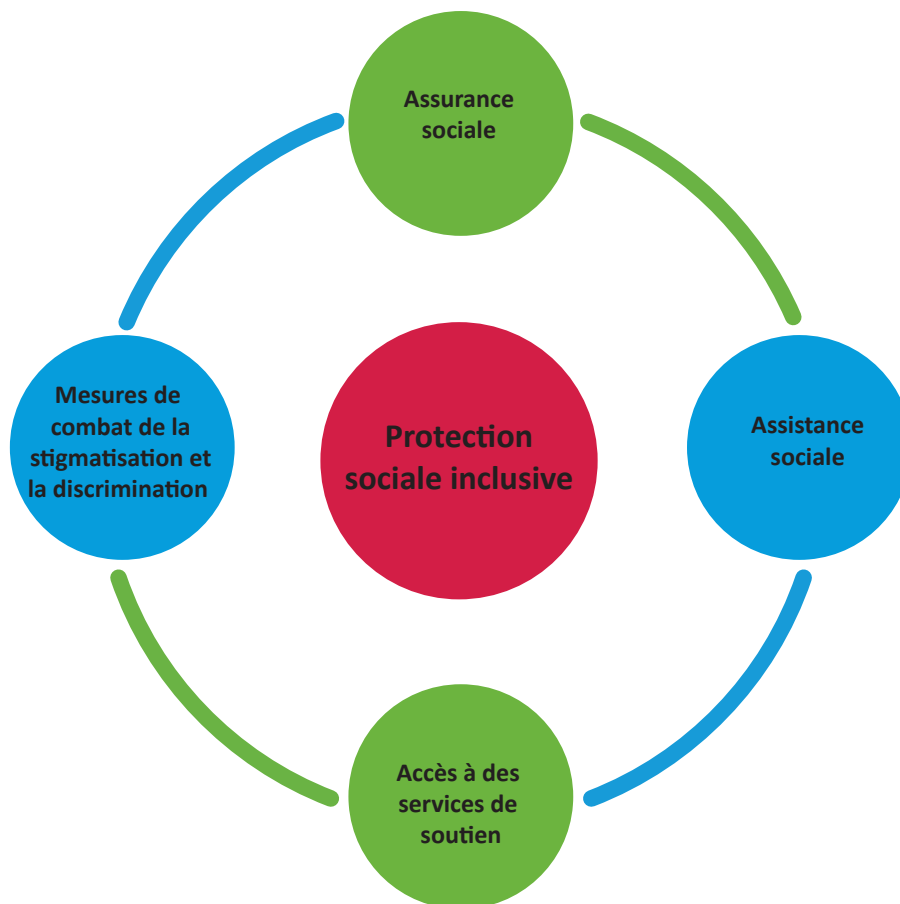
¹⁷ Cité notamment dans « L'Initiative pour un socle de protection sociale des Nations Unies Renverser le cours des choses à la Conférence internationale du travail 2011 » par MICHAEL CICHON | CHRISTINA BEHRENDT | VERONIKA WODSAK ; Publication Friedrich Ebert, Janvier 2011

¹⁸ Usage par certaines organisations internationales (OMS), par de nombreux systèmes étrangers et soutenus par des recherches sur les systèmes de protection sociale. V. not Borgetto M. (2003), « Identification, problèmes et enjeux du ciblage. Un état des lieux de la question », Informations sociales, n° 108.

[Le ciblage des PVVIH permettrait de calibrer le dispositif d'aide \(ex. différenciation de la prestation\) à la population visée et si nécessaire de les discriminer positivement](#)

Figure 3

Model opérationnel pour une protection sociale inclusive



II. Des “acquis” à consolider : Portée et contenu de la protection particulière des PVVIH

1. Conditions d'une protection potentielle des PVVIH dans le cadre du programme AMEN SOCIAL

Soumises à des conditions communes d'ouverture de droit posées par la loi Organique N° 2019-10 du 30 janvier 2019 portant création du programme « Amen Social », qui intègre les programmes actuels (not. Le PNAFEN) et qui constitue désormais un dispositif relativement cohérent de prise en charge des personnes vulnérables, les transferts monétaires et les prestations de soins prévus par le programme précité sont potentiellement profitables aux PVVIH.

Le programme AMEN SOCIAL a été adopté selon approche multidimensionnelle de la pauvreté. Il s'est fixé un certain nombre d'objectifs dont notamment :

- La garantie du droit à un revenu minimum et le droit aux prestations de soins au profit des catégories pauvres et des catégories à revenu limité,
- La promotion des catégories pauvres et les catégories à revenu limité, l'amélioration de leurs conditions de vie et la garantie de leur accès aux services de base tels que les soins, l'éducation, l'enseignement, la formation professionnelle, l'emploi, le logement et le transport,

“ Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille.”
Extrait de l’art. 25 de la Déclaration universelle des droits de l’homme (1948)

Aux termes de la loi de 2019, sont considérées « catégories pauvres et catégories à revenu limité » les individus ou les familles qui souffrent de privation multidimensionnelle touchant le revenu, la santé, l’éducation, le logement, l’accès aux services publics et les conditions de vie.

Il est aussi important de noter que L’Agence arrête la liste des bénéficiaires du programme «AMEN SOCIAL», sur la base des règles de transparence, d’objectivité et d’équité et en tenant compte du principe de la discrimination positive au profit notamment des catégories à besoins spécifiques¹⁹.

« Les PVVIH ...des citoyens à part entière »

Le programme AMEN SOCIAL dédié aux populations pauvres, et donc en situation de vulnérabilité et de précarité, ne pourrait prendre son sens et sa cohérence que dans une approche citoyenneté sociale. Le mode de priorisation des personnes retenues serait le fer de lance d’une protection sociale inclusive des PVVIH.

En effet, le droit potentiel des PVVIH aux prestations du programme AMEN SOCIAL se situerait en filigrane des critères généraux retenus pour la détermination des bénéficiaires. Il s’agit en l’occurrence, pour reprendre les termes de la loi de 2019, de « garantir un revenu minimum et « l’accès aux services de base tels que les soins » pour corriger « la privation multidimensionnelle touchant le revenu, la santé, l’éducation, le logement, l’accès aux services publics et les conditions de vie ».

Aussi faut-il ajouter que pour ne pas s’en tenir à la stricte définition administrative réservant la qualité « des personnes à besoins spécifiques » aux personnes handicapées, l’usage de la notion de « catégories spécifiques » par la loi de 2019 pourrait couvrir également les PVVIH.

2. une protection sociale des PVVIH : sélectivité et dilemme d’accessibilité
a. les PVVIH et la pauvreté multidimensionnelle

Aujourd’hui, tout le monde s’accorde sur le fait que la pauvreté des PVVIH est un phénomène complexe, pluridimensionnel, ne pouvant être réduit à sa simple expression monétaire. Elle est la résultante de processus économiques, politiques et sociaux interagissant entre eux dans des sens qui exacerbent l’état d’indigence dans lequel vivent les personnes pauvres.

Tableau 3
La pauvreté multidimensionnelle des PVVIH

Dimensions	Etat des lieux
Transferts sociaux directs/ accès au revenu	<ul style="list-style-type: none"> • Un revenu médian des ménages de 600 TND par mois (revenu auto-généré (34%), salaire du travail (32%), aide (20%)). • 52% des PVVIH interrogés étaient endettés (les dépenses alimentaires sont signalées comme la principale raison de la dette des ménages). • Seulement 3,7% des PVVIH recevant une aide en espèces (Amen social). • Seulement 21,8% des PVVIH reçoivent des bons alimentaires (NGOs)
Accès aux Services Sociaux de base	

¹⁹ En fonction aussi des régions et des localités prioritaires selon les indicateurs de développement régional.

<p>Accès aux soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 34 % des PVVIH n'adhèrent pas au TAR : <p>Cause :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peur de la stigmatisation au sein de la famille - La stigmatisation des agents de santé - Les frais de transport vers et depuis les centres de santé - Une perception personnelle selon laquelle le traitement n'est pas utile <p>Conséquences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévalence très élevée d'autres maladies chroniques parmi les PVVIH qui ne sont pas sous traitement. - Infection par le VIH d'autres membres des ménages <ul style="list-style-type: none"> • Problèmes de santé mentale (anxiété, peur, désespoir et dépression à cause de l'association inévitable entre le VIH et la mort qui crée un état d'incertitude) • Les PVVIH sous traitement souffrent de quelques obstacles à l'accès aux services de soins de santé : <ul style="list-style-type: none"> - Cycle de visites très long ; - Stigmatisation liée au VIH ; - Manque de moyens financiers ; - Eloignement des centres de traitement. • Les PVVIH souffrent aussi de discrimination et de services de santé médiocres dans tout département autre que les maladies infectieuses.
<p>Accès aux logements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des PVVIH vivaient dans des logements partagés (wekala), des habitats informels (cabane sur la route), ou sont sans-abris. • Des logements insalubres
<p>Nutrition</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une insécurité alimentaire qui touche 39% des PVVIH ; • Des PVVIH qui ne mangent que 2 repas par jour en moyenne; • 27% des PVVIH appartiennent au groupe de consommation alimentaire pauvre ; • 31% des PVVIH souffraient de surpoids et de l'obésité ; • 6% des PVVIH souffraient d'insuffisance pondérale. • 29% des PVVIH enceintes et allaitantes souffrent de dénutrition. <p>Conséquences : Pour répondre à leurs besoins alimentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30% de PVVIH recourent à la pratique de stratégies d'adaptation d'urgence (mendicité, vol et prostitution, sans-abrisme, itinérance) ; - 15,0 % à des stratégies de crise (retirer les enfants de l'école, réduction des dépenses de santé et d'éducation).
<p>Accès à l'éducation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seulement 8,4% des PVVIH reçoivent une éducation sanitaire et nutritionnelle (NGOs).

<p>Accès à l'emploi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Près de trois répondants PVVIH sur cinq étaient au chômage (58%). Raisons évoquées : <ul style="list-style-type: none"> - Manque d'opportunités ; - Obstacles physiques tels que la maladie ou l'handicap ; - Stigmatisation liée au VIH • Parmi les PVVIH ayant un emploi, 66% ont décrit leur emploi comme intermittent, saisonnier ou temporaire. • Une discrimination contre les PVVIH sur le lieu de travail qui peut se terminer par un licenciement ou une démission lorsqu'elle devient trop difficile à gérer (Les PVVIH ont souvent besoin des absences de travail répétitives 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. • Incertitude sur la carrière professionnelle : le besoin d'absences répétitives (pour le traitement et le repos), la déclaration de séropositivité conduisent à une discrimination contre les PVVIH sur le lieu de travail qui peut se terminer par un licenciement ou une démission lorsqu'elle devient trop difficile à gérer.
-------------------------	--

Source : Programme alimentaire mondiale, Evaluation de la sécurité alimentaire et nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH en Tunisie, Rapport d'étude, 2021

Il est clair donc que le VIH compromet les moyens d'existence des PVVIH et de leur famille. Les personnes concernées sont souvent dans l'incapacité de travailler, du fait de la maladie ou des effets secondaires du traitement, alors que leurs frais médicaux augmentent. Cela peut rapidement entraîner une aggravation de l'insécurité alimentaire, laquelle peut parfois pousser les personnes à renoncer à leur traitement, à mendier, à vendre leurs avoirs, à devenir des travailleurs du sexe ou à faire travailler leurs enfants au lieu de les envoyer à l'école²⁰. La mortalité est plus élevée chez les patients souffrant de malnutrition.

b. La garantie d'un revenu minimum

Les PVVIH sont titulaires de la carte d'handicapé pour l'accès gratuit aux soins de santé (circulaire de 1995) sans être considérées comme personnes nécessiteuses. Cependant, elles peuvent être titulaires d'un droit à un minimum dans les conditions posées par la législation en vigueur.

- La garantie d'un revenu minimum est sélective parce que tributaire de la satisfaction d'une condition d'âge et de de ressources auxquelles s'ajoutent les résultats de l'enquête sociale et l'évaluation des demandes selon un

²⁰ Programme alimentaire mondial VIH, sida, tuberculose et nutrition, Préparé en novembre 2013

modèle de scoring²¹.

Le demandeur pris individuellement :

- Doit avoir au moins 18 ans à la date de dépôt de la demande. Dans les cas exceptionnels, cet âge peut être abaissé à 16 ans.
- Doit être dépourvu de revenus ou ne disposer que d'un revenu²² égal à 2/3 du SMIG.

La famille demandeuse du revenu minimum ne doit avoir aucun revenu ou la moyenne de son revenu mensuel ne doit dépasser un montant égal :

- au SMIG pour les familles dont le nombre des membres est égal à 2 personnes,
- à une fois et demi le SMIG pour les familles dont le nombre de membres varie entre 3 et 4 personnes,
- à 2 fois le SMIG pour les familles dont le nombre des membres est égal ou supérieur à 5 personnes.

L'ouverture du droit au revenu minimum peut être appréciée par rapport à la famille demandeuse qui comprend le mari et son conjoint le nombre des enfants et ascendants à charge vivant sous le même toit et partageant la nourriture.

• Ainsi, l'on estime qu'avec plus de deux tiers du SMIG, une personne seule peut subvenir à ses besoins ce qui n'est pas le cas d'une PVVIH dont les besoins alimentaires sont amples.

• Indépendamment de leur qualité de PVVIH, le droit à ce revenu minimum leur est en principe ouvert si les conditions requises sont satisfaites. Toutefois, le montant alloué, et comme noté ci-dessus, n'est pas en mesure de couvrir convenablement leurs besoins alimentaires spécifiques. Pour que leur protection soit effective et sensible à leur état de santé, une majoration tenant compte de ces besoins serait sollicitée.

« [Un revenu minimum... un droit aux aliments](#) »

Rappelons que le montant de l'allocation est fixé à 180 dinars, qu'il s'agisse d'un individu ou d'une famille, et peut être majoré à raison de 10 dinars par enfant à charge jusqu'à l'âge de 18 ans et jusqu'à l'âge de 25 ans au titre des enfants poursuivant leurs études, en apprentissage ou en formation. La majoration est portée au double quand il s'agit d'un enfant handicapé²³.

²¹ Le modèle de scoring adopte le test des moyens approximé « Proxy Means Test » et il est basé sur la définition de la pauvreté multidimensionnelle telle que mentionnée ci-dessous :

- Les caractéristiques démographiques (âge, genre, statut matrimonial, taille de la famille),
- Les caractéristiques géographiques (gouvernorat, milieu),
- L'éducation (niveau d'éducation),
- La santé (handicap),
- La situation professionnelle et économique (situation professionnelle, nature du travail, caractéristiques économiques de la famille),
- Les caractéristiques de logement (statut de logement, type de logement, caractéristiques de logement, équipement),
- L'accès aux services publics de base (école primaire, collège, dispensaire).

²² Le revenu s'entend de :

- la moyenne mensuelle de l'ensemble des revenus nets permanents et non permanents des 12 derniers mois qui précèdent la date de dépôt de la demande,
- provenant des salaires, des pensions, des allocations, des activités économiques, des biens mobiliers et immobiliers et d'autres ressources.
- La moyenne de revenu mensuel est majorée d'un demi-salaire minimum interprofessionnel des différentes professions si un des membres de la famille est lourdement handicapé

²³ Arrêté conjoint du ministre des affaires sociales et du ministre des finances du 19 mai 2020, fixant le mode de calcul et le montant des transferts monétaires directs au profit des catégories pauvres bénéficiant du programme « AMEN SOCIAL ».



c. L'accès aux soins de santé

Un droit d'accès aux soins garanti mais des déclinaires discriminatoires :

Le droit d'accès aux soins est affirmé par la loi n° 92-71 du 27 juillet 1992, telle que complétée par la loi n° 2007-12 du 12 février 2007, relative aux maladies transmissibles qui dispose que « nul ne peut faire l'objet de mesures discriminatoires à l'occasion de la prévention ou du traitement d'une maladie transmissible ». La loi fixe la liste des maladies transmissibles (dont les infections par les VIH/SIDA) Elle garantit un ensemble de droits aux PVVIH dont notamment la non-discrimination et la gratuité des soins²⁴. Sans citer expressément le VIH, la circulaire n° 10 du 19 mars 2019 reconnaît aux migrants réguliers ou irréguliers l'accès aux soins de santé préventifs et curatifs sans discrimination et avec « une attention particulière aux personnes vulnérables telles que les femmes en état de grossesse, les enfants, les personnes âgées et les handicapés ».

• La loi de 1992 affirme le principe de non-discrimination mais ne donne aucune précision sur les mécanismes de sa mise en application et du contrôle social des restrictions possibles. Cette carence peut léser les PVVIH surtout que la loi de 1992 est présidée par un esprit de pénalisation des personnes considérées²⁵. Aussi note-t-on²⁶ qu'il est connu maintenant que l'approche répressive à l'égard des populations clés et vulnérables ne peut avoir que des effets négatifs sur :

- l'accès à ces populations pour les toucher avec des messages de prévention ;
- L'accès de ces populations aux services sociaux et de santé, sans discrimination
- le travail et la consécration de programmes adaptés à répondre aux besoins spécifiques de ces populations ;

²⁴ Mohamed Amine Mesrati & autres : Droits et devoirs des patients atteints du virus d'immuno- Déficience humaine (VIH) en Tunisie. LA TUNISIE MEDICALE - 2017 ; Vol 95 (n°05)

²⁵ La loi de 1992 oblige les professionnels de la santé à déclarer aux autorités sanitaires les cas d'atteintes de maladies transmissibles notamment VIH/Sida. Ceci constitue une violation aux droits des patients et aux législations en vigueur, relatives à la protection des données personnelles. Cette déclaration n'est pas considérée comme une violation du secret professionnel. Aussi note-t-on (l'Association tunisienne de prévention positive) qu'à côté La criminalisation des populations clés constitue un facteur majeur qui influence la vulnérabilité au VIH et cause des décès liés au sida et outre ces lacunes juridiques, la loi tunisienne stigmatise les populations clés particulièrement vulnérables au VIH. Il s'agit de la communauté LGBTQI++ (lesbienne, gay, bisexuel, transgenre, queer, intersexe, ++), les travailleurs et travailleuses du sexe, la population carcérale ou encore les utilisateurs et utilisatrices de drogues injectables. Ces groupes sont souvent écartés de l'accès aux services adéquats tels que les mesures de prévention. A titre d'exemple, les établissements pénitentiaires en Tunisie ne reconnaissent pas les modes de prévention contre le VIH (préservatif et matériel d'injection stérile) et misent uniquement sur les méthodes répressives : séparation et contrôle de ses communautés.

²⁶ L'observatoire « VIH et droits humains » et l'association tunisienne pour la défense des libertés individuelles : VIH/sida et droits humains : carences et obstacles. https://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/session13/TN/JS4_UPR_TUN_S13_2012_JointSubmission4_F.pdf

- la crainte et la suspicion qui caractérise ces populations à l'égard des autorités.

La discrimination provoque un éloignement des parcours de prévention et de soin, et donc expose à des risques d'altération de la santé globale, dont la santé sexuelle et la santé mentale.

• La discrimination en raison de la nationalité risque d'affecter le droit d'accès aux soins de santé en l'absence de précisions concernant les PVVIH étrangers résidents en Tunisie en l'occurrence la communauté africaine subsaharienne. Certes, la loi de 1992 dispose de manière générale que « nul ne peut faire l'objet de mesures discriminatoires à l'occasion de la prévention ou du traitement d'une maladie transmissible », la prise en charge du VIH risque d'être réservé aux PVVIH de nationalité tunisienne résidents en Tunisie surtout que le programme « AMEN SOCIAL » ne fait profiter les étrangers résidents d'une manière légale en Tunisie que sur la base du principe de réciprocité de traitement et compte tenu des conventions internationales en la matière. Par ailleurs, et en application de la circulaire de 2019 précitée, le migrant qui a bénéficié des soins doit en régulariser le paiement en supportant personnellement les frais de soins y afférents ou par une prise en charge par une institution ou organisation.

• Par ailleurs, la législation en vigueur ne prévoit aucune disposition particulière relative à la situation des PVVIH dans le milieu professionnel. La contamination au VIH peut en effet affecter la sécurité de l'emploi des personnes considérées. Certes, il est interdit de licencier un salarié pour cause de maladie mais celle-ci peut être invoquée comme cause réelle et sérieuse lorsqu'elle est longue et que l'absence du salarié risque de porter atteinte à l'intérêt de l'entreprise.

Le choix du médecin traitant une liberté « fallacieuse » :

La personne atteinte du VIH dispose d'un droit d'option entre le traitement auprès d'un médecin de libre pratique de son choix et l'accès gratuit aux soins dans la structure sanitaire publique désignée par l'autorité publique.

Néanmoins le recours à un médecin hospitalier est obligatoire dans certaines situations à savoir notamment pour la première ordonnance d'antirétroviraux, la délivrance de certains médicaments et l'hospitalisation d'office prophylactique pour refus de la personne atteinte d'entreprendre ou de poursuivre les traitements prescrits ou concourt délibérément par son comportement à la transmission de la maladie à d'autres personnes. Les établissements publics hospitaliers et sanitaires doivent assurer pour tout patient hospitalisé les examens de diagnostic, leur prise en charge thérapeutique et leur isolement prophylactique²⁷.

L'accès des PVVIH aux soins de santé dans les établissements publics couvre l'ensemble des prestations de diagnostic, de surveillance et de traitement ainsi que la fourniture des médicaments traitant les affections opportunistes et les médicaments antirétroviraux (Le circulaire du Ministère de la santé publique n°16 du 27 Février 2001). Les prestations sont gratuites et à la charge de l'Etat. Le droit d'accès aux soins s'exerce dans la continuité des soins et à la prévention des affections opportunistes à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.



²⁷ Art. 11 de la loi n° 92-71 du 27 juillet 1992

C'est l'Arrêté du ministre de la Santé publique du 18 novembre 2008, tel que complété par l'Arrêté du 25 mars 2011, qui a fixé la liste des centres et établissements sanitaires dans lesquels le dépistage anonyme des infections par VIH/SIDA est effectué de façon volontaire²⁸.

- L'irrégularité des consultations, traitements et suivis des PVVIH dans les établissements publics en raison notamment de la précarité du système de santé qui se contracte particulièrement en temps de crise sanitaire (surcharge, limites du corps médical et paramédical, approvisionnement irrégulier en médicaments...).
- Difficultés d'accès à une information médicale simple et la déclinaison des conseils médicaux en des termes compréhensibles par la PVVIH ce qui aurait pu être une des tâches du corps paramédical et /ou du travailleur social.
- La prise en charge médicale intervient sans la prise en compte du bien-être psychologique et social des PVVIH. L'efficacité de la prise en charge des PVVIH est tributaire de l'intégration la plus étroite possible entre le traitement médical et l'intervention sociale. Quant aux travailleurs sociaux polyvalents, on peut se demander si leur nombre et les charges qui pèsent déjà sur eux leur laissent la disponibilité nécessaire pour ce type d'accompagnement social.
- Le principe de libre choix (qui couvre le droit du PVVIH de choisir son praticien et de son établissement de santé) est en principe réservé aux PVVIH qui disposent des moyens pour se prendre en charge et aux PVVIH assurés sociaux bénéficiaires du régime d'assurance maladie. Cependant, le VIH n'est pas considéré comme maladie chronique qui devrait être prise en charge intégralement (liste de 24 affections) et il incombe donc aux PVVIH d'en supporter les frais.
- Titulaire de la carte d'handicapé avec accompagnant en vertu de la circulaire du ministre des Affaires sociales en date du 7 mars 1995, la PVVIH pauvre ne peut accéder qu'aux établissements publics.
- Le principe de libre choix se trouve également altéré par la capacité contributive de nombreuses catégories sociales mais aussi par l'insuffisance des centres de soins spécialisés et l'inégale répartition des professionnels de santé de libre pratique.

« Ma protection... notre immunité »

- Aussi faut-il ajouter qu'en dehors des assurés sociaux ouvrant droit à la couverture par l'assurance maladie, l'organisation de la protection des PVVIH sans couverture sociale au titre des maladies ordinaires est défectueuse et la législation est lacunaire quant à la détermination des établissements de soins de prise en charge. Ils ne peuvent être que payants et dans les formations sanitaires et hospitalières de l'Etat ou les structures sanitaires privées.

Cependant, pour une maladie ordinaire, les PVVIH peuvent, en principe, accéder à toutes les formations sanitaires et hospitalières de l'Etat lorsqu'ils sont titulaires du droit d'accès aux soins gratuits. La carte d'handicapé pourrait servir pour l'accès aux soins en cas de maladie ordinaire.

²⁸ - le centre de soins de santé de base 9 avril de Tunis, son identifiant 1, - le centre de soins de santé de base de la Marsa, son identifiant 2, - le centre de l'association tunisienne de l'information et de l'orientation sur le Sida, son identifiant 3, - le centre régional de l'office national de la famille et de la population de « Douar Hicher » à la Mannouba, son identifiant 4, - le centre régional de la santé de la reproduction de Nabeul relevant de l'office national de la famille et de la population, son identifiant 5, - le centre régional de médecine scolaire et universitaire de Sousse, son identifiant 6, - le centre régional de la santé de la reproduction de Monastir relevant de l'office national de la famille et de la population, son identifiant 7, - l'hôpital universitaire « Fattouma Bourguiba » de Monastir (service de médecine préventive et d'épidémiologie), son identifiant 8, - la direction régionale de la santé publique de Sfax (siège du service de soins de santé de base), son identifiant 9, - le centre de l'association tunisienne de lutte contre le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles de Sfax, son identifiant 10, - le centre régional de la santé de la reproduction de Médenine relevant de l'office national de la famille et de la population, son identifiant 11. - le centre des soins de santé de base « El Arbi Zarrouk » relevant du groupement de santé de base de Béja, son identifiant 20, - le centre de la médecine scolaire et universitaire de Jendouba relevant de la direction de la médecine scolaire et universitaire, son identifiant 21, - l'hôpital régional Ibn El Jazzar de Kairouan (bureau du médecin du personnel), son identifiant 22, - le centre régional de la santé de la reproduction de Gabès (espace des jeunes) relevant de l'office national de la famille et de la population, son identifiant 23, - la direction régionale de la santé publique de Bizerte (siège du service de soins de santé de base), son identifiant 24, - le centre régional de la médecine scolaire et universitaire de la Manouba relevant de la direction de la médecine scolaire et universitaire, son identifiant 25.

L'assistance médicale gratuite profite à tout tunisien indigent, à son conjoint et à ses enfants légalement à charge :

- Les conjoints,
- Les enfants à charge jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de la majorité ou au-delà de cette majorité jusqu'à la fin de leurs études à condition qu'ils ne dépassent pas 25 ans.
- Les enfants handicapés jusqu'à ce qu'ils disposent de ressources
- La fille, tant qu'elle ne dispose pas de ressources où qu'elle n'est pas à la charge du mari.

Les PVVIH ne figurent donc pas comme ayant droit pour bénéficier de la gratuité de soins. Ils sont titulaires de la carte d'handicapé avec accompagnant (circulaire du ministre des Affaires sociales du 7 mars 1995) sans limite d'âge et de fait bénéficient d'un droit personnel à l'assistance médicale.

En attendant la mise en œuvre de « l'identifiant unique du citoyen »²⁹, la carte de soins actuellement délivrée au bénéficiaire ouvre droit, pour ses titulaires, au bénéfice des soins, de traitement médical, d'hospitalisation dans les structures publiques de santé, d'appareillage, de prothèse facilitant l'intégration ainsi que des services de réhabilitation conformément à la législation en vigueur. Aucune contribution ou cotisation aux frais de soins n'est exigée des bénéficiaires.

Cependant, il est important de préciser que l'on peut être éligible aux soins gratuits mais sans en bénéficier puisque la carte est attribuée dans la limite des quotas régionaux qui sont fixés par arrêté conjoint des ministres des affaires sociales et de la santé publique³⁰. Comme pour l'ouverture de droit à un revenu minimum, l'état de santé n'est pas pris en considération pour l'ouverture de droit aux soins gratuits.

Par ailleurs, il convient de noter que l'adoption de « l'identifiant unique du citoyen » serait d'une utilité certaine pour la protection des données personnelles des bénéficiaires y compris les PVVIH dans la mesure où, aux termes du Décret gouvernemental de 2020 l'identifiant ne peut contenir aucune indication susceptible de révéler l'identité de la personne la divulgation de l'identifiant sur la plateforme d'état civil est interdite pour les agents chargés de délivrer les actes d'état civil.

d. l'action sociale au profit des PVVIH

Les interventions sociales³¹

Le VIH n'existe pas de manière isolée et n'est pas uniquement une question de santé. Une approche intégrée est de ce fait recommandée pour répondre aux besoins psychologiques, physiques et sociaux.

« Les personnes vivant avec le VIH et les personnes les plus touchées par le virus présentent des besoins multiples et souvent insurmontables auxquels aucun secteur ne peut répondre efficacement à lui tout seul. La profession de travailleur social et les programmes de protection sociale permettent de mettre en contact les personnes et les services et de faire fonctionner ces services pour les personnes. »

MARIÂNGELA SIMÃO, Directrice du département droits, sexospécificité, prévention et mobilisation communautaire de L'ONUSIDA

Journée internationale des travailleurs sociaux le 17 mars 2015

²⁹ Prévu par Décret Gouvernemental n° 2020-312 du 15 mai 2020, fixant le contenu et les spécifications techniques de l'identifiant unique citoyen et les règles régissant la tenue et la gestion de son Registre

³⁰ notamment en fonction du budget alloué et sur la base des priorités établies.

³¹ Aux termes de l'art. 3 du Décret n° 2013-304 du 11 janvier 2013, fixant le statut particulier du corps des travailleurs sociaux du ministère des affaires sociales « L'intervention sociale se définit comme étant l'ensemble des activités professionnelles fondées sur les règles déontologiques et les référentiels de la profession du service social et exercées par les travailleurs sociaux (...) avec les catégories des populations prises en charge tant sur le territoire tunisien qu'à l'étranger... »

Intérêts de l'intervention sociale :

Avec les PVVIH, le rôle du travailleur social se voit dédoublé. Il s'agit de lutter contre les exclusions sociales (par la famille, les amis, au travail, etc.) et en même temps travailler pour que les PVVIH disposent d'une réelle qualité de vie. Cela implique bien entendu un accès aux différents services sociaux notamment de santé et à un suivi médical, mais également à un soutien psychologique et social. Sans ce soutien, le suivi médical ne peut pas totalement se réaliser, et proposer le meilleur de son efficacité. L'action des travailleurs sociaux est donc de participer à l'optimisation de la prise en charge.

Conformément au Décret n° 2013-304 du 11 janvier 2013, fixant le statut particulier du corps des travailleurs sociaux du ministère des affaires sociales, « le corps des travailleurs sociaux contribue à la conception, l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des politiques de développement social, de protection sociale, de défense sociale et de la solidarité sociale ».

Les objectifs principaux du travailleur social sont, au titre de la prise en charge des personnes vulnérables, de définir les priorités (accéder aux soins, bénéficier de ressources, se nourrir convenablement, rétablir des liens avec son entourage, etc.) ; et de mobiliser les partenaires, les institutions, les associations spécialisées

Les difficultés à trouver des réponses aux situations précaires sont décuplées dans les cas de grande pauvreté et de fragilité y compris des personnes PVVIH. Pour les personnes sans domicile fixe notamment, une bonne connaissance des réseaux associatifs et institutionnels facilite la recherche d'un hébergement.

Bonne pratique à l'étranger

La permanence téléphonique VIH permet aux personnes de présenter leur situation de façon anonyme, de prendre, si elles le désirent, rendez-vous avec le travailleur social qui est à l'écoute. À partir de l'entretien téléphonique peut s'instaurer un travail d'accompagnement de la personne qui permet de résoudre avec elle ses difficultés

Les travailleurs sociaux qui disposent des bases nécessaires pour interagir avec des populations souvent vulnérables et marginalisées, peuvent contribuer de manière significative à veiller à ce que personne ne soit laissé de côté.

En effet, dans le cadre des missions qui leur sont dévolues, ils peuvent faire la différence en élargissant les politiques sociales et les programmes de protection sociale qui ont fait leurs preuves et se concentrent sur les principales populations concernées, en étendant leurs services dans les endroits où ils sont le plus nécessaires. Par les expériences acquises, les travailleurs sociaux peuvent :

- Evaluer l'état de santé du patient (une aide à la vie quotidienne est-elle nécessaire ?).
- Définir avec les PVVIH leurs modes et lieux de vie (couverture sociale, ressources, charges, adaptation du logement) ;
- Disponibilité de l'entourage et ses capacités à faire face à la situation (écoute et soutien des proches) ;
- Faire valoir leurs droits sociaux, obtenir les aides prévues par l'action sanitaire et sociale ;
- Permettre l'accès à tous les moyens offerts par l'environnement ;
- Lutter contre l'isolement social ;
- Apporter un soutien à l'entourage des personnes.

Carence :

- La population des PVVIH n'est pas particulièrement ciblée dans les interventions sociales des travailleurs sociaux dont, d'ailleurs, les ressources ne sont pas assez suffisantes pour couvrir convenablement leurs clients.
- Le VIH suppose des innovations dans l'action des travailleurs sociaux. Jusqu'à présent, l'insertion sociale est établie sur le schéma assistanciel classique de l'octroi d'un revenu, la délivrance d'un carnet de soins... D'où la prise en charge des PVVIH comme toute autre population vulnérable
- Les travailleurs sociaux ne sont pas encore suffisamment formés et sensibilisés aux problèmes posés, même sur le seul aspect social du VIH.

Perspectives :

- Une rénovation de l'intervention sociale est incontournable dans le cadre d'une prise de position de politique sociale changeant la perception de la réalité du VIH. Dès lors, il est important de considérer le VIH comme un problème social, de façon à interpeller réellement le professionnel de l'action sociale.

Avec l'infection à VIH, on doit aussi pouvoir parler d'une autre forme d'insertion, qui, outre les soins et la garantie d'un revenu, passerait notamment par la prise en charge et l'accompagnement social vers l'autonomie.

- Quand elle existe, l'action générale des travailleurs sociaux n'est pas toujours valorisée et reconnue. Pour le VIH, comme pour des actions générales, des travailleurs sociaux ont certainement mené et mènent des actions qui passent essentiellement par la pratique de « proximité » qu'ils exercent quotidiennement avec des populations en difficulté. Il est donc essentiel de valoriser le rôle qu'ils peuvent avoir en matière de prise en charge des PVVIH (Diffuser les bonnes pratiques des travailleurs sociaux (médias, journées du travailleur social, journée internationale du sida)).

- Renforcer les capacités des travailleurs sociaux à mieux comprendre le statut particulier des PVVIH, leurs droits, les questions liées à leur vie quotidienne et ce pour une meilleure appropriation des instruments et modes d'intervention adaptés et donc pour une meilleure prise en charge.

Afin d'entreprendre correctement leurs actions, les différents services sociaux se doivent de passer par une formation :

- Formation initiale d'abord (dispensée par l'INTES) : les travailleurs sociaux qui vont entrer sur le marché du travail doivent être formés aux réels problèmes posés par le VIH.
- Formation continue ensuite, pour laquelle une politique a déjà été entamée au profit des travailleurs sociaux à l'INTES et dont les programmes devraient être revus pour inclure l'intervention sociale au profit des catégories vulnérables et notamment les PVVIH pour une « prise en charge de qualité axée sur les besoins spécifiques de la personne »

Le renforcement des capacités peut être également développé par la formation dans le cadre d'un partenariat avec les acteurs associatifs.

Une expérience réussie

**Vivre avec le VIH...c'est possible, c'est soutenable
Success story d'une travailleuse sociale**



Accueil d'une PVVIH célibataire de retour de l'étranger
État de santé dégradée
État de dépression psychologique et sociale (affectée par la maladie, avec la crainte de contaminer sa mère, et par les conditions de vie (quartier populaire, exigüité du logement...))

Entretien convivial mais professionnel avec la travailleuse sociale (respect des valeurs éthiques de la profession et traitement avec égards)
Valorisation de ses capacités personnelles à se rétablir
Confiance de la PVIH acquise et reprise du traitement médical
« Diagnostic social » global de la situation (logement, entourage, revenu...)
Suivi régulier de la PVIH
Démarche (Plaidoyer) administrative pour convaincre de la nécessité de sa prise en charge
(Maladies générées par le VIH justifient la délivrance d'un carnet de soins et l'admission de la PVIH dans le PNAFN pour l'octroi de l'allocation du revenu minimum)
Orientation vers une association qui a pris en charge les médicaments spécifiques
Enquête, accompagnement et soutien, dans le cadre du fonds mondial, pour son autonomisation économique (monter un petit projet de commerce (parfumerie) après l'aménagement de l'espace nécessaire)
Expérience médiatisée
Soutien financier de l'Etat
... et mariage de la PVIH

Objectifs atteints

Intervention de la travailleuse sociale a aidé :

- à rompre l'isolement et à maintenir la relation dans les moments difficiles ;
- à retrouver les moyens qui donneront un sens à sa vie ;
- à bénéficier des soins nécessaires à son état de santé
- à disposer d'un revenu et de s'installer pour son propre compte

MERCI Mme S. ESSID

(Actuellement Cheffe de la division de promotion sociale- Tunis 2)

Les aides occasionnels

L'appui financier occasionnel

- Un dispositif exceptionnel d'aide sociale est organisé par l'Etat au profit des catégories pauvres et des catégories à revenu limité. Il s'agit de « l'appui financier occasionnel » qui s'inscrit dans un cadre strictement social de soutien face aux dépenses supplémentaires liées au mois de Ramadan, à l'Aïd al-Fitr et à l'Aïd al-Idha, ainsi qu'à l'occasion de la rentrée scolaire et universitaire. L'aide est donc ponctuelle et elle est de droit et accordée au demandeur bénéficiant du programme AMEN SOCIAL. L'appui financier est un maillon de l'action sociale en général par des transferts monétaires au profit des personnes dans le besoin de soutien y compris les PVIH quand elles répondent aux conditions requises.

C'est l'arrêté du ministre des Affaires sociales et du ministre des Finances du 19 mai 2020 qui a fixé les cas et montants de l'appui financier occasionnel au profit des catégories pauvres et des catégories à revenu limité. Elles peuvent représenter un complément de revenu non-négligeable particulièrement à l'occasion de la rentrée scolaire et universitaire.

- L'appui financier dont il est question ne profite pas aux bénéficiaires de la même manière puisque les personnes pauvres ont droit à l'aide à l'occasion du mois de Ramadan, l'Aïd al-Fitr et l'Aïd al-Idha, ainsi qu'à l'occasion de la rentrée scolaire et universitaire alors que les catégories à revenu limité n'ont droit qu'à celle servie à l'occasion de la rentrée scolaire et universitaire

Aux termes de l'article 4 de l'arrêté précité, le montant de l'appui est fixé comme suit :

- 60 dinars à l'occasion du mois de Ramadan pour l'individu ou la famille, payé dans un délai maximum de la première semaine dudit mois,
- 60 dinars à l'occasion de « l'Aid al-fitr » pour l'individu ou famille payé avant la fin du mois de Ramadan
- 60 dinars à l'occasion de « l'Aid al-Idha » pour l'individu ou famille payé avant la date de l'Aid
- 50 dinars à l'occasion de la rentrée scolaire au titre de chaque scolarisé payé au début de l'année scolaire
- 120 dinars à l'occasion de la rentrée universitaire au titre de chaque fils ou fille poursuivant un enseignement supérieur payé au début de l'année universitaire

L'aide associative

Dans le cadre des fonds alloués par Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme aux associations œuvrant dans la prévention et la lutte contre le VIH, une allocation mensuelle de 360 DT est servie aux PVVIH pour notamment les soutenir dans la satisfaction de leurs différents besoins y compris les besoins alimentaires et d'accompagnement. Certes, le montant n'est pas suffisant face aux besoins des PVVIH mais cumulé avec les autres allocations (revenu du programme AMEN SOCIAL, appui financier occasionnel...) peuvent répondre à l'essentiel des besoins.

Des bons d'alimentation, d'un montant de 50DT par trimestre, sont également servis aux PVVIH. Le montant est dérisoire et ne peut aucunement couvrir les besoins effectifs des personnes considérées.

Si elles répondent aux conditions exigées, les PVVIH peuvent également bénéficier des aides exceptionnelles servies par l'UTSS en application de la circulaire n° 19 du 10 juillet 2013. Aux termes de cette circulaire, ces aides ont pour objectifs d'éviter la dégradation de leurs capacités matérielle et sanitaire par la couverture des besoins urgents des personnes concernées (frais de transport pour les soins, frais des analyses médicales, achat de médicaments, participation à l'acquisition des appareils orthopédiques au profits des assurés sociaux, des aliments aux nourrissons, des couvertures, la participation aux frais de loyer et prise en charge de l'action sociale dans la rue...).

Ces aides profitent aux familles à revenu limité et titulaire d'un carnet de soins à tarif réduit et les assurés sociaux dont le revenu mensuel ne dépasse pas le SMIG. Ces aides sont servies sous réserve de justificatifs du besoin (ex. copie de l'ordonnance médicale et inexistence des médicaments dans les pharmacies des structures de santé publique) et à la lumière d'une enquête sociale, le cas échéant.

Le montant de l'aide exceptionnelle varie de 30 à 100 DT. Elle est servie selon une périodicité déterminée en fonction de l'état du candidat et en tout cas ne peut pas dépasser trois (3) fois par an.

Les aides exceptionnelles dont il est question ne concernent pas explicitement les PVVIH qui peuvent en bénéficier non à titre individuel ou en raison de leur qualité mais si elles font partie d'une famille qui satisfait les conditions posées.

Le logement et le transport

L'accès au logement

Les catégories pauvres et les catégories à revenu limité bénéficiaires du programme « AMEN SOCIAL », bénéficient d'un accès prioritaire aux programmes de logements sociaux. Les conditions posées par textes régissant l'accès audit programme³² laissent croire que toute la population des PVVIH ne peut pas avoir un logement abordable, accessible et adéquat.

³² Décret n°2007-534 du 12 mars 2007, fixant les conditions d'octroi des prêts et subventions par le fonds national d'amélioration de l'habitat.

Décret gouvernemental n° 2018-749 du 7 septembre 2018, fixant les modes de gestion du fonds de garantie pour les crédits à l'habitat au profit des catégories sociales à revenus irréguliers, les modalités et les conditions du bénéfice de ses interventions.

- L'attribution de la prestation n'est pas tributaire du statut de PVVIH mais de la situation socio-économique du ménage ou de la personne.

Or, dans le cas précis des PVVIH/sida, les résultats de recherche mettent au jour les difficultés à avoir accès à un logement et à le conserver, avec les stigmates liés au VIH, la perte ou le manque de revenus, la dépendance, l'incapacité et d'autres effets secondaires du VIH qui menacent la stabilité en matière de leur logement.

Les recherches révèlent invariablement une forte corrélation entre de bonnes conditions de logement et un risque peu élevé de contracter le VIH, un accès accru à des soins médicaux et une amélioration des résultats pour la santé.

L'absence d'un logement décent a des conséquences graves sur l'état de santé des PVVIH : impossibilité de respecter les contraintes d'un traitement antirétroviral en vivant dans la rue ou étant mal logé ; le coût élevé et les mauvaises conditions de logement sont une cause importante d'insécurité alimentaire ; les personnes séropositives, dont le système immunitaire est déjà faible, vont être plus sensibles aux maladies parasitaires et autres pathologies lorsque l'habitat est insalubre

- Assurer un logement décent aux PVVIH, c'est s'engager à combattre l'iniquité, les stigmates et d'autres facteurs sociaux pesant sur l'épidémie par un travail de collaboration avec les différents ordres de gouvernement, les collectivités locales et les ONG. Reconnaisant le logement comme étant un de ces déterminants de la santé, la protection sociale sensible aux VIH devrait améliorer de manière tangible l'accès au logement adéquat, accessible, et complet, ainsi qu'à d'autres services sociaux et de santé, qui sont indispensables à la prévention du VIH et à l'amélioration de la santé et du bien-être des PVVIH.

- En raison de la crise de logement de manière générale et l'absence d'une stratégie en matière de logement des catégories vulnérables, il est souhaitable de mettre au point des modèles de logement intégré (coordination médicale et psychologique, suivi social) plutôt que des solutions ponctuelles, en réponse aux enjeux spécifiques des PVVIH, afin de favoriser les retombées positives sur les plans communautaire, social et sanitaire.

Un logement permettant aux personnes VIH de ne plus se cacher pour prendre leur traitement et de mettre en place les conditions nécessaires à une bonne prise des traitements et à une certaine hygiène de vie.

d.3.2. L'Accès au Transport :

La carte d'handicapé donne à son titulaire droit à l'accès à titre gratuit sur toutes les lignes urbaines et d'un tarif réduit de 25% du tarif ordinaire et ce pour les autres lignes.

Ces avantages sont étendus à toute personne accompagnant l'handicapé titulaire de la carte d'handicapé prioritaire avec accompagnant.

- De nombreuses PVVIH à bas revenus demeurent dans des aires habitables peu desservies par les transports en commun publics et éloignés des centres de traitement = non-observance au traitement. Les PVVIH connaissent des épisodes récurrents de fatigue qui peuvent les empêcher de faire de longs déplacements pour se rendre dans un centre de traitement.

- Pour éviter la stigmatisation, des PVVIH choisissent les centres éloignés de leurs résidences habituelles pour le traitement, ce qui constitue des dépenses de transport de plus.

Un renforcement du paquet de services d'appui psychosocial notamment à travers la prise en charge permanente des frais du transport pour les PVVIH démunies est à considérer.

PARTIE III. UNE PROTECTION SOCIALE SENSIBLE AU PVVIH EN TUNISIE : QUELLES PERSPECTIVES ?

I. La protection sociale et le renforcement de la résilience des PVVIH

Le traitement du VIH est un outil particulier dans la riposte au sida, pour prévenir les maladies et les décès, pour éviter de nouvelles infections et pour économiser de l'argent. L'espoir de mettre fin à l'épidémie du SIDA dépend dans une large mesure de la capacité de l'Etat à offrir le traitement contre le VIH à tous ceux qui en ont besoin, à travers une approche fondée sur les droits humains. La riposte au sida promeut le droit à la santé, l'égalité des sexes, les droits fondamentaux, l'emploi et donc à la protection sociale. Elle s'attaque aux normes sociales bien enracinées, à l'exclusion sociale et aux obstacles juridiques qui réduisent l'efficacité des résultats en matière de santé et de développement. Impossible, en effet, de mettre fin à l'épidémie sans s'attaquer aux facteurs de santé et de vulnérabilité, et sans répondre aux besoins des personnes concernées et vivant avec le VIH³³.

Dans le monde, la lutte contre le VIH/sida a connu ces dernières années des avancées extraordinaires, et selon des études récentes, non seulement une prise en charge précoce permet aux personnes séropositives de rester en vie, mais elle contribue aussi à enrayer la propagation du virus³⁴. Grâce au traitement antirétroviral, le VIH n'est plus synonyme d'une maladie mortelle mais d'une maladie chronique maîtrisable. Ce traitement améliore non seulement la santé des personnes vivant avec le VIH mais aussi leur espérance et leur qualité de vie. Il leur permet également de rester productives³⁵. Les protocoles thérapeutiques actuels ont montré qu'ils permettaient de contrôler la répllication du VIH et que l'espérance de vie des malades avoisinait celle de la population générale grâce à une amélioration des résultats immunologiques et de la gestion des comorbidités et des infections opportunistes, ainsi qu'au recul de la mortalité, toutes causes confondues, des personnes vivant avec le VIH. 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 que ceux sous traitement.

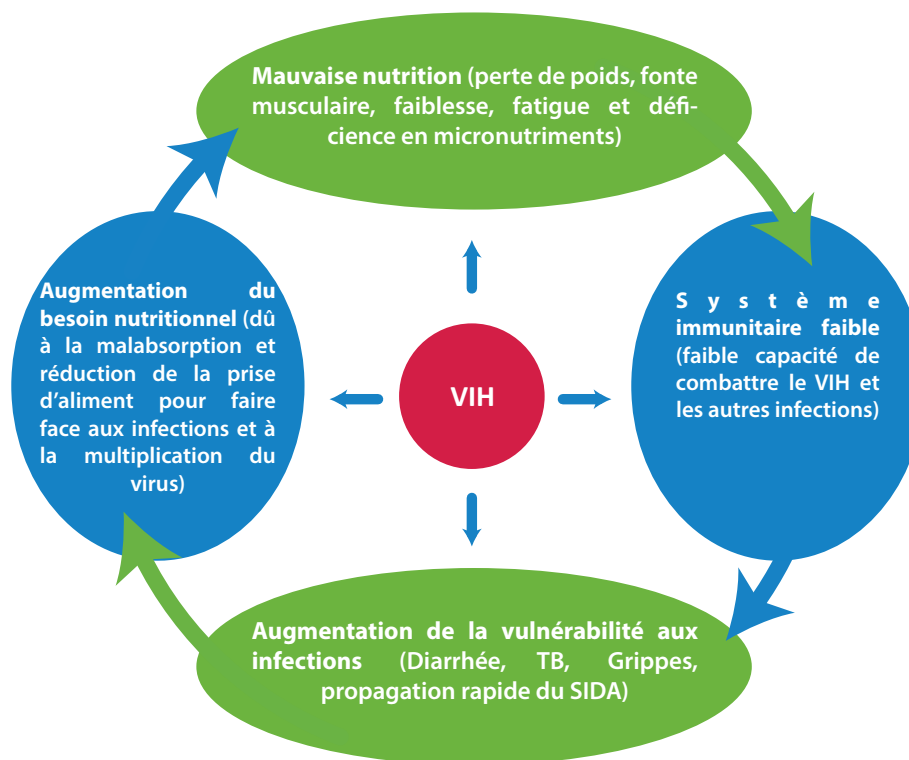
Une alimentation et une nutrition appropriées jouent un rôle essentiel à cet égard, en permettant aux personnes vivant avec le VIH de rester en bonne santé plus longtemps et en améliorant l'efficacité de leur traitement. En effet, les personnes vivant avec le VIH ont un système immunitaire affaibli et des besoins nutritionnels accrus et à cause des traitements qui leurs sont administrés, elles sont astreintes à suivre des régimes alimentaires et nutritionnels équilibrés, capables de garantir leur résistance face aux effets du virus et des médicaments.

³³ ONUSIDA, sida et objectifs de développement durable, https://www.unaids.org/fr/aids_sdgs

³⁴ PAM, VIH, sida, tuberculose et nutrition, novembre 2013.

³⁵ OIT, une étude sur la couverture d'assurance médicale des personnes vivant avec le VIH dans certaines multinationales d'assurance en malaisie, 2021.

Figure 4
Cycle de malnutrition et Infection dans le Contexte du VIH/Sida



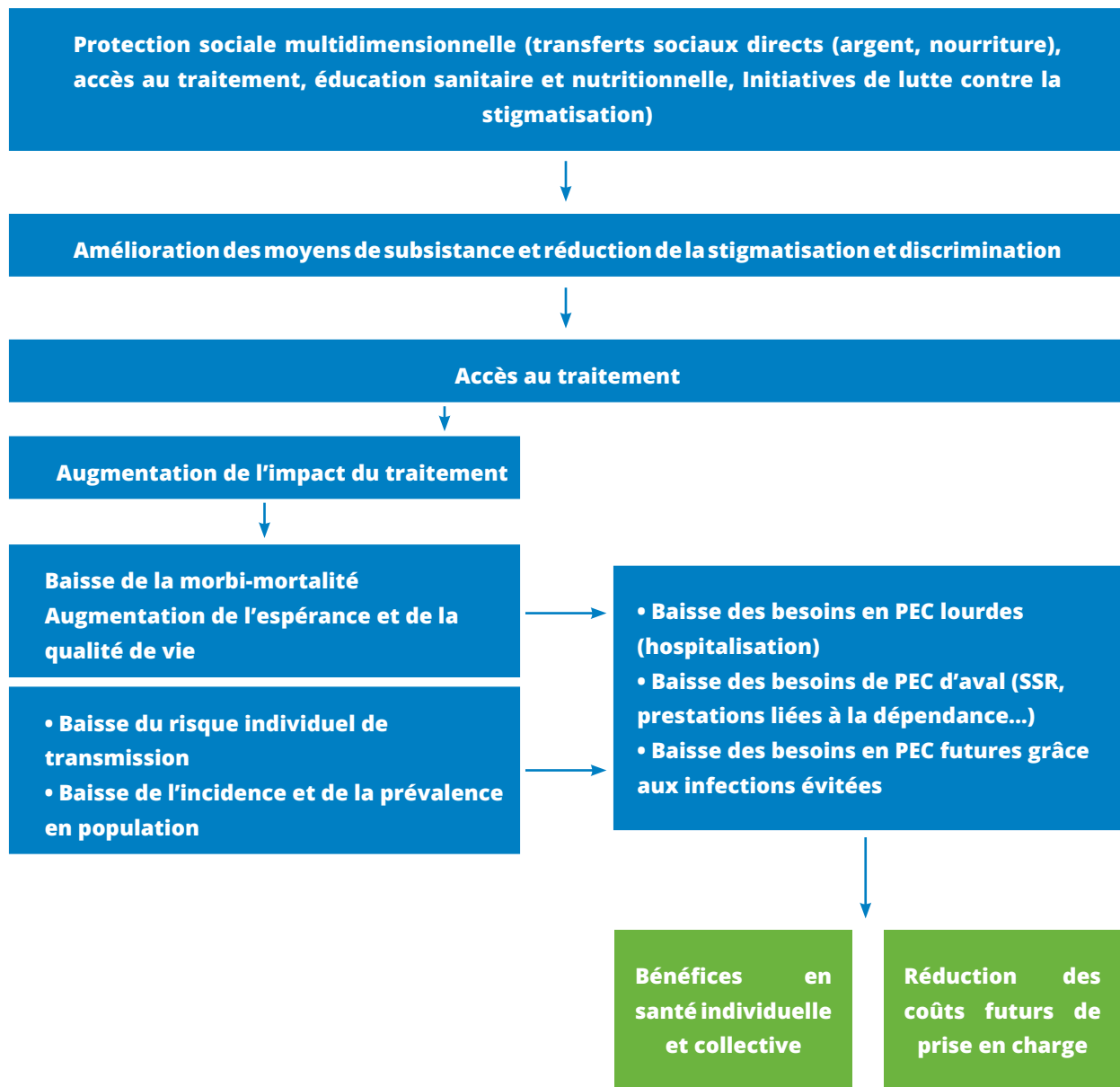
Source : USAID, Food and Nutrition Technical Assistance Project (FANTA)

Le rôle de la protection sociale sensible au VIH, dans la progression de la riposte face au SIDA visant à assimiler et utiliser les services de prévention, de traitement et de soins du VIH, est affirmé. La protection sociale fait progresser la riposte face au SIDA en réduisant les inégalités entre les sexes, les inégalités de revenus et l'exclusion sociale, qui sont autant de facteurs de risque de contracter le VIH. Elle facilite également l'accès des personnes aux services de lutte contre le VIH et autres services de santé et permet d'amortir l'impact social et économique du VIH sur les ménages et les individus. La protection sociale fait reculer le risque d'infection à VIH, augmente l'observance du traitement contre le VIH et la tuberculose et favorise la résilience. Les transferts d'argent, les avantages financiers, l'éducation, l'assurance santé et les autres services sociaux participent à la réduction de l'impact du VIH. Le traitement gratuit du VIH, les programmes d'aide au transport, l'emploi décent, l'alimentation et la nutrition ainsi que d'autres services sociaux permettent aux personnes vivant avec le VIH de vivre une vie longue et saine³⁶. Selon une étude de l'OIT la protection sociale a des effets bénéfiques sur les personnes touchées par le VIH. L'étude montre que, entre 63 et 95 pour cent des personnes vivant avec le VIH qui avaient accès à la protection sociale ont réussi à conserver leur emploi ou d'autres activités productives. Parallèlement, de 49 à 99 pour cent continuaient d'envoyer leurs enfants à l'école et de 72 à 96 pour cent ont pu accéder à des traitements antirétroviraux³⁷.

³⁶ ONUSIDA, Outil d'évaluation du VIH et de la protection sociale, 2017 ; Kara Greenblott, La protection sociale à l'ère du VIH/sida Examen du rôle des interventions appuyées par une aide alimentaire, Études thématiques No. 17, Programme Alimentaire Mondial, 2007.

³⁷ Access to and Effects of Social Protection on Workers living with HIV and their Households: An analytical report / International Labour Office. - Geneva: ILO, 2014

Figure 5
Avantages attendus d'une protection Sociale sensible aux PVVIH



En résumé, des arguments humains et financiers plaident en faveur d'une protection sociale inclusive aux PVVIH. Les données de plusieurs pays montrent que l'extension du traitement contre le VIH entraîne des gains économiques pour les individus, les ménages, les entreprises et les pays.

Pour l'individu, la prise régulière du traitement augmente le niveau d'emploi et de maintien dans l'emploi des personnes vivant avec le VIH et évite des dépenses de santé très élevées.

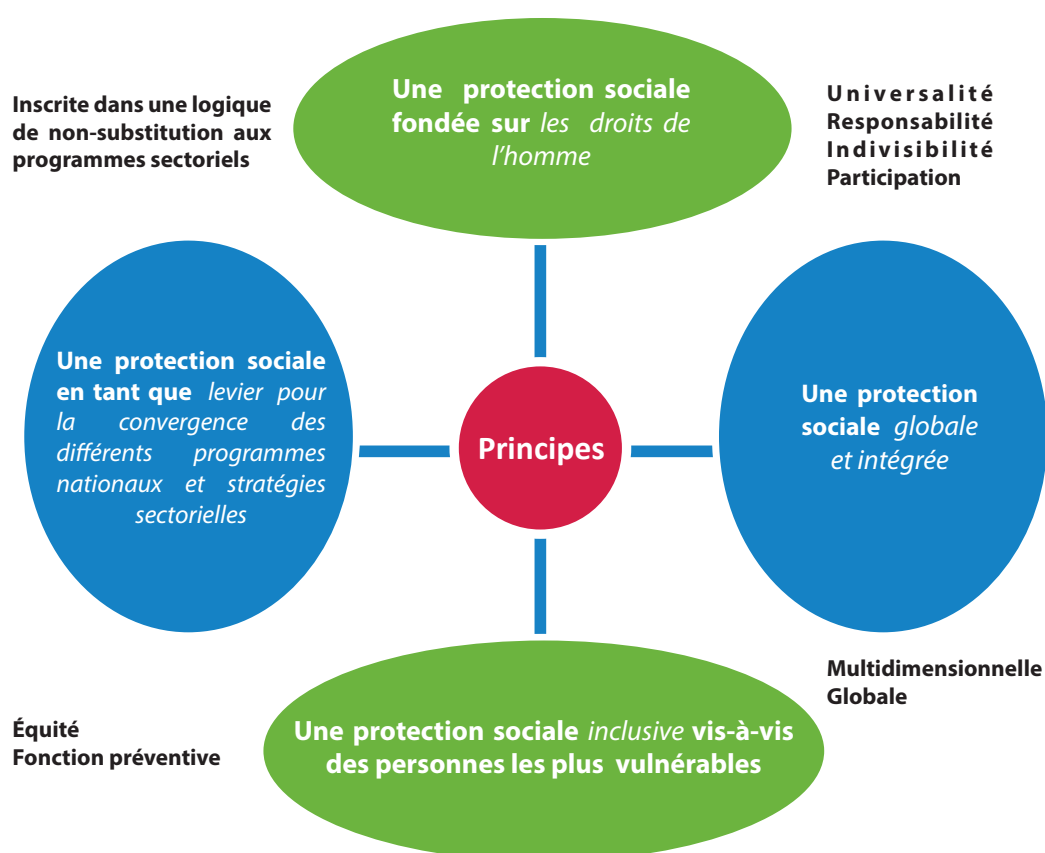
En ce qui concerne les ménages, ceux-ci évitent des frais liés aux soins palliatifs, et les enfants des personnes vivant avec le VIH consacrent davantage de temps à l'école qu'au travail et risquent moins de perdre leurs parents.

S'agissant des entreprises, celles-ci conservent davantage la mémoire institutionnelle, subissent moins de perturbations dans leurs processus de production et font des économies car elles n'ont pas besoin de recruter ni de former de nouveaux employés.

La somme de ces avantages pour les personnes vivant avec le VIH, leur ménage et leur employeur se traduit par une amélioration, à l'échelon national, de l'emploi et de la productivité, ainsi que par une diminution du nombre d'orphelins à prendre en charge, des traitements médicaux administrés pour des infections opportunistes et de la prise en charge en soins palliatifs.

Figure 6

Principes directeurs d'une protection sociale inclusive aux PVVIH



a. Une protection sociale sensible aux PVVIH fondée sur les droits de l'homme

Quatre principes des droits de l'homme, orientent cette conception :

Universalité : Toute personne vivant avec le VIH, en tant que membre de la société, a droit à une protection sociale. L'universalité des droits permet de réduire les exclusions dues à des erreurs, de créer une solidarité sociale et de combattre les préjugés qui entourent certaines méthodes ciblant tel ou tel groupe.

Responsabilité : Dans le cadre d'une approche fondée sur les droits humains, les PVVIH sont considérées comme vulnérables et sont reconnus en tant que détenteurs de droits et non en tant que simples objets d'actions charitables. L'Etat a l'obligation de travailler à la réalisation des droits de cette population.

Indivisibilité : Les droits des PVVIH sont indivisibles et interdépendants, ce qui n'implique qu'aucun d'entre eux ne doit se voir accorder une priorité par rapport à un autre.

La participation : La participation des bénéficiaires (à travers des comités d'usager) à la construction d'une politique sociale est un élément clé d'une approche fondée sur les droits humains. Un système de protection sociale est plus efficace quand les PVVIH participent à sa conception. Ce principe de participation tend à se développer car il apporte des réponses nouvelles, notamment en matière :

- de non-recours aux droits sociaux ;
- d'amélioration des conditions d'accueil ;
- d'évolution des prestations.

Il encourage le « **faire avec** » plutôt que le « **faire pour** » dans la pratique sociale.

b. Une protection sociale sensible aux PVVIH globale et intégrée

Multidimensionnelle : La prise en charge du VIH/sida se distingue par son caractère **multidimensionnel**. En effet, à côté des actions thérapeutiques, nous avons celles qui interviennent en dehors du champ purement médical. Il s'agit en particulier de **la prise en charge psychosociale**. Elle a pour but d'améliorer la qualité de vie des personnes concernées par le VIH/sida et comprend plusieurs volets : soutien psychologique, aide financière et matérielle, assistance nutritionnelle, soutien éducatif, etc.

Globale : pour plus d'efficacité, le traitement des PVVIH doit être **global**. C'est-à-dire il faut traiter non seulement la maladie pour laquelle le patient sollicite une consultation, mais aussi les autres pathologies qui affectent sa santé. En effet, traiter l'ensemble des pathologies qui affectent le malade est une meilleure façon de réduire la charge de morbidité au sein de cette population.

c. Une protection sociale inclusive vis-à-vis des PVVIH les plus vulnérables

Équité : La vulnérabilité est l'état de dénuement parfois dû à l'absence ou à la faiblesse de revenus et de ressources devant permettre de faire face aux besoins et qui expose l'individu à des risques parfois difficiles à supporter. Les dimensions sociales de la vulnérabilité, par exemple le genre et l'emplacement géographique ont une forte influence sur l'exposition aux risques et la résilience et empêchent donc de bénéficier des services sociaux et de moyens de subsistance stables. Pour que le système de protection sociale soit adapté aux besoins de tous les PVVIH, il doit être inclusive et prendre en compte les vulnérabilités supplémentaires dues à l'exclusion sociale.

Une prévention omniprésente : La prévention doit être au cœur du dispositif de prise en charge des PVVIH. Dans des pays où les états accordent une part infime de leur budget à la santé, la meilleure façon de survivre aux maladies est de les éviter. Les actions de prévention peuvent prendre plusieurs formes. Nous pensons qu'il faut agir plus sur les comportements de santé à travers l'amélioration de l'éducation sanitaire et nutritionnelle. Prévenir, c'est aussi se donner les moyens d'agir une fois que le mal est là.

II. Le droit à la protection sociale : Un droit perméable à une protection multidimensionnelle sensible au VIH

1. Le législateur : un rôle crucial à prioriser

L'article 38 de la constitution de 2014 dispose que « L'État garantit ... le droit à la couverture sociale comme prévu par la loi ». La constitution a donc retenu une dénomination originale : l'institution se présente comme un « fourre-tout » qui peut contenir les formes les plus diverses de protection contre les risques de la vie en société. Le format juridique ou le contenant institutionnel est donc à redimensionner et son contenu substantiel est à appréhender et il appartient au législateur de le faire.

« La pandémie du sida est une crise des droits de la personne »

Irene Zubaida Khan, directrice générale d'Amnistie Internationale, lors de la conférence internationale sur le sida à Bangkok

• Le rôle du législateur est crucial parce qu'il lui appartient de définir l'étendue de ce Droit et d'impulser une protection adéquate pour les PVVIH. De ce fait prioriser une action législative et réglementaire pour la construction d'un statut protecteur cohérent des PVVIH serait garant des droits et des sécurités juridiques.

[Prioriser la réforme du cadre juridique est incontournable pour garantir une protection sociale cohérente et adéquate des PVVIH](#)

La loi de 1992 et les textes réglementaires sont à revoir pour poser clairement l'égalité de tous et toutes devant la loi et les institutions, quel que soit le statut sérologique des personnes afin de contrer la montée de la discrimination et de la stigmatisation vécue par les PVVIH.

Il est indispensable de mettre en place un dispositif permettant d'assurer le soutien juridique des PVVIH. A l'instar de certaines expériences étrangères, il peut s'agir notamment de :

- la mise en place d'un cadre de référence particulier pour disséminer l'information et favoriser l'application des dispositions éthiques, réglementaires et juridiques existantes ;
- la mise en place d'un mécanisme particulier pour le soutien juridique aux personnes considérées
- la formation des acteurs de PVVIH à la maîtrise des stratégies d'auto-défense de leurs membres (connaissances sur le plan juridique et psychosocial pour leur propre défense) ;

[Construire un statut protecteur cohérent des PVVIH basé sur les droits humains](#)

Le statut protecteur particulier aux PVVIH fondée sur les droits humains s'inscrirait dans un cadre d'interventions plus complet (programmation explicite de l'accès universel des PVVIH aux droits, aux services sociaux et sanitaires) qui :

- Vise à s'attaquer à la stigmatisation, la discrimination et à la vulnérabilité ;
- A offrir des prestations disponibles, acceptables et accessibles à toutes les personnes, sans discrimination ;
- A être adaptés pour répondre aux besoins de toutes les populations clés.

[« De nombreuses personnes souffrant du sida ne sont pas tuées par la maladie elle-même, mais le sont par la stigmatisation entourant chaque personne qui a le VIH/sida. C'est pourquoi les leaders doivent faire tout ce qui est en leur pouvoir pour lutter contre cette stigmatisation et remporter le combat »](#)

Nelson Mandela, 14e Conférence internationale sur le sida, Barcelone, 2002

• Le glissement terminologique, de la sécurité sociale et de l'assistance sociale d'usage en droit positif, vers la couverture sociale n'est pas neutre et il est, par ailleurs, le fer de lance d'intervention riche et diversifiée du législateur au profit notamment des catégories vulnérables dont les PVVIH. En effet, on peut être couvert et bien protégé notamment en cumulant l'assurance sociale et l'assurance mutuelle ; on peut aussi être couvert, par le minimum de l'assistance sociale, sans être bien protégé (et c'est le cas notamment des PVVIH) comme on peut être couvert sans être assuré social et c'est souvent le cas des plus fortunés.

[Le concept \(constitutionnel\) « La couverture sociale »³⁸: le fer de lance d'une protection universelle, riche et diversifiée des PVVIH](#)

2. Les acteurs et les institutions : le toit pour tous

La protection sociale sensible au VIH se situerait dans un cadre où la solidarité s'investit au plus près des contextes de son intervention. Pour prendre ses formes les plus variées, l'action solidaire est très attentive à l'espace où elle doit s'exercer (milieu professionnel, famille, voisinage, école...) compense les situations matérielles et sanitaires et vise la socialisation et la resocialisation de l'individu. L'efficacité de la protection sociale fait appel à une fédération des efforts aux différents niveaux d'intervention.

Les PVVIH au centre de toute intervention

Placer les PVVIH au centre des programmes d'intervention garantit une protection sociale adéquate au VIH parce qu'ancrée davantage dans son contexte et liée aux besoins particuliers : Cela permet de mobiliser les populations clés, promeut une demande et accroît l'accès à des services appropriés, efficaces et durables qui répondent aux besoins des PVVIH. Au travers de leurs représentants, les PVVIH seraient en mesure de participer et d'être impliquées dans l'identification des besoins et dans la conception ainsi que l'élaboration des services.

Les PVVIH :

- Participent à l'évaluation des droits sociaux pour identifier les inégalités, les questions clés et les priorités ;
- Sont impliquées dans la conception, l'élaboration et la mise en œuvre des mesures et actions à entreprendre qui protègent et promeuvent leurs droits en matière de santé et de garantie de revenu ;
- L'accompagnement et le renforcement des capacités chez les titulaires de droits en vue de revendiquer leurs droits ;
- Participent au suivi et à l'évaluation des programmes de protection sociale sensible au VIH.

Partenariat des acteurs

L'éparpillement des efforts, en l'absence d'un protocole de coordination entre les acteurs limite l'efficacité de l'intervention au profit des PVVIH.

• L'adoption d'une approche multisectorielle (sociale, éducative, sanitaire...) devrait susciter l'implication de tous les secteurs dans la prise en charge et la protection des PVVIH. Le partenariat devrait s'exercer dans le cadre d'une coalition où les acteurs (travailleurs sociaux, corps médical et paramédical, associations) conviennent de travailler ensemble dans une perspective commune afin d'atteindre des buts et des objectifs établis de façon concertée dans le cadre du Programme national.

• Ce partenariat offre une opportunité de créer plus de synergie et de complémentarité des interventions et de capitaliser les meilleures pratiques. Ce partenariat permet de comprendre et prendre en compte l'interdépendance des besoins médicaux, psychologiques et sociaux des PVVIH et leur évolution, de coordonner

³⁸ Les PVVIH sont dans le besoin d'un statut particulier à confectionner et la discussion des significations du concept peut paraître stérile mais n'est pas sans intérêt fertile pour redimensionner le souhaitable au possible, le général au particulier quand il est question de faire appel à la loi pour définir la substance d'un concept qui met fondamentalement l'institution à la croisée des chemins de l'effectivité et de l'efficacité.

les actions, et serait assorti d'une obligation de rendre compte, qui nécessite notamment l'institution de rencontres de capitalisation des acquis et insuffisances et d'adaptation des interventions.

- Ce partenariat peut se traduire par la création d'une unité de suivi et d'évaluation et de la communication harmonisée autour des interventions.

Articulation des institutions pour une protection sociale globale et permanente

Le partenariat des acteurs et l'articulation des institutions devrait donner lieu à une permanence de la protection sociale par un paquet de services variables selon le lieu d'intervention intra-hospitalier (accès aux droits et services médicaux et sociaux, recherche de perdus de vue, appui et accompagnement psychologique et social) ou extra hospitalier (médiation sociale, appui juridique, socio-économique y compris la réinsertion et les activités génératrices de revenus dans certains cas).

[Le partenariat des acteurs est déterminant pour une protection sociale globale et permanente des PVVIH](#)

- La protection par la sécurité sociale est véhiculée par le principe de solidarité en vertu duquel les contributions par des cotisations sont indifférents à l'état de l'assuré et sont déterminées sur la base du revenu et non par rapport au risque³⁹ : les PVVIH à faibles revenus mais à risques élevés peuvent être aussi bien couvertes que les assurés à forts revenus et à faibles risques.

[Les PVVIH à faibles revenus mais à risques élevés peuvent être aussi bien couvertes que les assurés à forts revenus et à faibles risques.](#)

- Des actions spécifiques sont entreprises par l'Etat (traditionnellement producteur de sécurité) en faveur des plus défavorisés et en faveur des personnes vulnérables et à besoins spécifiques. "l'assistance sociale", « l'assistance médicale », qui couvrent respectivement les formes de redistribution verticale présentent l'originalité de participer à l'objectif de « la promotion sociale » à savoir permettre aux groupes sociaux les moins favorisés, dont les PVVIH, une accession à un niveau de vie et de bien-être meilleure.

Le droit aux prestations de l'assistance sociale et médicale, comme expression de la solidarité de la collectivité nationale à l'égard des personnes en situation de besoin, tend à se développer comme un droit subjectif créé par le législateur dans les conditions qu'il pose.

La fonction de « socialisation » est également dévolue à l'action sociale qui peut prendre des formes diverses. Elle peut se traduire par des actions catégorielles en direction de groupes cibles d'individus (PVVIH, enfants, personnes handicapées, ...) comme elle peut prendre la forme d'interventions ponctuelles sur des cas particuliers par des secours de primo assistance.

[La politique publique de « la promotion sociale » est censée permettre aux groupes sociaux les moins favorisés, dont les PVVIH, une accession à un niveau de vie et de bien-être meilleure](#)

- Au niveau de la famille, l'enjeu est de bien appréhender les attitudes à l'égard des PVVIH et de mesurer la capacité financière de leur prise en charge pour pouvoir compenser justement les difficultés ou la défaillance des solidarités de proximité. Le soutien de la famille est crucial surtout que la famille demeure toujours : « un des vecteurs qui relie l'individu à la totalité sociale, ... »⁴⁰.

³⁹ Elle met chacun à contribution en fonction de ses capacités et fixe l'indemnisation à proportion de celle-ci. Il s'agit alors d'assurer la capacité à conserver un revenu professionnel dans le cadre d'une communauté de risques.

⁴⁰ v. Claude MARTIN : « la solidarité des proches : enjeux et limites pour la protection des personnes âgées indépendantes », in . La dépendance des personnes âgées ; édition presse universitaires de Strasbourg 1994 p. 101

[Le soutien de la famille est crucial dans la protection sociale des PVVIH](#)

• Dans le milieu professionnel, la solidarité de proximité prend diverses dimensions. Par les services sociaux, les œuvres culturelles et sportives qu'elle organise au profit des travailleurs et de leurs familles, l'entreprise permet l'appartenance à une communauté solidaire. Les représentants du personnel (commission consultative d'entreprise) peuvent y participer activement. Les fonds sociaux permettent à l'entreprise de survoler « au secours » des personnels touchés par les événements heureux ou malheureux.

[Les PVVIH ont droit à une identité professionnelle dans une entreprise citoyenne](#)

En faisant participer l'entreprise à l'insertion professionnelle des personnes en difficulté notamment les PVVIH, les pouvoirs publics pourraient cultiver l'idée d'une « entreprise citoyenne » à travers une solidarité externe qui peut s'investir dans un cadre plus large de lutte contre l'exclusion sociale et en partenariat avec les autres composantes de la société civile.

C'est le secteur associatif qui est largement sollicité par les activités de proximité de protection sanitaire et sociale et d'insertion sociale et professionnelle qui animent la « citoyenneté sociale ». En effet, les évolutions en profondeur qui affectent au fil du temps notre société font surgir des besoins nouveaux : l'apport d'une aide à la prise en charge sanitaire et psychosocial à domicile des besoins liés aux actes courants de la vie quotidienne devient de plus en plus nécessaire et les « services à la personne » fournies par les associations aux PVVIH constituent par excellence l'exemple d'une solidarité de proximité.

[Par des « services à la personne », une aide à la prise en charge sanitaire et psychosocial à domicile des PVVIH devient de plus en plus nécessaire](#)

Programme Alimentaire Mondial

35 rue de l'île d'Islande,
Les Berges du Lac 2, Tunis, Tunisie
wfp.org/countries/Tunisia

