



REVUE DES PROGRAMMES NATIONAUX DE SANTÉ CIBLANT LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES

TUNISIE - 2017



REPUBLIQUE TUNISIENNE



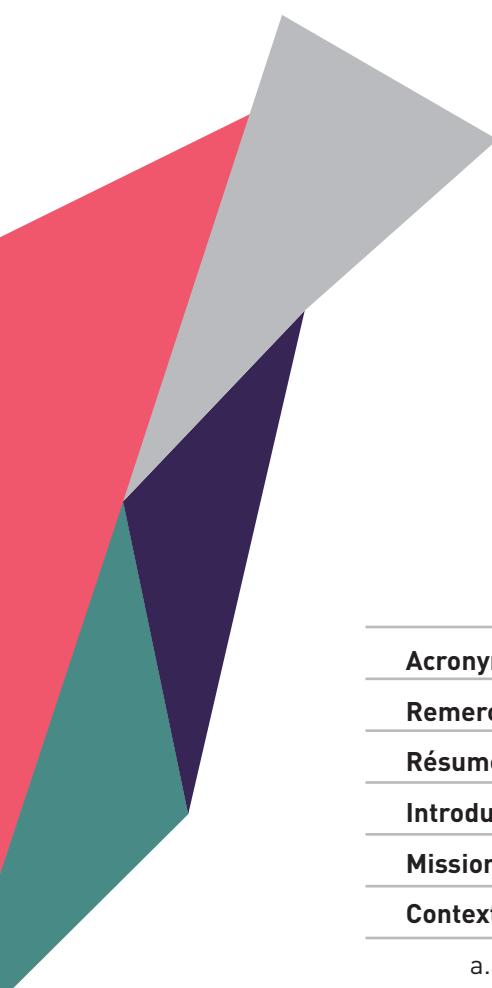
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



صندوق الأمم المتحدة للسكان
Fonds des Nations Unies pour la population

REVUE DES PROGRAMMES NATIONAUX DE SANTÉ CIBLANT LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES

2 0 1 7



Sommaire

Acronymes	4
Remerciements	6
Résumé	7
Introduction	12
Mission	14
Contexte national	14
a. Contexte socio-économique et politique	14
b. Caractéristiques démographiques	16
c. Système de santé : Evolution, Organisation, Financement et Performance	17
Méthodes	18

Chapitre 1 : Principales dispositions du cadre juridique de la santé des A&J (10 – 24 ans)	20
La santé des A&J dans la constitution tunisienne, les traités internationaux ratifiés par la Tunisie et le code de protection de l'enfance	22
Lois et Règlements qui couvrent la santé des A&J	26
Chapitre 2 : Etat de santé des jeunes	28
Mortalité des A&J	30
Les modes de vie et les maladies	32
Chapitre 3 : Revue des programmes de santé ciblant les adolescents et les jeunes selon les champs d'intervention	40
1. Développement positif	42
2. Violence	48
3. La SSR y compris la lutte contre le VIH	50
4. Maladies transmissibles	55
5. Maladies non transmissibles	56
6. Modes de vie sains	58
7. La santé mentale, la consommation de substances et l'automutilation	60
Degré de réalisation en Tunisie des interventions avérées en matière de santé des A&J	66
Chapitre 4	68
Synthèse de la revue	70
Propositions	72
Conclusion	76
Annexe	78

Acronymes

AA-HA	Global Accelerated Action for the Health of Adolescents
A&J	Adolescents et jeunes
AVP	Années de Vie Perdues
ATL MST-SIDA	Asssociation Tuisienne de Lutte contre les MST-SIDA
BCT	Banque Centrale de Tunisie
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
BEC	Bureau d'Ecoute et de Conseil
CEC	Cellule d'Ecoute et de Conseil
CIC-SR	Cellules d'Information et de Conseil en Santé de la Reproduction
CEDEF	Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPE	Code de Protection de l'Enfance
CSB	Centre de Santé de Base
DHMPE	Direction de l'Hygiène du Milieu et de la Protection de l'Environnement
DPE	Délégué de Protection de l'Enfance
DMSU	Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
DT	Dinar Tunisien
EPLS	Education Pour La Santé
HVC	Hépatite Virale C
INNTA	Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire
INRA	Institut National de Recherche en Agronomie
INS	Institut National de la Statistique
INSP	Institut National de Santé Publique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de la Grossesse
MAS	Ministère des Affaires Sociales
ME	Ministère de l'Education
MENA	Région de la Méditerranée Orientale

MFFE	Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance
MNT	Maladies Non Transmissibles
MS	Ministère de la Santé
MSU	Médecine Scolaire et Universitaire
MT	Maladies Transmissibles
NV	Naissance vivante
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONFP	Office Nationale de la Famille et de la Population
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PIB	Produit Intérieur Brut
PNAAN	Plan National d'Action pour la Nutrition et l'Alimentation
PNSBD	Programme National de Santé Bucco-Dentaire
PNSM	Programme National de Santé Mentale
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNSSR	Programme National de Santé Sexuelle et Reproductive
RSI	Règlement Sanitaire International
SBD	Santé Bucco-Dentaire
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SNAPSAM	Stratégie de Promotion de la Santé Mentale en Tunisie
TM	Troubles Mentaux
UDI	Usagers de Drogues Injectables
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VFF	Violences Faites aux Femmes
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Remerciements

Le Bureau du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) tient à présenter ses vifs remerciements au Pr Faiçal Ben Salah, consultant ayant élaboré la revue des programmes de santé ciblant les adolescents et les jeunes, pour ses efforts louables et pour la qualité du travail rendu.

Nos remerciements s'adressent également aux membres du comité de pilotage de la présente revue, du Ministère de la Santé et de l'équipe de travail au sein de l'UNFPA pour leur disponibilité à fournir les informations demandées et pour leurs interventions efficaces afin de mobiliser les partenaires et assurer le bon déroulement du processus.

Le rapport de la revue a été élaboré grâce à la collaboration et le soutien précieux des responsables de programmes de santé ciblant les adolescents et les jeunes ainsi qu'à la contribution efficace des représentants des départements partenaires, de la société civile, des adolescents et jeunes et ceux des organismes onusiens. Que tous reçoivent l'expression de nos sincères remerciements pour leurs précieux apports.

Dr Rym Fayala
Représentante Assistante



Résumé

L'adolescence et la jeunesse (A&J) sont une étape essentielle du développement humain caractérisée par des changements biologiques et psychosociaux majeurs qui peuvent influer sur les comportements et les différents risques ayant une incidence sur la santé. En Tunisie, les A&J ont aujourd'hui un meilleur accès à l'éducation, disposent de meilleures conditions de vie et d'une meilleure liberté d'expression qu'au début de l'indépendance quand les premiers programmes ont été initialisés. Mais, ils restent confrontés à de nombreux défis socioculturels, économiques voire identitaires par manque d'accompagnement efficace qu'il soit familial, éducatif et/ou social.

En matière de santé, la plupart des jeunes se sentent en bonne santé et nombreux programmes, interventions et campagnes d'information ont été engagés en leur faveur. Toutefois, la plupart des indicateurs de comportements peu favorables à la santé ou autres indicateurs de morbidité spécifiques à cette population, ont une tendance à la hausse (tabagisme, consommation de drogues, diabète, dyslipidémies, obésité, surpoids, hypertension, dépression, etc.). Ces données font de la santé des A&J une priorité de santé publique. Dans ce cadre, le ministère de la santé a lancé en Février 2017 l'élaboration de la « stratégie nationale globale de santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent alignée aux objectifs du développement durable ».

Le présent rapport vise à travers la revue des programmes de santé actuels offerts aux A&J en Tunisie, à fournir des informations sur l'offre de services spécifiques aux A&J et à proposer sur la base de cette analyse, des orientations stratégiques et des interventions prioritaires pour être intégrées dans une future stratégie nationale sectorielle permettant aux A&J de posséder le meilleur état de santé et de bien-être¹.

C'est ainsi que le rapport aborde en premier lieu le contexte national (socio-économique, politique et

démographique) et la présentation du système de santé qui ne cesse d'évoluer pour mieux adapter sa réponse aux besoins de la population et aux mutations socioculturelles, institutionnelles et structurelles. L'état des lieux retrace des résultats globalement satisfaisants bien qu'il reste encore une marge de manœuvre considérable à exploiter pour atteindre une efficacité tangible, tendre davantage vers l'équité d'accès aux soins et avoir une qualité des services à la hauteur des niveaux requis et attendus.

En se référant à l'approche classique de l'évaluation des plans et programmes de santé publique, le champ retenu pour l'évaluation des programmes de santé ciblant les A&J a porté sur la confirmation de leur pertinence et de leur utilité, puis sur l'examen de la cohérence des mécanismes mis en œuvre avec leurs objectifs et enfin l'étude de leur rendement en fonction de la disponibilité des données.

A ce propos, 6 domaines de santé des A&J parmi les 8 définis dans le « Cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA) » ont été retenus² et un inventaire du cadre juridique et réglementaire de la santé A&J ainsi que des données disponibles sur leur état de santé et les modes de leur vie a été réalisé avant d'entreprendre la revue des programmes nationaux.

De même, pour construire sur les échanges de connaissances et d'expériences entre les acteurs, enrichir les données de la littérature et affiner l'évaluation, des rencontres et des focus groupes ont été organisés avec les responsables des programmes, des représentants de la société civile et des professionnels de la santé. L'ensemble des données recueillies ont été soumis à un atelier national pour discuter l'ébauche de la revue, cerner les insuffisances et aboutir à un consensus sur les orientations stratégiques, les interventions prioritaires et les leviers de leurs succès.

¹ Objectif de la « Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) », OMS. 2016

² Le développement positif, la violence, la santé sexuelle et reproductive, les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, la santé mentale.

Les conclusions de l'atelier national relatives aux domaines, approches et cibles des programmes de santé des A&J ont été synthétisées selon un cadre conceptuel élaboré à l'occasion.

Les données recueillies ou proposées sont présentées en 4 chapitres. Parmi ces données, on relève notamment les points suivants :

1/ Les principales dispositions juridiques et réglementaires régissant la santé des A&J s'appliquent en règle générale à toutes les tranches d'âge et se fondent particulièrement sur de nombreux articles de la constitution tunisienne ou du code de protection de l'enfant, qui reste le texte le plus spécifique bien que limité à l'âge de 18 ans. Ont de même été identifiés de nombreux traités internationaux ratifiés par la Tunisie ainsi que d'autres lois et décrets. Les dispositions les plus marquantes restent celles relatives à la santé (art. 38 de la constitution) ainsi que d'autres articles de la constitution qui permettent le développement des potentialités (exemple : art. 8 relatif à la justice sociale, art. 2 relatif au droit à la vie, art. 22 relatif aux droits des personnes handicapées, art. 45 concernant la protection des acquis de la femme, etc.).

2/ Le taux de mortalité chez les A&J était de 0,5‰ en 2011 soit 2,2% de la mortalité générale avec 89 374 années de vie perdues (AVP). Les cinq principales causes de décès dans la tranche d'âge 15-24 ans étaient les causes extérieures de mortalité (tel que les accidents de la voie publique), les lésions traumatiques et les empoisonnements, les tumeurs malignes, les maladies de l'appareil respiratoire et les maladies du système circulatoire.

3/ Les indicateurs des modes de vie et de morbidité se caractérisent par le taux élevé des A&J qui déclarent vivre mal la période d'adolescence (57%), les fréquences élevées et/ou en progression des maladies chroniques, des pathologies courantes, de détresse psychologique, de tabagisme, de consommation de substances psychoactives, de surpoids et d'obésité ainsi qu'une initiation précoce à la vie sexuelle qui contraste avec des connaissances faibles en matière de SSR/VIH.

4/ Le dispositif institutionnel relevant du Ministère de la Santé comprend de nombreuses directions et institutions qui, pour l'élaboration et la mise en œuvre des programmes, s'appuient sur la collaboration et le partenariat avec les autres départements concernés, la société civile et les organismes internationaux.

5/ Les programmes et les interventions ciblant le développement positif de la santé des A&J s'articulent autour de 5 composantes essentielles à savoir : la promotion de la santé en milieu scolaire, des interventions d'hygiène et de nutrition, la contribution aux nombreux mécanismes et programmes de protection des enfants, l'éducation sanitaire et des interventions pour promouvoir la compétence des A&J. Ces programmes favorisent la scolarisation et le développement harmonieux de cette population et participent à la mise en œuvre des projets de santé publique ciblant la promotion de la santé et le bien-être de cette tranche d'âge, l'amélioration de leur état nutritionnel, la gestion des causes profondes les exposant à la vulnérabilité et le développement de leurs compétences de vie. Les Interventions en matière de cyber-santé pour améliorer l'accès des jeunes aux services de santé et de soutien parental pour aider les parents à développer leurs capacités et leurs compétences en matière de croissance et de développement des A&J sont inexistantes.

6/ Les violences des A&J constituent un problème de société comme le prouvent les proportions élevées des A&J impliqués dans des affaires de violence ou parmi ceux ayant recours au suicide (respectivement 22,5% et 25,6% en 2014). Nombreux programmes de prévention et de lutte contre la violence incluent une composante santé. Ils s'inscrivent dans la concrétisation d'un droit constitutionnel et traduisent les engagements internationaux de l'Etat Tunisien. Toutefois, le rôle du système de santé reste peu précis et les dispositifs mis en place n'individualisent pas des interventions spécifiques et adaptées aux A&J.

7/ La Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) est couverte, en Tunisie, par 4 programmes nationaux : Programme National de Santé Sexuelle et Reproductive, Programme National de santé des adolescents scolarisés, Programme

National de Périnatalité et Programme National de Lutte contre le SIDA et les IST. Ces programmes adoptent les recommandations de l'OMS et offrent une réponse appropriée aux besoins des A&J en développant des stratégies spécifiques en faveur de cette population, en couvrant les 10 composantes de SSR, en intégrant la dimension psycho-sociale et en adoptant une approche interinstitutionnelle mettant à contribution plusieurs intervenants publics, associatifs et le système des Nations Unies. L'ensemble des prestations médicales et psychosociales offertes dans le cadre de ces programmes sont gratuites. Cette attention s'est traduite par une généralisation des services de SSR et de lutte contre les IST/VIH, des taux de couverture notables et une situation épidémiologique stable et peu active de l'épidémie du VIH.

- 8/** Les Maladies Transmissibles sont définies, en Tunisie, par la loi n° 92-71 du 27 juillet 1992 qui précise également les modalités d'intervention de l'Etat pour assurer leur prévention et leur prise en charge ainsi que les devoirs et les droits des patients atteints. Les interventions du système de santé vis-à-vis de ces maladies incluent la prévention, la détection et leur traitement en conformité avec les recommandations internationales. Elles sont organisées dans le cadre de programmes nationaux gérés par la Direction des Soins de Santé de Base qui s'appuie sur de nombreuses commissions nationales et coordonne le système de surveillance entre l'ensemble des institutions sectorielles. A travers cette organisation, le système national a réussi à éradiquer ou à freiner la propagation de plusieurs maladies infectieuses et le système de surveillance épidémiologique est relativement efficace.
- 9/** Les Maladies Non Transmissibles touchent de plus en plus les A&J. Cette tendance à la hausse est la résultante du changement des modes de vie et de l'urbanisation rapide. La Stratégie nationale de lutte contre les MNT (en cours d'élaboration) et les stratégies et les programmes nutritionnels, de promotion de l'activité physique et de lutte contre le tabac offrent de réelles possibilités d'infléchir cette tendance. Ces plans intègrent les recommandations de la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles (2000),

la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (2003) et la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (2004). Néanmoins, leur engagement depuis plus d'une décennie n'ont pas modifié le comportement des A&J et n'ont pas freiné leur accès facile aux produits riches en sucre, en sel et en matières grasses.

- 10/** Les modes de vie sains sont ciblés par le Plan National d'Action pour la Nutrition et l'Alimentation qui associe l'éducation nutritionnelle, la promotion de modes de vie sains, la promotion de la production des aliments favorables à la santé, l'accès et l'utilisation des services de dépistage et de prise en charge adéquats et le développement des sources de données et de la recherche opérationnelle. La stratégie nationale de prévention et de lutte contre l'obésité 2013-2017, le programme national de santé bucco-dentaire qui vise l'adoption d'un comportement sain en matière de santé bucco-dentaire et la réduction de la prévalence élevée des maladies bucco-dentaires chez les enfants et les jeunes scolarisés ainsi que le programme national de lutte antitabac, visent également la promotion de modes de vie sains. Toutefois, les comportements alimentaires des adolescents témoignent d'une faible connaissance de la qualité nutritionnelle, les problèmes nutritionnels continuent à émerger et sont préoccupants comme le traduisent les épidémies de surpoids, d'obésité, de dyslipidémie, de diabète, d'hypertension artérielle et des maladies cardio-vasculaires et la lutte contre le tabac n'est pas suffisamment opérationnelle.
- 11/** Les données disponibles sur les tendances des indicateurs psychosomatiques, émotionnels/psychologiques, comportementaux ou de morbidité (troubles mentaux et maladies mentales) des A&J tunisiens sont également préoccupants et mal surveillées. Ainsi le suicide chez les A&J représente-t-il 26,9% de l'ensemble des suicides enregistrés en Tunisie en 2015. Une Stratégie de Promotion de la Santé Mentale a été adoptée en 2013 mais n'a pas été opérationnalisée à ce jour. Par ailleurs, plusieurs axes ont été développés pour mettre en œuvre des interventions en matière de santé mentale mais leur impact reste en deçà de l'attendu. Ces interventions prévoient peu d'actions

spécifiques aux A&J et n'incluent pas une stratégie de communication pour aboutir à une réelle implication de la cité et des familles dans la promotion de la santé mentale des A&J.

12/ Les chiffres de la toxicomanie en Tunisie sont inquiétants.

En 2017, 3% des élèves âgés de 15-17 ans ont consommé au moins une fois des psychotropes, 3,8% du cannabis, 0,4% de la cocaïne, 1,4% de l'ecstasy et 3,8% de la colle. La lutte contre ce fléau est gérée à travers la stratégie nationale de lutte contre la toxicomanie, la stratégie de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et les drogues dans les établissements scolaires ainsi que le programme pilote de « développement des compétences de vie pour la prévention de substances psychoactives en milieu scolaire ». Néanmoins, l'impact de ces stratégies et programmes est en deçà de l'attendu en terme de prévention, de couverture ou de continuité des soins. Le problème d'accès aux services de santé est bien réel, l'implication des composantes de la société civile reste faible et les campagnes de sensibilisation et d'information, nationales et régionales sont peu efficaces.

13/ La santé des jeunes reste une mission répartie entre diverses institutions sans qu'un mécanisme central ne les unisse dans une vision globale et partagée, et leur permettent d'arrêter ensemble la définition des « Services de santé adaptés aux A&J » en termes de missions, normes, standards et organisation. Sur le plan conceptuel, les programmes de santé ciblant les A&J sont nombreux, centralisés, assez dispersés et impliquent de nombreux intervenants. Ils couvrent la quasi-totalité des dimensions de la santé des A&J et intègrent la plupart des interventions avérées pour la promotion de la santé des A&J telles que recommandées par l'OMS. Toutefois, sur le plan pratique leur réalisation est faite plutôt de manière cloisonnée et nombreux d'entre eux sont peu ou pas opérationnalisés (nutrition, MNT, santé mentale, lutte contre la violence, prévention du suicide, etc.).

14/ La plupart des programmes s'appuyant sur le modèle biomédical, (lutte contre les maladies transmissibles, SSR, santé bucco-dentaire) sont mis en œuvre selon des plans d'action et sont appliqués selon des protocoles clairement définis à travers de nombreux

modules et fiches techniques et plusieurs sessions de formation continue au profit des professionnels. A l'opposé, les programmes nécessitant une approche biopsychosociale intersectorielle, se heurtent à des difficultés d'appropriation par les professionnels de santé, d'opérationnalisation et de pérennisation.

15/ Le mode de choix des priorités et la définition des objectifs des programmes de santé ciblant les A&J s'appuient certes sur des indicateurs épidémiologiques et comportementaux, recueillis le plus souvent à partir d'enquêtes, mais restent peu précis en absence d'une vision et d'une politique bien définies en matière de santé des A&J.

16/ Les programmes et les interventions d'EPLS ciblent plusieurs domaines de la santé des A&J (Reproduction, Contraception, IST/VIH, Education Nutritionnelle, Hygiène, Conduites addictives, Protection de l'environnement, etc...) et utilisent divers processus pédagogiques, d'information, de communication et d'apprentissage pour favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé. Toutefois, leur mise en œuvre se heurte à des contraintes financières et organisationnelles, leur impact est peu évalué, les mesures d'accompagnement sont faibles, l'organisation des services est mal définie, les mécanismes de participation des A&J à la prise de décision sont déficients, les systèmes d'information des programmes de santé orientent peu sur la qualité de services ou leur impact.

Au total, l'ensemble des données disponibles et les constatations relevées justifient l'adoption d'une vision et l'élaboration d'une stratégie pour la promotion de la santé des A&J. A ce propos, la détermination des priorités pourrait s'appuyer sur une logique matricielle permettant d'identifier les pathologies et/ou les déterminants de santé prioritaires ; les catégories de population des A&J prioritaires ainsi que les mesures d'accompagnement à fournir en priorité. De même, pour assurer l'efficience des futurs programmes et interventions ciblant la gestion des risques pour la santé, il est primordial de cibler les A&J ainsi que tous les acteurs qui peuvent influencer leurs modes de vie. Aussi faut-il diversifier les approches d'interventions et prendre en considération les leviers de la réussite telles que la reconnaissance des jeunes, l'amélioration de l'attractivité des structures de prise en



charge, la nécessité d'enraciner et de construire sur une culture citoyenne ainsi que l'amélioration du système de suivi et évaluation et lui insérer des mécanismes de redevabilité.

Parmi les priorités identifiées on relève l'inclusion de la santé mentale, les affections liées aux comportements à risque et les maladies respiratoires. On préconise également l'adoption d'une approche holistique centrée sur l'adolescent et le jeune pour la promotion de la santé, l'adoption d'un paquet de soins essentiels pour les A&J

couvrant l'ensemble des dimensions de leur santé telles que définies dans les référentiels de l'OMS et le renforcement de la participation active des A&J, des partenaires et des professionnels lors de l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des interventions d'éducation pour la santé ainsi que l'intégration des groupes d'A&J vulnérables dans les populations prioritaires. Enfin, l'élaboration et la mise en œuvre des normes nationales et d'un système de suivi de la qualité des services de santé destinés aux jeunes et adolescents restent une activité d'accompagnement prioritaire.

Introduction

L'adolescence et la jeunesse (A&J) sont une étape essentielle du développement humain caractérisée par des changements biologiques et psychosociaux majeurs qui peuvent influer sur les comportements et les différents risques ayant une incidence sur la santé. En effet, les données scientifiques sur le développement du cerveau des A&J montrent que la région du cerveau responsable de la recherche de récompense se développe avant les régions responsables de la planification et du contrôle des émotions et que le cerveau de l'adolescent a une capacité étonnante à changer et à s'adapter. Ces preuves expliquent, en partie, les comportements à risque qui caractérisent cette phase de la vie. Elles démontrent également que la marge d'intervention pour redresser les éventuelles évolutions négatives, produites au cours des premières années de l'adolescence, est réelle et que la non maîtrise des comportements qui apparaissent durant cette étape de la vie et des problèmes de santé qui en résultent risque d'avoir une incidence importante sur le développement physique et cognitif du futur adulte. L'ensemble de ces données justifient la mise en place de programmes efficaces pour la promotion, la prévention et la prise en charge des problèmes de santé de cette population.

Il est évident que l'adolescent et le jeune tunisien ont aujourd'hui un meilleur accès à l'éducation, disposent de meilleures conditions de vie et d'une meilleure liberté d'expression. Mais plusieurs études relèvent que la

jeunesse tunisienne s'est déconnectée des modèles familiaux et socio-culturels préétablis, tarde à entrer dans la vie active et se heurte à des problèmes de construction identitaire liés aux nombreux choix de vie qui se profilent devant elle, à l'absence de base claire pour sélectionner une orientation parmi ces choix et au manque d'accompagnement efficace qu'il soit familial, éducatif et/ou social. Selon les données de l'enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés, 56,7% déclarent vivre difficilement la période d'adolescence.

Cette situation aggrave la transformation peu contrôlée du mode de vie des A&J tunisiens et accroît souvent leur option d'adopter des comportements à risque qui caractérisent déjà cette phase de la vie. Par ailleurs, il est à noter que plusieurs A&J, du fait de facteurs individuels, environnementaux et/ou des événements de vie, qui interagissent d'ailleurs entre eux, sont particulièrement vulnérables et exposés davantage aux risques d'une mauvaise santé et de ses conséquences préjudiciables sur leur développement.

En Tunisie, de nombreux programmes de santé et de nombreuses interventions et campagnes d'information ciblant les A&J ont été mis en place et réalisés. Toutefois, la plupart des indicateurs des comportements peu favorables à la santé ou de morbidité, de cette population, ont une tendance à la hausse. Le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues toucheraient respectivement : 25,1%, 5,8% et 3,8% des jeunes de 15

à 17 ans. De même, 22,3% des A&J ont été impliqués dans des affaires de violence et les cas de suicide, dans la tranche d'âge 6 et 25 ans, représentaient 25,6% des cas de suicide enregistrés en 2014. La même tendance à la hausse s'observe pour les indicateurs de diabète, de dyslipidémies, d'obésité, de surpoids, d'hypertension ou de dépression. Par ailleurs, les A&J se sentent peu informés et mal pris en charge et déclarent un accès limité aux services de Santé avec des disparités sociales et régionales importantes entre les différents groupes de jeunes, que ce soit en raison de la situation socio-économique précaire, l'existence de barrières culturelles ou en raison de l'insuffisance de l'offre de service.

L'ensemble de ces éléments font de la santé des A&J une priorité de santé publique et représente un défi majeur à relever pour le système national de santé tunisien et pour notre société afin d'améliorer leur santé et leur bien-être et influer sur la façon avec laquelle ils appréhendent leur exposition aux risques et leur santé.

Ce défi a été réinscrit dans les priorités du ministère de la santé en Février 2017 lors d'un atelier national sur la « stratégie nationale globale de santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent alignée aux objectifs du développement durable » qui a souligné l'importance de l'élaboration d'un cadre stratégique distinct relatif à la santé des jeunes et des adolescents³.

La mise en oeuvre d'une telle stratégie permettra à notre système de s'insérer dans la dynamique internationale appelant à intégrer l'ensemble des préoccupations relatives à santé des A&J, au-delà de la santé sexuelle et génésique, dans une stratégie globale intégrant toutes les dimensions qui peuvent influer sur leur santé et leur bien-être⁴.

Dans ce cadre, le présent rapport vise à travers la revue des programmes de santé actuels offerts aux A&J en Tunisie, à fournir des informations sur l'offre de services spécifiques aux A&J et à proposer sur la base de cette analyse des orientations stratégiques et des interventions prioritaires pour être intégrées dans une future stratégie nationale sectorielle permettant aux A&J de posséder le meilleur état de santé et de bien-être⁵.

Après une présentation de la mission de cette consultation, du contexte socio-économique et démographique national et d'une description de la méthodologie utilisée, le rapport présente le cadre juridique et réglementaire de la santé des A&J, le système de santé mis à leur disposition, une évaluation des programmes nationaux de santé les ciblant pour aboutir aux propositions d'orientations stratégiques de la future stratégie nationale de promotion de la santé des A&J.

³ Rapport de l'atelier national sur la « stratégie nationale globale de santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent alignée aux objectifs du développement durable » du 1-2 Février 2017.

⁴ Rapport de l'OMS sur la « Santé des adolescents dans le monde » en 2014.

⁵ Objectif de la « Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent [2016-2030] ». OMS. 2016.

Mission

La présente mission confiée à un consultant national consiste à :

- L'élaboration d'un document comprenant une revue des programmes de santé destinés aux A&J en Tunisie synthétisant les défis, les bonnes pratiques, l'analyse de l'adaptation de ces programmes aux besoins exprimés des A&J et des propositions de recommandations et d'axes d'orientation pour une stratégie de santé pour les A&J;
- L'organisation d'entrevues avec les décideurs et gestionnaires de programmes ;
- La facilitation d'un atelier pour enrichir l'état des lieux et définir des orientations stratégiques et des interventions prioritaires pour la santé des A&J en Tunisie.

Contexte national

a. Contexte socio-économique et politique

Depuis les événements de 2011, la Tunisie passe par une période conjoncturelle dont les bilans sont difficilement mesurables. Il y a eu des acquis démocratiques notables avec une nouvelle constitution reconnaissant l'égalité en droits et en devoirs à tous les citoyens et les citoyennes et l'égalité entre les hommes et les femmes, une liberté d'expression et d'opinion, une reconnaissance des partis politiques, une meilleure implication de la société civile et un paysage médiatique actif. Toutefois, la paix sociale se trouve exposée à de nombreuses menaces liées aux difficultés de gouvernance, à l'inertie économique, aux mouvements continus de contestations et de revendications en rapport avec la non résolution des problèmes d'injustice sociale, de déséquilibre régional et du chômage des jeunes. Cette situation a engagé le pays dans un environnement d'incertitude et d'instabilité qui s'est répercuté négativement sur la performance de l'Etat et a provoqué chez la population de sérieuses préoccupations sur la capacité de l'Etat à assumer son rôle régulateur, à faire respecter les droits, à relancer la dynamique sociale et à entreprendre des politiques de développement régional orientées vers la lutte contre les inégalités spatiales, économique et sociales.

Sur le plan économique, la situation est difficile du fait de la faible croissance économique liée au ralentissement sans précédent des principaux moteurs économiques et à la forte augmentation des dépenses publiques, notamment les salaires qui accaparent une partie importante du budget de l'état. L'impact de cette situation s'est traduit par le maintien des déficits budgétaires et courants à des niveaux élevés comme en témoignent les indicateurs économiques et les finances publiques : faible croissance économique avec un taux de 1% en 2016 contre 3,7% en 2010, une dette publique qui a grimpé à 66,9% du PIB en 2017 contre 60,3% en 2016, une chute continue du dinar tunisien face à la devise étrangère et un taux d'inflation de 5,7% en 2017 malgré la politique de compensation.

Aussi, la Tunisie connaît aujourd'hui une crise qui risque de mettre en péril sa transition socio-économique jusque-là équilibrée et harmonieuse. En effet, la reprise semble être lente en raison des difficultés relevées dans l'élaboration d'une vision consensuelle de la Tunisie de demain et de l'absence d'accord sur les réformes essentielles à engager.

Sur le plan social, la Tunisie a enregistré des progrès notables en matière de droits sociaux et les politiques éducatives, sanitaires et sociales entreprises ont permis une remarquable amélioration des indicateurs sociaux et un déclin du taux de pauvreté. En matière d'éducation et de santé, l'accès universel à l'école primaire et aux services de santé préventifs ou curatifs est garanti et ne comporte aucun critère discriminatoire basé sur le genre, le statut social ou l'opinion politique. L'égalité des chances hommes-femmes et l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard de la femme font l'objet d'une attention particulière à travers plusieurs programmes et plans qui ne cessent de se développer comme en témoigne la position de la Tunisie en tête des pays arabes et 2^{ème} en région MENA en terme d'égalité homme-femme pour l'année 2017⁶.

Les résultats de l'enquête nationale sur le budget, la consommation et le niveau de vie de 2015⁷ montrent que les dépenses de consommation effectuaient par personne et par ménage s'établissent respectivement à 3 871 et 15 561 DT par an contre 2 601 et 11 286 DT en 2010, soit des progressions de 48,8% et de 37,8% sur la période 2010-2015. Pour sa part, le taux de pauvreté s'est inscrit à la baisse depuis de nombreuses décennies passant de 40% en 1970 à 23,1% en 2005 et 15,2% en 2015. Celui de la pauvreté « qualifiée sévère ou extrême » est estimé à 2,9% en 2015 contre 7,4% en 2005⁸. Malgré ces acquis, bien que l'indice d'inégalité de GINI⁹ pour l'année 2015 est inférieur à celui calculé pour 2005 (tableau 1), des inégalités selon le milieu, les régions et le statut social persistent et le bastion de la misère reste essentiellement rural et particulièrement celui des régions du Nord-Est et du Centre-Est (tableau 2).

Tableau 1 : Indice d'inégalité de GINI selon les régions géographiques

Région	2005	2015	Ecart
Grand Tunis	36,6	31,6	5
Nord Est	32,5	28,9	3,6
Nord Ouest	31,8	29,4	2,4
Centre Est	31,3	30,5	1,3
Centre Ouest	37,0	28,5	8,5
Sud Est	37,3	28,1	9,2
Sud Ouest	34,7	26,2	8,5
National	36	30,9	5,1

Tableau 2 : les dépenses par personnes et par ménage selon le milieu en 2015

Indicateur	National	Communal	Non communal
Dépense par personne (en DT)	3 871	4 465	2 585
Dépense par ménage (en DT)	15 561	17 365	11 264
Pauvreté (en %)	15,2	10,1	26
Pauvreté extrême (en %)	2,9	1,2	6,6
Pauvres	1 693 968		
Extrêmement pauvres	320 938		
Indice de GINI	30,9		

source INS

⁶ The Global Gender Gap Report 2017. World Economic Forum.

⁷ Enquête nationale sur le budget, la consommation et le niveau de vie. INS. 2015

⁸ Enquête quinquennale sur la consommation. INS. 2015

⁹ Un indicateur synthétique pour apprécier les inégalités. Les pays les plus égalitaires ont un indice à 0,2.

En matière de conditions de vie, les investissements dans les programmes sociaux et dans l'infrastructure mis en œuvre ont permis une amélioration effective et sensible des conditions de vie pour l'ensemble de la population dans toutes les régions du pays. Ainsi, le confort sanitaire et le confort des logements se sont nettement améliorés en Tunisie. En 2014, le nombre de ménages était de 2 713 000 avec un nombre moyen de personnes par ménage de 4,09. Une majorité des tunisiens sont propriétaires de leur logement (taux de propriété immobilière en 2014 : 79,2%¹⁰).

Selon les données sur les Indicateurs d'Infrastructure de l'INS¹¹, présentées dans le tableau 3, l'objectif de l'accès universel à l'eau potable et au réseau électrique est en voie d'être atteint, le taux de branchement des ménages au réseau public d'assainissement en milieu urbain dépassait 60% dans tous les gouvernorats et la quasi-totalité de la population vit dans des ménages ayant des installations sanitaires améliorées. De même, les taux d'équipement en réfrigérateur, téléviseur, téléphone fixe ou ordinateur ont progressivement augmenté.

Tableau 3 : Evolution du confort des ménages entre 1994 et 2014

Indicateur	1994	2014
Population desservie en eau potable (en millions)	7,5	10,7 (2013)
Taux de desserte par l'eau potable (%)	84,7	98,2
Taux de branchement des ménages au réseau public d'assainissement dans le milieu urbain (%)	59,9	86,4
Taux de branchement des ménages au réseau électrique dans le milieu communal et le milieu rural (%)	86,8	99,8
Dépenses moyennes par ménage	5 115	15 561
Proportion des ménages ayant un téléviseur (%)		97,6
Nombre d'abonnés aux réseaux téléphoniques fixe et mobile (millions)	0,5	13,7
Densité téléphonique (en lignes pour 100 habitants)	5,3	125,5
Capacité de connexion au réseau international d'Internet (en Gbits)		90
Nombre d'abonnés au réseau Internet (en milliers)		1129

b. Caractéristiques démographiques

La Tunisie comptait, au 1^{er} juillet 2016, 11 304 500 habitants avec un sex ratio de 0,99¹². Les naissances enregistrées étaient au nombre de 222 530, les décès de 65 743 et les mort-nés de 2 268, soit un taux de natalité de 20,5‰ et un taux brut de mortalité de 5,7‰. La croissance démographique ne cesse de diminuer passant de 1,96 en 1990 à 1,1% en 2016. L'Indice Synthétique de fécondité (ISF) est de 2,05 et l'Espérance de vie à la naissance a atteint 74,5 ans.

La population urbaine a atteint 68% enregistrant une augmentation de 8,5 points par rapport à 1990 et la densité démographique moyenne est de 71,4 habitants par Km² avec des écarts allant de 3,9 habitants par Km² au gouvernorat de Tataouine à 3727 habitants par Km² dans le gouvernorat de Tunis.

La pyramide des âges montre un vieillissement de la population avec 12,2% de personnes de 60 ans ou plus en 2016. Les A&J âgés de 10 à 24 ans représentent 22% de la population totale (2 494 715 A&J) avec un sex ratio de 1,01 dans la tranche d'âge 15-24 ans (tableau 4).

Les projections démographiques prévoient une baisse du taux des A&J à partir de 2030 pour atteindre 15% en 2045. Alors que la proportion des âgés de 60 ans et plus observera une augmentation continue. Elle serait de 17,3% en 2030 et 24,1% en 2045 ; ce qui présage d'une progression conséquente des dépenses de santé. Cette évolution de la pyramide des âges serait liée aux variations de la fécondité, de la mortalité et des migrations.

¹⁰ INS. Recensement 2014. www.ins.tn

¹¹ INS. 2016

¹² INS. 2016

Tableau 4 : Répartition des adolescents et des jeunes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Proportion (en %)
10 – 14	805 398	7,1
15 – 19	801 924	7
20 – 24	887 393	7,8
Total	2 494 715	22

c. Système de santé : Evolution, Organisation, Financement et Performance

Depuis l'indépendance du pays, le système de santé tunisien ne cesse d'évoluer pour mieux adapter sa réponse aux besoins de la population et aux mutations socioculturelles, institutionnelles et structurelles. Ainsi, on distingue particulièrement 4 étapes chronologiques successives de son développement : (i) une première phase d'expansion du système, des années 60 à 70, où l'intérêt se portait sur les systèmes d'offre de soins par le biais de la formation du personnel et le développement de l'infrastructure dans le secteur public, tant au niveau hospitalier (surtout universitaire) qu'au niveau de la première ligne ; (ii) une deuxième phase de généralisation de la couverture sanitaire, au cours des années 80 à 90, également caractérisée par l'accroissement des dépenses de santé (passant de 3,8% à 6,2% du PIB) et par le développement du secteur privé de soins et de l'industrie pharmaceutique locale ; (iii) une troisième période de réforme, des années 90-2010, caractérisée par l'engagement de grands efforts de restructuration des systèmes de santé, d'assurance maladie et d'amélioration de la qualité des services ; et (iv) une quatrième phase engagée en 2012 à travers le lancement du « dialogue sociétal pour les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé » qui vise d'établir des bases solides pour une réforme globale du système de santé tunisien vers la couverture sanitaire universelle et la construction d'une démocratie sanitaire. Ce débat public, mené selon une démarche participative et inclusive, a abouti, dans une première phase, à l'élaboration d'un livre blanc qui est actuellement en train d'être traduit en une politique de santé et en stratégies et plans.

En matière d'organisation, le secteur de santé associe le secteur public, le secteur privé et le secteur parapublic :

- Le secteur public de santé est organisé autour de trois niveaux complémentaires de prestations de soins curatifs et préventifs régulés à l'échelle centrale par le Ministère de la Santé Publique et ses structures déconcentrées et coordonnées à l'échelle régionale par 24 Directions Régionales de la Santé Publique et 24 délégations de l'ONFP couvrant l'ensemble des

gouvernorats du pays. Selon les données de la carte sanitaire de 2015¹³ :

- La première ligne est constituée de 2123 CSB, 35 centres relevant de l'ONFP, 49 équipes mobiles de l'ONFP qui couvrent 350 CSB et 108 hôpitaux de circonscription et maternités périphériques relativement bien répartis géographiquement sur l'ensemble du territoire ;
- Le deuxième niveau est constitué par 32 hôpitaux régionaux, situés généralement aux chefs-lieux des gouvernorats ;
- Le troisième niveau constitué par des structures à vocation hospitalo-universitaires (CHU, Instituts et Centres spécialisés) qui sont au nombre de 35. Elles constituent le deuxième niveau de référence.
- Le secteur privé, en plein essor depuis les années 90-2000, soutient le secteur public en terme d'offre de soins. Il ne cesse de se développer notamment dans les régions du littoral tunisien et dans les grandes villes.

En matière de ressources humaines, le nombre des médecins, en 2016, était 14 507 dont 53% sont des spécialistes soit 130 médecins pour 100 000 habitants¹⁴. Celui des paramédicaux était de 45 624 dont 15575 techniciens supérieurs et 30 049 infirmiers et aides-soignants¹⁵.

Les dépenses totales de santé (DTS) ont fortement augmenté, depuis la création de la CNAM, avec une croissance de 79% entre 2005 et 2010 et de 35% entre 2010 et 2014¹⁶. Cette croissance des DTS s'est faite au rythme du PIB et n'a gagné que moins de deux points en 20 ans (5,14% du PIB en 2005 contre 7% en 2016).

¹³ Carte sanitaire. MS. 2015

¹⁴ CNOM. Tunisie. 2016

¹⁵ Carte sanitaire. MS. 2015

¹⁶ I. Ayadi, A. Abassi. Crise du financement de la santé en Tunisie : quelles solutions pour progresser vers la couverture universelle. 2017 (non publié)

En matière de ventilation de cette dépense, les comptes nationaux de la santé de 2014 montrent une structure de financement comme suit :

- les fonds publics couvrent 58,8% des dépenses (57% proviennent de la CNAM et 43% du budget de l'Etat) ;
- les paiements directs des ménages représentent près de 36,6% ;
- les assurances de groupe, les mutuelles et la médecine d'entreprise et du travail assurent près de 5%.

La performance du secteur de la santé en terme d'efficience, d'équité et de qualité est difficilement mesurable vu l'absence de données systématiques pour évaluer ces dimensions d'offre de soins. Néanmoins, les résultats sont globalement satisfaisants bien qu'il reste encore une marge de manœuvre considérable à exploiter pour atteindre une efficacité tangible, tendre davantage vers l'équité d'accès aux soins et avoir une qualité des services à la hauteur des niveaux requis et attendus.

En effet, on relève une amélioration concrète de l'état de santé du tunisien suite à l'éradication, l'élimination ou la réduction notable des maladies infectieuses ciblées par les programmes nationaux de santé et des niveaux appréciables d'espérance de vie à la naissance (75,1 ans en 2015), de mortalité infantile (15,3‰ NV en 2015) et de mortalité maternelle (44,6 p. 100.000 NV en 2008). De même, on enregistre de nombreux efforts engagés pour améliorer l'accès à des soins de qualité dans les secteurs public et privé à travers la création de l'Instance Nationale d'Accréditation en Santé, l'adoption de nombreux référentiels et guides de prise en charge ainsi que les investissements consentis, dans le cadre de réformes successives, en infrastructure ou en ressources humaines. Toutefois, malgré les améliorations enregistrées, de sérieuses préoccupations persistent en regard de la viabilité à long terme du système de financement de la santé et de sa capacité de répondre aux nouveaux besoins induits par les transitions culturelle, épidémiologique et démographique que traverse le pays.

Méthodes

En se référant à l'approche classique de l'évaluation des plans et programmes de santé publique, le champ retenu pour l'évaluation des programmes de santé ciblant les A&J a porté sur :

- la confirmation de leur pertinence et de leur utilité ;
- l'étude de la cohérence entre les objectifs généraux, spécifiques et opérationnels d'une part et les interventions entreprises d'autre part ;
- l'étude du rendement des programmes en fonction de la disponibilité des données.

Pour mener ces 3 étapes, les questions suivantes ont guidé la revue des programmes de santé adoptée :

- 1/ Quelles préoccupations faut-il cerner pour la revue des programmes de santé ciblant les A&J ?**
- 2/ Quel est l'état de santé et le mode de vie des A&J tunisiens ?**
- 3/ Quel est le cadre juridique et réglementaire de la santé des A&J ?**

4/ Pour chaque domaine de santé retenu :

- 4.1. Quels sont les programmes mis en œuvre pour couvrir le domaine et le degré d'alignement de ces programmes avec les priorités et les besoins des jeunes ?**
 - 4.2. Y-a-t-il des liens logiques entre les objectifs et les interventions et ces liens garantissent-ils l'efficacité du programme ?**
 - 4.3. Quel était le niveau de performance atteint en termes de mise en place d'un cadre de Suivi et évaluation, de degré d'atteinte des objectifs, des effets et des conséquences des programmes entrepris ainsi qu'en termes d'utilisation des méthodes appropriées et efficientes ?**
-
- 5/ Quelles recommandations pour repositionner le domaine/programme ?**

La démarche

1/ Adoption, pour la revue des programmes, de 6 domaines de santé des A&J parmi les 8 définis dans le « Cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA) : Guide pour aider à la mise en œuvre dans les pays » .

Les 6 domaines retenus sont :

- Le développement positif,
- La violence,
- La santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH,
- Les maladies transmissibles,
- Les maladies non transmissibles, nutrition et activité physique,
- La santé mentale, consommation de substances et l'automutilation,

Les domaines relatifs aux « blessures involontaires » et « services de santé ciblant les adolescents en situations humanitaires préoccupantes » ainsi que le vaste cadre des déterminants sociaux de la santé n'ont pas été sciemment abordés vu qu'ils portent au-delà du secteur de la santé, touchent des domaines très vastes et sont plutôt à la charge d'autres départements que celui de la santé¹⁸. Le secteur de la santé intervient pour apporter les soins aux victimes y compris les soins essentiels de SSR.

Le cadre d'action mondiale pour la santé des adolescents sus-cité prend en compte huit préoccupations de santé des A&J :

- 1/** Le développement positif,
- 2/** Les blessures involontaires,
- 3/** La violence,
- 4/** La santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH,
- 5/** Les maladies transmissibles,
- 6/** Les maladies non transmissibles, nutrition et activité physique,
- 7/** La santé mentale, consommation de substances et l'automutilation,
- 8/** Les services de santé ciblant les adolescents en situations humanitaires préoccupantes.

2/ Revue documentaire du cadre juridique et réglementaire de la santé des jeunes ;

3/ Revue des données disponibles sur l'état de santé et les modes de vie des A&J tunisiens ;

4/ Revue des programmes nationaux de santé selon l'approche sus-citée tout en mettant l'accent sur le degré d'intégration dans ces programmes des interventions avérées en matière de santé des A&J ;

5/ Organisation de rencontres avec les responsables des programmes et 3 focus groupes (1 avec des représentants de la société civile et 2 avec des professionnels de la santé) pour compléter les données de la revue documentaire notamment sur les mesures de soutien engagées lors de la mise en œuvre des programmes (formation, renforcement des capacités institutionnelles, répartition des responsabilités et mécanismes de coordination, etc.) et sur les blocages à lever ;

6/ Organisation d'un atelier national pour : discuter l'ébauche de la revue des programmes de santé ciblant les adolescents et les jeunes, cerner les insuffisances et aboutir à un consensus sur les enjeux et les priorités et déterminer les orientations stratégiques et les interventions prioritaires ;

7/ Proposition d'un cadre conceptuel pour mieux cerner les propositions à formuler relatives aux domaines, approches et cibles des programmes de santé des A&J et mieux identifier les leviers de leurs succès.

¹⁸ Les déterminants sociaux de la santé sont les « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ». OMS.





Chapitre | 1 |

Principales dispositions du cadre juridique de la santé des A&J (10 – 24 ans)

Les lois citoyennes s'appliquent en règle générale à toutes les tranches d'âge, à l'exception de certaines qui sont spécifiques à un cadre donné, à une situation particulière (code de protection de l'enfance, code du travail, etc.). Etre adolescent ou jeune donne-t-il lieu, en matière de santé, à des droits particuliers ou des obligations particulières ?

Pour répondre à cette question, nous passerons en revue dans ce chapitre, les principales dispositions juridiques et réglementaires régissant la santé des A&J tout en se focalisant sur la constitution tunisienne et la loi n° 95-92 du 9 novembre 1995 relative à la publication du code de protection de l'enfant¹⁹ qui reste le texte le plus spécifique, bien que limité à l'âge de 18 ans.

LA SANTÉ DES A&J DANS LA CONSTITUTION TUNISIENNE, LES TRAITÉS INTERNATIONAUX RATIFIÉS PAR LA TUNISIE ET LE CODE DE PROTECTION DE L'ENFANCE

1/ Le droit à la santé objet de l'article 38 de la constitution précise que « La santé est un droit pour chaque être humain. L'État garantit la prévention et les soins sanitaires à tout citoyen 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, tel que prévu par la loi ». Ce droit fondamental était déjà porté par la ratification de la Tunisie du **Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels** (signé le 30 avril 1968 et ratifié le 18 mars 1969) et, de façon bien plus restrictive, par la **Loi n°91-63 du 29 juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire** dans son article premier « Toute personne a droit à la protection de sa santé dans les meilleures conditions possibles ».

Il est à noter que, selon l'observation générale n° 14 (2000) du comité des droits économiques, sociaux et culturels²⁰, chargé du suivi de la mise en œuvre du Pacte, « le droit à la santé est global et comprend non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre

et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et reproductive». Un autre aspect important a été souligné, il s'agit de la participation de la population à la prise de toutes les décisions de santé aux niveaux communautaire, national et international. Cette approche donne au droit à la santé une dimension multisectorielle qui nécessite la mise en place des structures et des mécanismes capables de garantir l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

Dans la même observation, le comité précise que le droit à la santé applique en outre les principes de :

a. Disponibilité : existence, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé y compris les éléments fondamentaux déterminants de la santé tels que l'eau salubre et potable et des installations d'assainissement appropriées, etc.

¹⁹ Loi n°95-92 du 09 novembre 1995, relative à la publication du code de la protection de l'enfant, tel que modifiée et complétée par la loi n°2000-53 du 22 mai 2000, la loi n° 2002-41 du 17 avril 2002 et la loi n° 2010-41 du 26 juillet 2010

²⁰ Observation générale N°41(2000) : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. http://www.who.int/medicines/areas/human_rights/fr/

- a. Accessibilité** à toute personne et dans les quatre dimensions : Non-discrimination, Accessibilité physique, Accessibilité économique, Accessibilité de l'information ;
- b. Acceptabilité** : installations, biens et services respectueux de l'éthique médicale et de la culture des individus, des peuples et des communautés ;
- c. Qualité** : des services scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.

2/ Le droit au développement des potentialités objet de l'article 8 qui stipule que « La jeunesse est une force active dans la construction de la patrie. L'État assure les conditions propices au développement des capacités de la jeunesse et à la mise en œuvre de ses potentialités. Il encourage les jeunes à assurer leurs responsabilités et à élargir leur contribution au développement social, économique, culturel et politique». C'est en effet, à l'âge de 18 ans, en pleine adolescence, qu'on commence à exercer son droit de vote, qu'on atteint la majorité juridique, que les garçons ont le droit de se marier. Autant d'actes qui enclenchent l'accession au statut d'adulte, alors qu'on est encore pour la médecine, la sociologie, la psychologie, enfant ou alors adolescent !.

3/ Le droit à la justice sociale, égalité des chances et à la dignité évoqué dans l'article 21 : «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 et aux citoyennes les libertés et les droits individuels et collectifs. Il leur assure les conditions d'une vie digne.» Les A&J, adultes en devenir, demeurent parmi la tranche la plus sensible de la

population aux notions de justice sociale, d'égalité des chances et de droit à la dignité. Ils sont très concernés par la concrétisation des valeurs universelles et la reconnaissance de leurs aspirations à un idéal social d'égalité et de justice. Ils seront les premiers à se prévaloir de ces droits pour se construire. D'ailleurs **le code de protection de l'enfant (CPE)** reprend dans son article premier la référence aux valeurs universelles de droit de l'homme et consacre son **article 10** à la notion de liberté d'opinion et d'expression y consacrant un espace particulier qu'est le parlement de l'enfant²¹. De même, la loi d'orientation n°2005 du 15 août 2005 relative à la promotion et à la protection des personnes handicapées, assure aux personnes handicapées l'exercice de tous leurs droits civiques, politiques, économiques, sociaux, culturels...

4/ Le droit des personnes handicapées garanti par l'article 45 : « L'État protège les personnes handicapées de toute discrimination. Tout citoyen handicapé a le droit de bénéficier, selon la nature de son handicap, de toutes les mesures qui lui garantissent une pleine intégration dans la société. L'Etat se doit de prendre toutes les mesures nécessaires à la réalisation de cela ». De même la Tunisie a ratifié le 2 avril 2008, la **Convention relative aux droits des personnes handicapées** et a repris dans **l'article 17 du CPE** que « L'enfant handicapé mental ou physique a droit, en plus des droits reconnus à l'enfance, à la protection et aux soins médicaux ainsi qu'à un degré d'enseignement et de formation qui consolide son auto-prise en charge et facilite sa participation active à la vie sociale ». Des mesures et autres programmes relatifs à la prévention du handicap et à la prise en charge des personnes atteintes font l'objet de divers textes spécifiques.

²¹Tel que mis en application par la modification de la loi n°2002-41 du 17 avril 2002

- 5/** D'autres droits soulevés par la constitution tunisienne toucheront particulièrement les A&J pour leur permettre de se retrouver dans un monde d'adulte particulièrement contraignant pour eux et qui peut être perçu comme injuste ou persécutant :
- a. **Art. 22 – Le droit à la vie** est sacré. Il ne peut y être porté atteinte, sauf dans des cas extrêmes fixés par la loi. En conformité avec cet article, les programmes spécifiques de santé mentale à l'adresse des adolescents méritent d'être renforcés pour la prévention du suicide.
 - b. **Art. 23 – L'État protège la dignité de l'être humain et son intégrité physique** et interdit la torture morale ou physique. Le crime de torture est imprescriptible. Cette protection contre la maltraitance est reprise dans l'**article 24 du CPE**.
 - c. **Art. 24 – L'État protège la vie privée**, l'inviolabilité du domicile et le secret des correspondances, des communications et des données personnelles. Le droit au respect de la vie privée est repris par l'**article 6 du CPE**.
 - d. **Art. 32 – L'État garantit le droit à l'information** et le droit d'accès à l'information. L'État œuvre en vue de garantir le droit d'accès aux réseaux de communication.
 - e. **Art. 39 – L'instruction est obligatoire jusqu'à l'âge de seize ans.** « L'État garantit le droit à l'enseignement public et gratuit à tous ses niveaux et veille à mettre les moyens nécessaires pour réaliser la qualité de l'éducation, de l'enseignement et de la formation ». Ce droit est repris par le CPE et confirmé par la **Loi d'orientation n° 2002-80 du 23 juillet 2002 relative à l'éducation et à l'enseignement scolaire** (modifiée par la Loi n°2008-

9 du 11 février 2008 qui a entre autre introduit la formation professionnelle par alternance).

- f. **Art. 40 – Tout citoyen et toute citoyenne a droit au travail** dans des conditions favorables et avec un salaire équitable.
- g. **Art. 42 – Le droit à la culture** est garanti. Ce droit aux loisirs et à la culture fait d'ailleurs l'objet de l'**article 31 de la convention internationale des droits de l'enfant ratifiée par la Tunisie**.
- h. **Art. 43 précise que : « L'État encourage le sport** et s'emploie à fournir les moyens nécessaires à l'exercice des activités sportives et de loisir ». Ce droit aux loisirs et à la culture fait d'ailleurs l'objet de l'**article 31 de la convention internationale des droits de l'enfant** ratifiée par la Tunisie et de la **Loi n° 84-63 du 6 août 1984, portant organisation et développement des activités physiques et sportives** qui stipule que « l'éducation physique et le sport, objectifs essentiels de l'Education et de la Culture, participent à la formation, l'intégration, l'épanouissement et le développement des possibilités physiques et intellectuelles du citoyen (art1) ». Il précise également que « la pratique de l'Education Physique Sportive est un droit fondamental pour tous les citoyens (art 2) » et que « tout élève doit bénéficier, sauf contre-indication médicale, de l'Enseignement de l'Education Physique et Sportive (art 5) ».
- i. **Art. 48 - Les droits de l'enfant sur ses parents et sur l'Etat sont la garantie de la dignité, de la santé, des soins**, de l'éducation et de l'enseignement. L'État se doit de fournir toutes les formes de protection à tous les enfants sans discrimination et selon les intérêts supérieurs de l'enfant.

6/ Des notions plus particulières énoncées dans la constitution peuvent intéresser en premier lieu les A&J, à savoir la protection des droits acquis de la femme (Art. 46) que l'Etat veille à consolider et à promouvoir. L'État prend les mesures nécessaires en vue d'éliminer la violence contre la femme». Ces notions ont d'ailleurs été concrétisées par la promulgation de la **Loi organique n° 2017-58 du 11 août 2017, relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes**; loi portant sur toutes les formes de violence, la lutte, la prévention, la prise en charge, la sanction et la protection. Cette loi vient consolider un arsenal juridique solide en matière des droits de la femme tels que institués par: le **Code du Statut Personnel (promulgué le 13 août 1956)** qui a aboli la polygamie et institué le divorce judiciaire ; le **Décret n°73-2 du 26 septembre 1973** qui a accordé le droit à l'interruption volontaire de la grossesse, l'Article 227 du code Pénal (Modifié par la **loi n°85-9 du 7 mars 1985 et la loi n° 89-23 du 27 février 1989**) qui a interdit le viol dans le mariage ainsi que la protection spécifique contre les sévices sexuels et autres attentats à la pudeur qui a été instaurée par le CPE, mais de façon indiscriminée vis-à-vis des filles et des garçons.

7/ Les dispositions de protection prises par le CPE. vis-à-vis de diverses situations de vulnérabilité sont telles qu'elles ont été accompagnées par une modification du code pénal. A titre d'illustration, l'article 2 garantit à l'enfant le droit de bénéficier des différentes mesures préventives à caractère social, éducatif, sanitaire et des autres dispositions et procédures visant à le protéger de toute forme de violence, ou préjudice, ou atteinte physique ou psychique, ou sexuelle ou d'abandon, ou de négligence qui engendrent le mauvais traitement ou l'exploitation. Il a été traduit par une révision des peines, qui ont été aggravées, quand les victimes sont des enfants et ce par la **loi n° 95- 93 du 9 novembre 1995, modifiant et complétant certaines dispositions du Code pénal**. Des textes spécifiques, tel que **le code du travail (Loi n°66-27 du 30 avril 1966 ainsi que les lois qui la complètent et la modifient)**, confirment ces dispositions protectrices à l'instar de l'article 58 : «Ne peut être inférieur à dix-huit ans l'âge minimum d'admission dans n'importe quel type de travail susceptible, de par sa nature ou les circonstances dans lesquelles il est exécuté, d'exposer la santé, la sécurité ou la moralité des enfants au danger».



LOIS ET RÈGLEMENTS QUI COUVRENT LA SANTÉ DES A&J

En plus des textes sus-cités, un ensemble de lois et règlements régissent les activités et les pratiques en santé des A&J. On se limitera dans cette section à traiter certains d'entre eux :

1/ Prévention et lutte contre les Maladies Transmissibles

- a. Loi n° 92-71 du 27 juillet 1992 relative aux MT précise dans son 1er article que « Nul ne peut faire l'objet de mesures discriminatoires à l'occasion de la prévention ou du traitement d'une maladie transmissible ». Elle stipule également dans l'article 6 que « Tout médecin, lorsqu'il diagnostique ou traite une MT ou susceptible de le devenir doit : informer le patient du genre de la maladie et de ses conséquences possibles, indiquer les dangers de contamination et informer des devoirs du patient ».

2/ Décret du 5 mai 1922, relatif aux vaccinations obligatoires en Tunisie, tel que modifié par le décret n° 76-1097 du 15 décembre 1976. L'Arrêté du Ministre de la Santé Publique du 28 octobre 2005, fixe la liste des vaccinations obligatoires.

3/ Lutte contre le tabagisme

- a. Loi n°2010-9 du 15 février 2010, portant approbation de l'adhésion de la République Tunisienne à la convention-cadre de l'organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac, adoptée à Genève le 21 mai 2003 et le Décret 2010-823 du 20-04-2010 portant ratification de l'adhésion de la république tunisienne à la dite convention.
- b. Loi n° 98-17 du 23 février 1998 relative à la prévention des méfaits du tabagisme dont l'article 7 stipule : « Les manifestations s'adressant à un

public d'enfants ou de mineurs ne doivent pas être accompagnées d'une publicité ou propagande au profit du tabac ou ses produits ».

Décret n° 98-2248 du 16 Novembre 1998 fixant

- c. les lieux affectés à l'usage collectif dans lesquels il est interdit de fumer.

Arrêté du ministre de la santé publique du

- d. 22/12/1998 fixant le modèle de l'indication signalant les endroits dans lesquels il est interdit de fumer.

Arrêté du ministre du transport et de santé

- e. publique du 20 Janvier 1999 fixant les conditions techniques et les modalités d'aménagement des espaces et emplacements réservés aux fumeurs.

Arrêté du ministre de la santé du 20/05/2014

- f. modifiant l'arrêté du 24/02/1999 fixant les modalités d'inscription des mentions qui doivent être portés sur la couverture extérieure des paquets et des emballages contenant des produits de tabac exposés directement au consommateur.

4/ La consommation de stupéfiants :

- a. La Tunisie a signé les conventions internationales sur le sujet :

i. Loi n°64-26 du 28 mai 1964 portant ratification de la convention unique de 1961 sur les stupéfiants.

ii. Loi n°76- 41 du 12 mai 1976 portant ratification du protocole amendant la convention unique sur les stupéfiants de 1961.

iii. Loi n°90-67 du 24 juillet 1990 portant ratification de convention des Nations –Unies contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes.

- b.** Loi n° 2017-39 du 8 mai 2017 modifiant la loi n° 92-52 du 18 mai 1992, relative aux stupéfiants.
- c.** En liaison avec ce danger, il faut évoquer le problème du dopage dans le domaine sportif qui concerne en premier lieu les jeunes. A ce propos, la Tunisie suite à la ratification de la convention internationale y afférente²², a adopté la Loi n° 2007-54 du 8 août 2007, relative à la lutte contre le dopage dans le sport telle que complétée par des textes d'application et dotée d'un organisme spécial : Agence Nationale de Lutte contre le Dopage (ANAD)²³ mise sous la tutelle du ministère de la santé.

5/ Lutte contre l'alcoolisme

- a.** Loi 2004-76 du 2 août 2004 modifiant la loi no 98-14 du 18 février 1998 relative à l'exercice du commerce des boissons alcoolisées à emporter et notamment leur texte d'application, Arrêté du ministre du commerce et de l'artisanat et du ministre de l'intérieur et du développement local du 14 décembre 2006, déterminant les conditions d'octroi et de retrait de l'autorisation d'exercice du commerce des boissons alcoolisées à emporter. Ce texte stipule que « Une distance minimale de trois cents mètres doit séparer le local des sites de culte, des mosquées et des établissements éducatifs, culturels, sociaux, sportifs et de santé ».

- b.** Loi n° 99-71 du 26 juillet 1999, portant promulgation du code de la route et notamment son article 7 et l'ensemble des textes qui l'ont modifiée ou complétée, ainsi que le Décret gouvernemental n° 2016-292 du 1^{er} mars 2016 (modifiant le décret n° 2000-146 du 24 janvier 2000) relatif à la conduite sous l'empire d'un état alcoolique. Le décret concerne l'amendement de l'article 6 relatif au taux d'alcoolémie du conducteur et qui annule toute tolérance pour les jeunes conducteurs²⁴.

6/ Circulaire conjointe n° 112/96 (MSP, ME, MES, MJE) relative au calendrier des principales activités de santé scolaire dans les établissements éducatifs.

7/ Circulaire 85/1991 du MSP relative à la gratuité des activités préventives et de prise en charge de MSU dans les deux secteurs d'éducation public et privé. Cette gratuité couvre également la prise en charge des soins bucco-dentaires et des examens complémentaires prescrits dans le cadre des activités de MSU.

8/ Circulaire n° 11 du 22 janvier 2002 relative à la gratuité du dépistage et du traitement de la tuberculose.

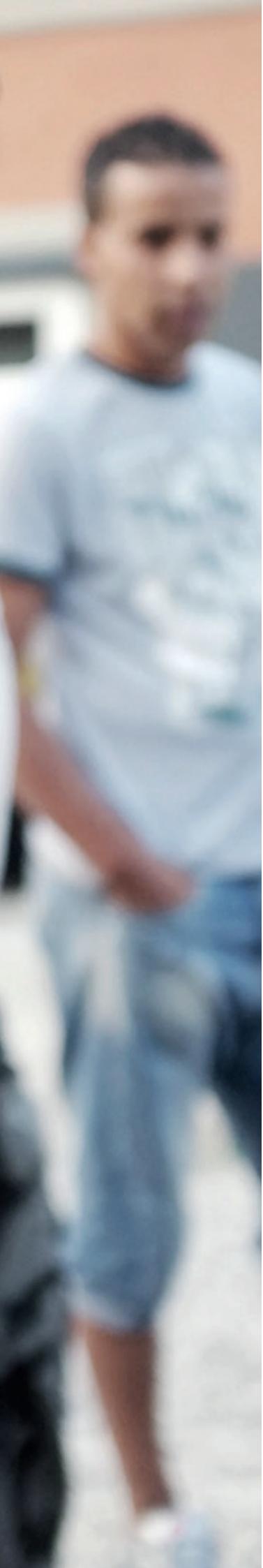
9/ Circulaire 104 du 10 décembre 2010 qui généralise le dépistage du VIH chez les tuberculeux.

²² Loi n° 2006-61 du 28 octobre 2006, portant approbation de la convention Internationale contre le dopage dans le sport.

²³ Décret n° 2008-103 du 16 janvier 2008, fixant l'organisation ainsi que les modalités de fonctionnement de l'agence nationale de lutte contre le dopage tel que modifié et complété par le décret n°829-2010 du 20 avril 2010

²⁴ Article 6 (nouveau) - Un conducteur est considéré sous l'empire d'un état alcoolique, lorsque les résultats des vérifications effectuées conformément aux dispositions de l'article 3 du présent décret gouvernemental, font apparaître la présence dans le sang, d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à 0.3 gramme par litre. Le taux d'alcool pur dans le sang est réduit à 0.0 gramme par litre pour : - les conducteurs stagiaires, etc.





Chapitre |2|

Etat de santé des jeunes

Des études nationales récentes (Enquête nationale auprès des jeunes âgés de 15-19 ans de 2005, Enquêtes nationales sur les anémies de 1996 et 2002, MedSPAD de 2013, Tunisian Health Examination Survey de 2016 ou GYTS-Tunisie de 2017, etc.) ont fourni des données détaillées sur certaines dimensions de la santé des A&J

en Tunisie ainsi que des éclairages sur leurs besoins et sur l'efficacité de la réponse à leurs demandes. Nous synthétisons dans cette section les principales causes de mortalité et les tendances des comportements et de la morbidité chez les A&J.

MORTALITÉ DES A&J

Le total des décès des A&J en Tunisie était de 1800 en 2006 et 1393 en 2011²⁵. Il représentait respectivement 3,15% et 2,2% de la mortalité générale enregistrée à la même période et des taux de mortalité chez les A&J respectivement de 0,59‰ en 2006 et 0,5‰ en 2011 (tableaux 5 et 6).

Selon les données de l'INS de 2013, la mortalité des A&J serait la source de 89 374 années de vie perdues (AVP) en 2011 soit 22,8% du total des AVP enregistrés à la même année.

Les données du système national d'information des causes médicales de décès pour l'année de 2013²⁶, relèvent que les cinq principales causes de décès dans la tranche d'âge 5-14 ans étaient les maladies du système nerveux et des organes du sens, les tumeurs malignes,

les causes extérieures de mortalité (accident, noyades, intoxications accidentelles, etc.), les maladies de l'appareil respiratoire et les malformations congénitales et les anomalies chromosomiques. Alors que dans la tranche d'âge 15-24 ans, les cinq principales causes de décès étaient : les causes extérieures de mortalité (accident, etc), les lésions traumatiques et les empoisonnements, les tumeurs malignes, les maladies de l'appareil respiratoire et les maladies du système circulatoire (tableau 7). Par ailleurs, ces données nationales ne peuvent être comparées à celles de l'OMS vu que le système national d'information des causes médicales de décès utilise une classification différente. Selon le rapport de l'OMS, plus de 3000 adolescents (10-19 ans) meurent chaque jour, soit 1,2 million de décès par an presque tous évitables²⁷.

²⁵ LINS

²⁶ Le système national d'information des causes médicales de décès. Entraves spécifiques, synthèse des principaux résultats de 2013 et perspectives. INSP. 2015

²⁷ Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation

Tableau 5 : Nombre et taux de mortalité des adolescents et jeunes en 2006 et 2011 selon la tranche d'âge

	2006		2011	
	Nombre	Taux %	Nombre	Taux %
10 -14 ans	448	0,48	320	0,39
15 – 19 ans	611	0,57	308	0,33
20 – 24 ans	741	0,71	665	0,62
Total	1800	0,59	1393	0,5

source INS

Tableau 6 : Pourcentage des décès des adolescents et jeunes par rapport à la mortalité générale (INS)

	2006 (%)	2011 (%)
10 -14 ans	0,78	0,5
15 – 19 ans	1,07	0,4
20 – 24 ans	1,30	1
Total	3,15	2,2

Tableau 7 : Les principales causes de la mortalité chez les adolescents et jeunes en Tunisie, 2013

Groupes d'âge	5-14 ans	Groupes d'âge	15-24 ans
Causes de décès	%	Causes de décès	%
Maladies du système nerveux et des organes du sens	18,7	Causes extérieures de mortalité (accident...)	25,0
Tumeurs malignes	15,8	Lésions traumatiques et empoisonnements	18,6
Causes extérieures de mortalité (accident...)	14,0	Tumeurs malignes	14,3
Maladies de l'appareil respiratoire	8,8	Maladies de l'appareil respiratoire	8,6
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	7,6	Maladies du système circulatoire	6,8
Total	64,9	Total	73,3

Source : système national d'information des causes médicales de décès

Les modes de vie et les maladies

L'ensemble des données recueillies révèlent que les A&J sont confrontés à des problèmes de santé importants et de multiples facteurs nocifs pour leur santé (tableau 8) :

- Un A&J sur 4 se déclare en bonne santé physique, un sur deux en bonne santé mentale et plus de 57% déclarent vivre mal la période d'adolescence. Leurs principales craintes liées à la santé sont le cancer, l'accident, le VIH-SIDA et les maladies cardio-vasculaires.
- Les maladies chroniques sont assez fréquentes dans cette population et leur morbidité ne cessent de croître au cours des dernières décennies : 2,3% des âgés de 15-24 ans sont diabétiques, 9,5% sont hypertendus, 21,5% ont des dyslipidémies, plus de 3% présentent une dépression et plus de 2% présentent une maladie rhumatismale chronique. Les données populationnelles sur d'autres pathologies connues assez fréquentes chez les A&J, telles que les allergies ou les maladies de la peau ne sont pas disponibles.
- Les pathologies courantes et les traumatismes sont également aussi répandus : près de 40% ont des troubles de la vue, 15% des affections bucco-dentaires, 1% présentent une pneumopathie et 5% sont victimes de traumatismes liés aux accidents.
- Un grand nombre des A&J vivent une détresse psychologique du fait des difficultés scolaires, familiales, sociales ou professionnelles qui s'est traduit par des pratiques d'automutilation pour 7,3%, des idées suicidaires pour 17% ou même une tentative de suicide pour 5%.
- L'expérimentation et l'usage régulier de la cigarette, de l'alcool, des substances psychoactives illicites et des drogues sont élevés et ont une tendance à la hausse: à l'âge de 17 ans, près d'un A&J sur sept fume, un sur vingt consomme l'alcool et un sur vingt-cinq consomme des substances psychoactives et/ou des drogues. Pour l'ensemble de ces consommations, c'est entre 20 et 24 ans que les taux d'usage sont les plus élevés.
- La progression du surpoids et de l'obésité n'épargne pas les A&J et les conduites alimentaires saines ainsi que l'activité physique semblent ne pas susciter leur intérêt : l'obésité touche plus de 10% des A&J, le surpoids plus de 23% et ces derniers ne consomment en moyenne que 2 légumes et 2 fruits par jour. Par contre leur consommation quotidienne de sucres (40 g/j), de substances grasses et de sel (10 g/j) ne cessent de croître. Par ailleurs, le taux de pratiques d'activités physiques non compétitives n'est que de 31% pour les âgés de 15 à 19 ans et 17,5% pour les âgés de 20 à 24 ans.
- En matière de sexualité et de contraception, l'âge médian du premier rapport sexuel est de 17 ans et 13,5% des filles et 52,5% des garçons du groupe d'âge 15-24 ans avaient déjà des rapports sexuels²⁸. Cette initiation précoce à la vie sexuelle contraste avec des connaissances faibles en matière de SSR/VIH, une faible utilisation des préservatifs : 60% des A&J sexuellement actifs n'ont pas utilisé des méthodes de protection et 87% des adolescents entre 14 - 19 ans affirment ne pas recevoir d'éducation sexuelle.

²⁸ ONFP. 2009

Par ailleurs, l'étude de l'INSP de 2005 relève des inégalités sociales (selon le genre et la scolarité) en matière de santé des adolescents : les prévalences de la surcharge pondérale, de l'obésité abdominale, de la pression artérielle élevée et de l'hypertension sont plus élevées chez les filles non-scolarisées que chez les filles scolarisées. Chez les garçons, la pression artérielle était plus élevée chez les non scolarisés. De même, la proportion d'adolescents ayant un régime alimentaire de bonne qualité, la pratique de sport en dehors de la marche étaient plus élevées chez les scolarisés alors que le niveau de stress perçu était plus élevé chez les non-scolarisés.

L'ensemble de ces données plaide pour une évaluation de la charge de morbidité de ces pathologies et pour une évaluation des facteurs protecteurs psychosociaux, comportementaux et émotionnels ainsi que celle des charges attribuables et évitables des facteurs nocifs pour mieux apprécier les priorités d'interventions et élaborer les stratégies de prévention.

Tableau 8 : Les indicateurs de santé et de comportements des adolescents et jeunes tunisiens selon les tranches d'âge dans les enquêtes nationales

Indicateur	Taux, source* et tranche d'âge**
Perception du Bien-être	
Bien-être mental et social	30,8 ² (B)
Bonne santé physique	72% ³ (D)
Bonne santé mentale	35,9% ² (B)
Vivre difficilement la période de l'adolescence	56,7% ⁴
Idées suicidaires	17,3% ¹ (B) - 13,8% ¹ (D)
Traumatisme et maladies	
Affections bucco-dentaires	15,1% ¹ (B) - 14,9% ¹ (D)
Dyslipidémies	21,5% ¹ (C)
Obésité	10,2% ¹ (B) - 11,9% ¹ (D)
Anémie	24% ¹ (B) - 29,4% ¹ (D)
Troubles de la vision de près	23,8% ¹ (B) - 22,6% ¹ (D)
Troubles de la vision de loin	15,7% ¹ (B) - 22,3% ¹ (D)
Pneumopathie	1% ¹ (C)
Diabète	2,3% ¹ (C)
HTA	9,5% ¹ (C)
Maladies rhumatismales chroniques	1,48% ¹ (B) - 3,62% ¹ (D)
Dépression	2,1% ¹ (B) - 5% ¹ (D)
Traumatisme suite à un AVP	2,2% ¹ (B) - 3,1% ¹ (D)
Traumatisme suite à un accident autre que l'AVP	3,3% ¹ (B) - 2,5% ¹ (D)
Tentatives de suicide	7,1% ¹ (B) - 5,4% ¹ (D)

Les modes de vie	
Consommation moyenne de légumes	1,8 ¹ (B) - 1,9 ¹ (D)
Consommation moyenne de fruit	1,7 ¹ (B) - 1,6 ¹ (D)
Proportion des garçons ayant eu des rapports sexuels	52,5% ⁵ (D)
Proportion des filles ayant eu des rapports sexuels	13,2% ⁵ (D)
Tabac (cigarettes chez les garçons)	54,5% ¹ (B) – 51,1% ¹ (D)
Tabac (cigarettes chez les filles)	1,5% ¹ (B) - 2,2% ¹ (D)
Alcoolisme	5,8% ² (B)
Toxicomanie (une ou plusieurs substances)	11,6 ² (B)
Colle	3,8% ² (B)
Psychotropes	3% ² (B)
Cannabis	3,8% ² (B)
Cocaïne	0,4% ² (B)
Ecstasy	1,4% ² (B)
Cyber addiction	50% ² (B)
Activité physique de loisir	31,6% ¹ (B) - 17,5% ¹ (D)
Recours aux soins	
Recours aux médecins généralistes	37,8% ¹ (B) - 33,1% ¹ (D)
Recours aux spécialistes	29,9% ¹ (B) - 35,5% ¹ (D)
Recours aux dentistes	14,4% ¹ (B) - 19,4% ¹ (D)
Le non recours aux soins	15,6% ¹ (B) - 14,4% ¹ (D)

* Enquêtes nationales : (1) : Tunisian Health Examination Survey 2016, (2) : MedSPAD II 2017, (3) : Enquête nationale auprès des jeunes âgés de 15-19 ans. 2005, (4) : Enquête nationale sur des jeunes scolarisés. 2000, (5) : ONFP

** Pour une meilleure présentation des données exposées dans le tableau, nous avons désigné les tranches d'âge ciblées dans les études par des lettres alphabétiques comme suit : (A) : 13-15 ans ou 15-17 ans ; (B) : 15-19 ans ; (C) : 15-24 ans ; (D) : 20-24 ans

Le dispositif institutionnel / partenariat

Les intervenants, dans la promotion de la santé des A&J, relevant du Ministère de la Santé sont nombreux. Il s'agit particulièrement de :

- **La Direction Générale de la Santé²⁹** qui a pour mission le contrôle et la coordination des services techniques du Département ainsi que des activités médicales, juxtamedicales et paramédicales des Directions Régionales de la Santé Publique³⁰. Les services techniques du département impliqués dans la promotion de la santé des A&J sont notamment : la Direction des Soins de Santé de Base, la Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire, la Direction de l'Hygiène du Milieu et de la Protection de l'Environnement, l'Unité de promotion de la santé bucco-dentaire ou l'unité de recherche. A côté de ces services techniques centraux, la DGS coordonne avec d'autres institutions, sous tutelle du ministère de la santé, l'offre de prestations sanitaires aux A&J tels que l'ONFP, l'INSP ou l'INNTA.
- **La Direction des Soins de Santé de Base** chargée notamment : d'élaborer et de suivre la mise en œuvre, avec la collaboration des Directions Régionales de la Santé Publique et en coordination avec les directions techniques et les institutions concernées, des programmes nationaux de santé publique, de veiller à la promotion des services de santé de base au niveau de la première ligne en vue de rapprocher les soins de médecine préventive et curative des citoyens. Elle a pour mission également d'assurer la tutelle technique de ces services, d'élaborer les programmes éducatifs et d'évaluer leur impact sur le comportement de la population.
- **La Direction de Médecine Scolaire et Universitaire** chargée notamment : de la conception et de la programmation des actions de prévention, de dépistage et des traitements prophylactiques menées auprès de la population préscolaire, scolaire et universitaire ; et de la programmation, la réalisation et l'évaluation de l'éducation sanitaire dans ces milieux en collaboration avec les organismes et les services intéressés. A l'échelle locale, les prestations de MSU sont assurées par les mêmes équipes qui réalisent les activités curatives et préventives au niveau des centres de santé de base, en réservant une à deux journées par semaine à la santé scolaire et universitaire.
- **L'Office National de la Famille et de la Population** qui a pour mission³¹ notamment de : suivre avec les institutions concernées, la réalisation des objectifs nationaux en matière de politique démographique et de politique de la famille ; veiller à mettre à la disposition des citoyens les moyens d'information, d'éducation et d'intervention appropriés conformément aux dispositions de la loi ; d'entreprendre en collaboration avec les structures concernées des actions de formation et de recyclage à l'intention du personnel sanitaire, social et éducatif.
- **La Direction de l'Hygiène du Milieu et de la Protection de l'Environnement** qui contribue au contrôle de l'environnement des A&J et à leur éducation sanitaire dans les domaines relevant de ses attributions : contrôle sanitaire des eaux ; contrôle de l'hygiène dans les établissements ouverts au public, dans les établissements hospitaliers publics et privés ; contrôle de la lutte contre les insectes vecteurs de maladies ou santé environnementale.
- **L'Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire³²** chargé d'assurer la prévention, l'exploration et le traitement des maladies nutritionnelles ; d'assurer la surveillance de l'état nutritionnel de la population ; d'assurer l'éducation et la vulgarisation nutritionnelle et de participer aux études et travaux relatifs à la planification alimentaire et nutritionnelle.

²⁹Décret N° 80-488 du 2 mai 1980, portant création de l'emploi de directeur général de la santé publique.

³⁰Décret n° 81-793 du 9 juin 1981, portant organisation des services de l'administration centrale du ministère de la santé publique, tel que modifié et complété le décret n° 2014-3939 du 24 octobre 2014.

³¹ Loi n° 84-70 du 6 août 1984 portant création de l'Office National de la Famille et de la Population

³² Décret n° 93-1104 du 3 mai 1993, fixant l'organisation administrative et financière ainsi que les modalités de fonctionnement de l'institut national de nutrition et de technologie alimentaire.



- **L'unité de Promotion de la Santé Bucco-Dentaire** qui est chargée d'élaborer une stratégie globale visant à promouvoir la santé bucco-dentaire, de définir les objectifs et de préparer les mécanismes, les procédures et les programmes pour leur réalisation³³ (programmes de communication et d'information, systèmes de qualité dans les services de soins de la médecine dentaire, programmes de formation et de réadaptation, etc.).
- **L'Institut National de la Santé Publique** qui a permis ces missions³⁴ de contribuer à la conception des stratégies sanitaires et des modèles d'organisation et de gestion des services de santé, et les évaluer en vue de leur application sur une large échelle et d'effectuer toute étude concernant les problèmes de santé publique dont il pourrait être chargé par le ministère de la santé.

Pour l'élaboration et la mise en œuvre de ses programmes, le dispositif institutionnel s'appuie sur la collaboration avec les autres départements concernés, la société civile, des organismes onusiens et d'autres partenaires internationaux et ce dans le cadre de protocoles de partenariat. La réalisation, le suivi et l'évaluation sont confiés :

- au niveau régional, aux 24 directions régionales de la santé publique qui assurent la gestion, la mise en œuvre et le suivi des programmes de santé ainsi qu'aux 24 délégations régionales de l'ONFP ;
- au niveau local, aux circonscriptions sanitaires qui assurent la coordination de l'ensemble des activités de première ligne de soins de santé de base, de la santé scolaire et universitaire et d'hygiène du milieu tout en accordant un intérêt au volet préventif et de sensibilisation.

Les domaines d'intervention des institutions en matière de santé des A&J, tels que identifiés lors de la revue des programmes de santé et des débats de l'atelier national sont présentés dans le tableau 9.

³³ Décret n° 2014-3939 du 24 octobre 2014 complétant le décret n° 81-793 du 9 juin 1981, portant organisation des services de l'administration centrale du ministère de la santé publique.

³⁴ Décret n° 93-1524 du 9 juillet 1994, fixant la mission, les attributions, l'organisation administrative et financière ainsi que les règles de fonctionnement de l'Institut, National de la Santé Publique.

Tableau 9 : Les intervenants en matière de santé des jeunes et adolescents en Tunisie

Domaine	Intervention	Intervenant	Départements et institutions nationales					Partenaires internationaux			Autres	
			DSSB	ONFP	DMSU	Autres MS	Autres départements	Société civile	OMS	UNICEF	UNFPA	
Développement positif	Services de santé adaptés aux adolescents	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Promotion de la santé en milieu scolaire			x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Interventions d'hygiène et de nutrition	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Services de protection des enfants	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Interventions en matière de cybersanté											
	Education sanitaire	x	x				x	x	x	x	x	x
	Participation des adolescents						x	x	x	x	x	x
	Education parentale											
Blessures involontaires	Interventions pour promouvoir les compétences		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Cadre juridique pour la consommation de l'alcool					x	x					
	Sécurité routière						x					
	Soins pré-hospitaliers et hospitaliers					x						
	Prévention des noyades						x					
	Prise en charge des adolescents présentant des blessures involontaires					x						
Violence	Conception et amélioration de l'infrastructure						x					
	Normes de sécurité des véhicules						x					
	Mise en œuvre et application des lois	x					x	x	x	x	x	x
	Lutte contre les inégalités sexuelles	x					x	x	x	x	x	x
	Environnements sécurisés						x					
	Soutien des parents											
Santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH	Renforcement des capacités économiques des jeunes						x	x				
	Prise en charge et soutien	x	x	x			x		x	x	x	x
	Éducation et compétences de vie		x	x			x		x	x	x	x
	Education sexuelle	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Information, conseil et services de SSR	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Prévention et réponse aux pratiques préjudiciables						x					
Santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH	Soins périnataux et soins après avortement adaptés		x				x					
	Prévention, détection et traitement des IST/VIH	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Prise en charge complète des enfants vivant avec ou exposés au VIH	x					x	x				

Maladies transmissibles	Prévention, détection et traitement des maladies transmissibles	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Vaccinations courantes	x		x							
	Prévention et gestion des maladies infantiles	x		x	x	x					
	Prise en charge de la méningite	x	x		x	x					
Maladies non transmissibles, nutrition et activité physique	Tabac – Nutrition - Activité physique – Alcool – Drogues	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x
	Prévention, détection et traitement des maladies non transmissibles	x	x	x	x	-	x	x	-	x	x
	Prévention, détection et gestion de l'anémie chez les adolescentes	x	x	x	x	x	x	x	-	x	
	Prise en charge des enfants handicapés	x	x	-	x	x	x	x	x	x	x
	Santé bucco-dentaire	x			x	x					
Santé mentale, consommation de substances et automutilation.	Soins pour les enfants ayant un retard de développement	x			x	x					
	Soins et stimulation réactifs	x	x				x			x	
	Soutien psychosocial et services connexes pour la santé mentale	x	x			x			x		
	La formation des compétences parentales										
	Prévention de la consommation des substances addictives	x	x	x	x	x	x				x
	Prévention de l'utilisation des substances nocives		x	x	x	x	x				x
	Prévention du suicide de l'adolescent				x						
Conditions particulières avec grande priorité en matière humanitaire	Gestion des risques d'automutilation et de suicide	x			x			x	x		
	Services de santé de base pour soutenir les A&J avec des handicaps					x					x
	Prise en charge des victimes de violence sexuelle et/ou sexiste				x	x	x	x	x	x	x
	Paquet de soins essentiels de SSR	x	x			x					
	Promotion de la santé mentale					x					
Premiers secours psychologiques en première ligne											







Chapitre |3|

Revue des programmes de santé ciblant les adolescents et les jeunes selon les champs d'intervention

En dehors, des programmes de SSR et de lutte contre les IST/VIH/SIDA, les programmes de santé ciblent rarement de manière spécifique les A&J. Comme dans la méthodologie, la revue des programmes couvrira 6 domaines à savoir :

- 1/ Le développement positif,**
- 2/ La violence,**
- 3/ La santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH,**
- 4/ Les maladies transmissibles,**
- 5/ Les maladies non transmissibles, nutrition et activité physique,**
- 6/ La santé mentale, la consommation de substances et l'automutilation,**

1. DÉVELOPPEMENT POSITIF

LES PROGRAMMES ET LES INTERVENTIONS CIBLANT LES A&J EN TUNISIE

Les programmes et les interventions ciblant le développement positif de la santé des A&J, en Tunisie, s'articulent autour de 5 composantes parmi 9 :

- 1/ La promotion de la santé en milieu scolaire à travers le programme de médecine scolaire et universitaire lancé en 1941 avec la création des inspections médicales scolaires. Il couvre les A&J du primaire, secondaire et universitaire³⁵ ;**
- 2/ Des interventions d'hygiène et de nutrition notamment à travers les activités de la DHMPE et celles de l'INNTA.**
 - La politique nutritionnelle tunisienne ;
 - Le Plan National d'Action pour la Nutrition et l'Alimentation (PNAAN) ;
 - La surveillance alimentaire et nutritionnelle ;
 - La stratégie nationale de prévention et de lutte contre l'obésité 2013-2017 ;
- 3/ La contribution des services de santé aux nombreux mécanismes et programmes de protection des enfants élaborés par les départements concernés tels que :**
 - a.** le programme national de lutte contre la violence à l'égard de l'enfant et la diffusion de la culture de la non-violence, lancé en 2009 par l'observatoire d'information, de formation, de documentation et d'études pour la protection des droits de l'enfant ;
 - b.** la stratégie nationale de défense et d'intégration sociale des enfants en danger moral gérée par le MAS ;
 - c.** les programmes ciblant la famille gérés par le MAS ou le MFFE.
- 4/ L'éducation sanitaire qui fait partie de la quasi-totalité des programmes de santé couvrant la SSR, la nutrition, la lutte contre les MT y compris le SIDA, la lutte contre le tabagisme et les conduites addictives. Elle est souvent gérée par une direction/service spécifique au sein des directions centrales et directions régionales impliquées (DSSB, ONFP, DMSU, etc.) ;**
- 5/ Des interventions pour promouvoir la compétence des A&J à travers le projet de développement des compétences de vie pour la prévention de l'usage de substances psychoactives en milieu scolaire engagé par la DMSU en 2012 ou la composante « Développement des compétences de vie et de prévention des comportements à risque» du programme national de santé sexuelle et reproductive, géré par l'ONFP.**

³⁵ Manuel des procédures de gestion des affaires de la médecine scolaire et universitaire. Tunis : DMSU. 1998

Les interventions en matière de « cybersanté », de « promotion de la confiance et de la socialisation » ainsi que « l'éducation parentale et la participation des A&J » sont encore à l'état embryonnaire voire inexistantes.

PERTINENCE

Les programmes et les interventions ciblant le développement positif de la santé des A&J, en Tunisie, s'articulent autour de 5 composantes parmi 9 :

1/ L'école est un lieu important bien exploité par les programmes de santé pour le développement physique, intellectuel et psychique des A&J. En effet, la MSU par sa contribution à la promotion de la santé, la détection et la mise en œuvre des soins adaptés pour les cas diagnostiqués favorise la scolarisation et le développement harmonieux de cette population et participe à la mise en œuvre des politiques de santé et d'éducation nationale. Son programme joue ainsi un rôle dans la programmation, la mise en œuvre et le suivi des projets de santé publique ciblant la promotion de la santé et le bien-être de cette tranche d'âge à travers ses différentes composantes³⁶ : (i) surveillance épidémiologique de tous les établissements ; (ii) visite médicale périodique de dépistage pour tous les A&J ; (iii) ; (iv) suivi particulier des redoublants et des sujets à risque ; (v) vaccination selon un calendrier officiel ; (vi) surveillance des conditions d'hygiène et de sécurité des locaux d'enseignement, de restauration ou d'hébergement et contrôle de la qualité des aliments servis et le suivi du personnel manipulateur des denrées alimentaires.

La MSU offre également des services appropriés de prévention, de repérage, de diagnostic et d'accompagnement à travers de nombreux programmes spécifiques de santé ou intersectoriels et de nombreuses interventions ciblées dont :

- a.** Le programme national de dépistage et de prise en charge des troubles de la réfraction, lancé en 1992 ;
- b.** Le programme national de santé bucco-dentaire (voir modes de vie sains) ;
- c.** Le programme de santé des adolescents scolarisés mis en place en 1990 ;
- d.** Le programme d'action sociale qui est piloté par 3 ministères : MAS – ME – MS ;
- e.** Le programme d'intégration scolaire des enfants porteurs d'handicap géré également par les 3 ministères (MAS – ME – MS) ;
- f.** Le programme de développement des compétences de vie lancé en 2012 ;
- g.** L'éducation à la santé à travers l'intégration de messages éducatifs aux cursus scolaires au sein des manuels scolaires, du primaire au secondaire, les séances organisées par les équipes médico-scolaires et la célébration de Journées Nationales, Maghrébines, Mondiales de santé en milieu scolaire ;
- h.** Le recueil et l'analyse des données ;
- i.** L'application des programmes de santé publique en milieu scolaire ciblant les MT ou les MNT ;
- j.** Les visites médicales d'aptitude aux sports, la couverture des colonies de vacances durant les vacances estivales, la couverture des journées d'examen nationaux ainsi que la prise en charge des élèves dans le cadre des cellules d'information et de conseil en santé de la reproduction (CIC-SR) ou des cellules de l'accompagnement de l'élève qui ont pris le relais aux cellules d'écoute et de conseil (CEC)³⁷ et aux bureaux d'écoute et de conseil (BEC)³⁸ lancés dans les années 90.

Plus spécifiquement le programme de santé des adolescents scolarisés qui a évolué en stratégie nationale de santé des adolescents scolarisés, en 2007, comprend sept axes qui répondent à des besoins pressants et des attentes légitimes des A&J. Parmi ces axes, on cite notamment :

- a.** La promotion de la santé des adolescents en renforçant les attitudes et comportements positifs envers leur santé ;
- b.** Le développement des mécanismes d'écoute et d'orientation permettant aux adolescents d'exprimer leurs préoccupations en matière de santé et de trouver réponse à leurs besoins.

³⁶ Circulaire ministérielle n° 112/96.

³⁷ Les CEC sont des permanences médicales au sein des établissements secondaires ou supérieurs assurées par les médecins scolaires.

³⁸ Les BEC sont des permanences au sein des écoles préparatoires et des lycées secondaires assurées par le conseiller d'information et d'orientation, le médecin scolaire de l'établissement et le travailleur social de l'établissement.

- c.** La collaboration avec les ONG pour mieux atteindre les adolescents ;
- d.** L'actualisation de manière continue des compétences des intervenants de toutes disciplines et à tous les niveaux pour une meilleure qualité des prestations de santé.

De même, le programme d'action sociale en milieu scolaire vise à lutter contre l'abandon scolaire précoce et cible les enfants déjà en difficulté scolaire, menacés d'abandon ou de renvoi.

- 2/** La nutrition est essentielle pour la survie, la croissance physique, le développement mental, les performances de l'individu, la productivité, la santé et le bien-être tout au long de la vie: dès les premiers stades du développement fœtal, à la naissance, pendant les premières années, l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte³⁹.

Dans ce domaine, la politique nutritionnelle tunisienne, adoptée dans les années 90 suite à la conférence internationale de nutrition de Rome 1992, constitue une concrétisation de la déclaration mondiale sur la nutrition qui invite les pays à améliorer l'état nutritionnel de tous. Parmi ces 8 orientations stratégiques on relève notamment : l'intégration des objectifs nutritionnels dans les politiques de développement du pays, l'amélioration de la sécurité alimentaire du ménage, la promotion des régimes alimentaires et des modes de vie sains et la prise en charge des groupes défavorisés sur le plan socio-économique et vulnérables sur le plan nutritionnel.

Le PNAAN, lancé en 1995 dans le cadre de cette politique, vise à améliorer l'état nutritionnel, la qualité de vie de la population et à réduire les malnutritions. Ce plan est complété par la surveillance alimentaire et nutritionnelle qui projette de mettre à la disposition des décideurs politiques et des planificateurs, un système d'informations utiles et durables afin de les aider à orienter leurs stratégies futures.

- 3/** La définition de la protection des enfants donnée par l'UNICEF est : « prévenir et répondre à la violence, l'exploitation et les abus envers l'enfant ». Ses dimensions sont les mesures et les structures qui préviennent et répondent aux abus physiques, émotionnels, psychiques ou sexuels ; à l'exploitation des enfants, aux violences dans les milieux de vie de l'enfant ; ainsi qu'aux pratiques traditionnelles abusives. Elle est considérée comme l'une des priorités nationales en Tunisie.

Les objectifs des politiques et les stratégies mises en place visent les causes profondes de la vulnérabilité (pauvreté chronique, insécurité, inégalité des genres, etc.) et répondent aux besoins de protection des enfants ayant des prédispositions génétiques ; une vulnérabilité psychologique ou psychiatrique ; victimes de maltraitance, négligence ou marginalisation ; vivants dans une situation sociale défavorable ou dans un milieu familial en manque d'harmonie, etc. Ces groupes vulnérables constituent des cibles particulières aux différents risques pour la santé. Parmi ces objectifs on relève notamment le souci de :

- a.** l'éradication des principales causes de l'exclusion, de la marginalisation et de la délinquance chez l'enfant ;
- b.** la prévention, l'identification et le suivi des cas de maltraitance et de négligence envers les enfants ;
- c.** la prévention du handicap, sa reconnaissance et son intégration ; et
- d.** la contribution à ce que les enfants vulnérables et ceux en situation de danger ou handicapés puissent jouir de leurs droits et bénéficier d'un environnement familial de qualité, propice à leur garantir un bien-être et un développement harmonieux.

L'ensemble des interventions prévues dans le cadre des stratégies de protection de l'enfance, tel que présenté dans le 2ème plan national d'action pour l'enfance pour la période 2002-2011 (PNA2), sont conformes avec les priorités d'action recommandées par les instances internationales.

L'implication et le soutien du secteur de la santé à ces programmes permettent de contribuer à apporter une réponse globale aux besoins des A&J en situation de menace.

³⁹ OMS. www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/fr/

- 4/** Les initiatives de «développement des compétences de vie » de la DMSU ont une pertinence relative en ciblant spécifiquement la prévention de l'addiction aux substances psycho-actives, en occultant les autres situations de vulnérabilité présentées par l'adolescent ou le jeune scolarisé et en limitant son intervention à seulement 19 collèges. Pour sa part, la composante «développement des compétences de vie » du PNSSR, gérée par l'ONFP, vise la prévention des comportements à risque par le renforcement des capacités des jeunes à la résolution des problèmes, la prise de décision, la gestion du stress et des émotions ainsi que le renforcement de l'estime de soi. Une telle approche intègre les composantes clés telles que recommandées par l'OMS et répond mieux aux besoins des A&J pour mieux s'adapter aux exigences de leur environnement changeant et pour mieux relever les défis imposés par la mondialisation et la modernisation.
- 5/** Les programmes et les initiatives d'EPLS ont une place particulière en matière de promotion de la santé des A&J vu l'importance des comportements comme facteurs explicatifs de l'essentiel de la morbidité et de la mortalité dans cette phase de la vie et vu leur coût relativement faible par rapport aux autres services de santé. La diversification engagée, en Tunisie, des domaines, des approches individuelles et des outils, permet aux A&J de mieux évaluer les situations de risque et de mieux percevoir la vulnérabilité à la maladie et la gravité des conséquences. Elle contribue à développer le sens de responsabilité individuelle et collective en matière de santé des jeunes.

Toutefois, il est important de signaler que :

- les préoccupations éthiques de l'éducation des A&J ne sont pas assez évoquées et les approches communautaires sont peu développées et restent inefficaces vis-à-vis des facteurs environnementaux et des inégalités. Les méthodes restent sous-tendues par une approche basée sur la diffusion de messages collectifs et des normes de comportements sans accorder l'attention qu'il faut au droit à l'autonomie.

« L'EPLS est avant tout une éducation. Elle n'est pas un conditionnement des enfants et des adolescents, mais un apprentissage à l'autonomie, à faire des choix raisonnés et volontaires ».

Galichet F.

Les initiatives de promotion de la santé des A&J non encadrés (hors du milieu scolaire) ciblent des champs limités (VIH, Toxicomanie) et sont peu soutenues.

- 6/** Les Interventions en matière de cybersanté pour améliorer l'accès des jeunes aux services de santé (mentale), et de soutien parental pour aider les parents à développer leurs capacités et leurs compétences en matière de croissance et de développement des A&J sont inexistantes.

COHÉRENCE

1/ Les mécanismes engagés pour la mise en œuvre des programmes de MSU de prévention, de dépistage ou de prise en charge répondent aux besoins de la réalisation des objectifs de promotion de la santé et d'amélioration du rendement scolaire :

- Les activités préventives et de prise en charge sont gratuites dans les deux secteurs d'éducation public et privé et cette gratuité couvre également la prise en charge des soins bucco-dentaires et des examens complémentaires prescrits dans le cadre des activités de MSU (circulaire 85/1991 MS) ainsi que l'octroi de lunettes aux élèves indigents (en moyenne 3000 lunettes par an).

- Les prestations de MSU s'appuient sur 1561 médecins de la santé publique de 1^{ère} ligne, qui réservent un temps spécifique au scolaire (circulaire 58/1988 MS) et 2098 infirmiers.
- Au sein des consultations spécialisées du 2^{ème} niveau, un temps spécifique est réservé aux références scolaires (circulaire 86/1991 MS).
- Il existe une coordination avec les services de la DHMPE en matière de contrôle d'hygiène des établissements scolaires et universitaires (circulaire 19/2002 MS) et de prévention des Toxi-infection alimentaires collectives (circulaire 125/1995 MS).
- Les médecins scolaires contribuent au cours d'enseignement de la SSR destinés aux élèves de 9^{ème} année de base (circulaire 71/2002 MS).
- La célébration régulière des journées nationales de santé scolaire et création des clubs de santé (circulaire 109/2015 MS).

Les différentes activités de MSU se réfèrent à un « manuel de procédures », élaboré dans les années 90, et sont soutenues par la formation continue, la recherche opérationnelle et la supervision ainsi que le suivi et l'évaluation régulière des activités basées sur les indicateurs d'activités et de services. Néanmoins, les mécanismes de coordination, de développement et de pérennisation des programmes ciblant des déterminants socio-sanitaires tels que le programme d'action sociale, d'intégration scolaire des enfants porteurs d'handicap ou de programme de développement des compétences sont faibles et les données de l'évaluation de la qualité et de la cohérence de ces pratiques et de ses effets sur les populations cibles ont été mal exploitées.

2/ Les politiques de nutrition et de sécurité alimentaire sont intégrées dans les programmes de développement social et économique du pays (politique de développement agricole, politique des prix et de subventions, programme de lutte contre la pauvreté, programme d'aide aux familles nécessiteuses, etc.).

Le PNAAN est mis en œuvre en partenariat avec les ministères concernés, les ONG et des institutions internationales engagées dans cette problématique. Son actualisation en 2004 a permis d'intégrer 2 axes concernant les A&J à savoir la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents et la promotion des modes de vie sains.

Par ailleurs, le système d'information est dynamique et s'appuie sur des études régulières et sur de nombreux mécanismes de collecte, de traitement, d'analyse et de diffusion des données sur la situation nutritionnelle et alimentaire.

3/ La Protection de l'Enfance est multidisciplinaire et multisectorielle. Elle implique la collaboration d'un grand nombre d'organes institutionnels et communautaires et responsabilise les familles. Parmi ces interventions et ces mécanismes, on relève notamment :

- L'existence d'un cadre juridique exhaustif et conforme avec les normes internationales qui place l'intérêt supérieur de l'enfant dans toutes les mesures prises à son égard ;
- L'adoption d'une approche socio psychologique, intégrée et multisectorielle qui met à contribution des institutions tunisiennes compétentes ;
- L'adoption de mécanismes et de démarches de sensibilisation, d'accompagnement et de soutien psycho-social des familles ;
- Les programmes s'appuient sur la formation et la sensibilisation des professionnels pour mieux identifier les cas et mieux appliquer les procédures de leur signalement et de leur suivi.
- La contribution des équipes de santé de 1^{ère} ligne à la prévention, la détection et la prise en charge ou l'orientation des cas.

Toutefois, la stratégie de communication et de sensibilisation du grand public reste limitée et ne permet pas de faire connaître comme il se doit les droits de l'enfant et d'agir sur les normes sociales en vue de lutter contre la stigmatisation et la discrimination qui touchent les enfants en situation de danger. De même, le renforcement des capacités des professionnels et des organisations de la société civile est encore insuffisant pour parvenir à les impliquer de manière efficace dans la protection de l'enfance.

4/ Les programmes et les interventions d'EPLS ciblent plusieurs domaines de la santé des A&J (Reproduction, Contraception, Infections sexuellement transmissibles, Education Nutritionnelle, Hygiène, Conduites addictives, Protection de l'environnement, etc...) **mais pas tous les A&J.** Toutefois, leur mise en œuvre se heurte à des contraintes financières et organisationnelles et leur impact est peu évalué.

Ils utilisent divers processus pédagogiques, d'information, de communication et d'apprentissage pour favoriser l'acquisition de connaissances et l'adoption d'attitudes et de comportements favorables à la santé. En matière de santé scolaire, l'EPLS est intégrée aussi bien dans les programmes d'enseignement qu'à travers des activités éducatives réalisées dans le cadre de la vie scolaire. Nombres de ces actions ciblent des populations spécifiques (A&J vivant avec le VIH, victime de violence, toxicomane, etc...).

Par ailleurs, plusieurs initiatives d'éducation par les pairs sont menées à travers des institutions et des ONG. Elles touchent également divers thèmes (SSR, lutte contre les IST et le VIH/SIDA, conduites addictives, lutte contre la VFF, les déséquilibres psychiques liés à l'adolescence, santé des migrants) mais elles restent ponctuelles, peu soutenues et mal documentées.

La diffusion de l'EPLS s'est appuyée sur des initiatives de formation de formateurs en communication pour le changement de comportement, des enseignants, des éducateurs de jeunesse et des éducateurs pairs sur les questions relatives à la santé, mais ses initiatives sont assez limitées.

PERFORMANCE

Bonne couverture par les prestations de MSU. En 2014/2015⁴⁰, le taux de couverture par les visites médicales est de 92% pour le secondaire ; la couverture vaccinale est de 99% pour le public et 79% pour le privé, celle par les visites d'hygiène est de 95% pour les établissements d'enseignement secondaire. Il y a un réel effort pour améliorer la couverture et fournir des prestations appropriées et équitables de dépistage, d'hygiène et d'éducation en milieu scolaire.

Les effets des programmes visant l'adoption des comportements positifs pour la santé, la promotion de la santé mentale, l'intégration scolaire des enfants porteurs d'handicap ou la lutte contre la violence restent assez circonscrits et peu évalués.

La Tunisie parvient à assurer des disponibilités énergétiques alimentaires dépassant les besoins de la population⁴¹. Toutefois, la fréquence de malnutrition chez les jeunes reste préoccupante (11% de retard de croissance et 20% de maigreurs)⁴². De même, les carences en micronutriments ont considérablement régressés mais elles subsistent pour le fer.

Les acquis en matière de protection sont avant-gardistes mais les situations de menace pour les A&J restent fréquentes (1994 signalements en 2014 dont 25,6% concernent la tranche d'âge de 13 à 17 ans⁴³). En effet, plusieurs rapports internationaux ont souligné les acquis nationaux importants réalisés par la Tunisie durant les dernières décennies dans le domaine de la protection de l'enfance dont les acquis législatifs avant-gardistes, l'élaboration de nombreux programmes et la création des structures et d'institutions dans le domaine de la protection de l'enfance auxquels contribuent le ministère de la Santé. Les mêmes rapports relèvent que les situations de menace pour les A&J sont insuffisamment documentées et leurs gravités et leurs impacts sont mal connus. Ces situations seraient en rapport avec la pauvreté notamment en milieu rural et dans les gouvernorats de l'est du pays, le fléau

⁴⁰ Rapport annuel de la DMSU. 2014-2015

⁴¹ Profils nutritionnels par pays FAO. http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/tun_fr.stm

⁴² Chaatani S. et al. Prévalence du retard de croissance chez les jeunes garçons tunisiens des régions Nord et Sud. Tunisie Médicale – 2014 ; vol 92 [n°5] : 329-334

⁴³ Rapport annuel des activités des délégués de protection de l'enfance. 2014 Bureau du DGPE. MFFE

de la violence et la maltraitance, le manque de soutien familial ou appartenance à des populations marginalisées, les blessures notamment accidentelles et l'handicap. Malgré les progrès enregistrés, il se dégage du rapport des DPE de 2014 que la prise en charge reste insuffisante et des lacunes opérationnelles dans le domaine persistent.

Les approches d'EPLS sont multiples mais parcellaires, incomplètes et souvent déconnectées de la réalité des A&J. Les jeunes non encadrés sont rarement ciblés et les initiatives basées sur l'éducation par les pairs sont souvent limitées à des projets de coopération.

Les programmes d'éducation sont peu évalués mais les études sur les connaissances, les perceptions et les attentes des A&J montrent qu'il y a encore du chemin à faire dans tous les domaines touchant les modes de vie et la santé des A&J : nutrition, activités physiques, SSR, tabac, violence, conduites addictives et toxicomanie, etc.).

Les actions de renforcement des compétences de vie courantes des A&J sont peu dispensées et se déclinent, quand elles sont réalisées, seulement par des interventions de prévention des risques pour certains groupes vulnérables vis-à-vis du risque de toxicomanie ou du VIH/SIDA sans aborder les problèmes des conditions de vie des jeunes⁴⁴. A titre d'illustration, au terme de 3 ans, l'évaluation du programme « développement des compétences de vie » mis en place par la DMSU, a montré que ce programme pilote n'a couvert que 600 élèves de 17 collèges de 9 régions et qu'il a rencontré plusieurs problèmes liés à la défection de 15% des élèves; le retrait de 2 établissements scolaires parmi 17 et une coordination insuffisante entre les partenaires.

2. VIOLENCE

LES PROGRAMMES ET LES INTERVENTIONS CIBLANT LA VIOLENCE DES A&J ET METTANT À CONTRIBUTION LES SERVICES DE SANTÉ

La violence recouvre toute une série d'actes qui vont du harcèlement aux violences sexuelles et aux violences physiques qui peuvent aller jusqu'à l'homicide. Ses principaux déterminants chez les A&J sont des :

- Facteurs individuels liés à la personnalité et au comportement (hyperactivité et impulsivité), des problèmes d'attention, des antécédents de comportement agressif ou à un faible niveau d'éducation.
- Facteurs familiaux et sociaux liés à l'influence de la famille : encadrement insuffisant par les parents, châtiments corporels, conflits entre les parents pendant la petite enfance, attachement insuffisant etc.
- Facteurs sociaux, politiques et culturels tels que l'exclusion, la fréquentation de camarades délinquants, la faiblesse des liens sociaux dans la communauté, le mode d'administration du pays, la pauvreté, l'évolution rapide de la démographie dans les populations jeunes, l'urbanisation, les cultures qui ne diffusent pas des valeurs, etc.

Les principaux stratégies et programmes de prévention et de lutte contre la violence ciblant les A&J et incluant une composante santé sont :

- Le programme de développement des compétences de vie – DMSU. 2012 ;
- Le programme national de lutte contre la violence à l'égard de l'enfant. MFFE. 2009 ;
- La stratégie nationale de prévention des comportements violents dans la famille et dans la société. MFFE. 2008 ;
- Le programme de SSR – ONFP ;
- La politique de protection de l'enfance – MFFE ;
- La stratégie de promotion sociale – MAS.

⁴⁴ O. Bixi. Santé de la Reproduction - Egalité du Genre En Tunisie : Apports du 8^e cycle (2007-2011). UNFPA. 2012

PERTINENCE

Les violences des A&J constituent un problème de société. Elle a des répercussions graves, souvent à vie, sur le fonctionnement physique, psychologique et social de l'individu et d'énormes incidences sur le coût des services de santé, de protection sociale et judiciaire. Selon les données de l'OMS, la violence est une cause majeure de décès chez les A&J et 1 jeune fille sur 10 âgées de moins de 20 ans affirme avoir été victime de violence sexuelle. Ce phénomène a envahi la société tunisienne et on a recensé, de 2011 à 2017, plus de 600 mille plaintes relatives aux affaires de violence et de crimes associés (vols, meurtres..)⁴⁵. 22,3% des A&J ont été impliqués dans des affaires de violence et les cas de suicide, dans la tranche d'âge 6 et 25 ans, représentaient 25,6% des cas de suicide enregistrés en 2014. En milieu scolaire, 58,2% des élèves ont déclaré avoir été victime de violence, 3,3% ont reconnu avoir été victimes de violence sexuelle et 11,5% se sont plaints de négligence parentale⁴⁶.

L'ensemble des stratégies et programmes sus-cités s'inscrivent dans la concrétisation d'un droit constitutionnel et traduisent les engagements internationaux de l'Etat Tunisien en ratifiant :

- la Convention sur les droits de l'enfant en 1991 ;
- le Protocole visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, additionnel à la Convention sur la criminalité organisée dit Protocole de Palerme (2003).
- la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) en 1985 et le Protocole CEDEF5 en 2008.

Dans ce cadre, le département de la santé apporte sa contribution aux efforts intersectoriels de prévention de la violence, de contrôle de son extension et de gestion de ces conséquences.

COHÉRENCE

Le cadre juridique pour la lutte contre la violence est élaboré et de nombreux programmes et structures contribuent à la prévenir, conformément aux recommandations des sept stratégies et approches « INSPIRE » proposées par l'OMS et ses collaborateurs. Ces mécanismes, stratégies et programmes veillent à :

- favoriser, dès la petite enfance, une relation épanouissante entre parents et enfants ;
- permettre l'acquisition des aptitudes utiles dès l'enfance ;
- assurer la protection de l'enfant ;
- lutter contre la violence selon des approches fondées selon le genre ; et
- renforcer les compétences de vie et les capacités économiques des A&J.

Toutefois, le rôle du système de santé reste peu précis et se limite, en dehors de quelques initiatives limitées en matière de renforcement des compétences de vie, à assurer des soins aux blessures des victimes de violences qu'elles soient liées au genre ou pas. De même, sa capacité pour contribuer aux programmes de prévention, de détection et de prise en charge des troubles de comportement des A&J violents reste en deçà de l'attendu et à l'exception de certains centres spécialisés, elle ne répond pas aux exigences du soutien bio-psychosocial des victimes.

Par ailleurs, le dispositif mis en place pour lutter contre la violence n'individualise pas des interventions spécifiques et adaptées aux A&J victimes de violence (paquet de soins essentiels), ne couvre pas le soutien des parents des

⁴⁵ Institut national des études stratégiques. 2017

⁴⁶ Données citées dans le rapport « quelle protection dans 10 ans ? ». MFFE. 2016

A&J victimes de violence ou à comportements violents et se caractérise par une faible coordination multisectorielle en matière de prévention de la propagation de la violence aussi bien en milieu encadré (école) que non encadré (quartiers populaires, manifestations culturelles ou sportives, etc.) et par la rareté des interventions pour sécuriser l'environnement des A&J.

PERFORMANCE

Plusieurs évaluations soulignent que les services de prise en charge des victimes de violence sont insuffisants : La lutte contre les violences n'aboutit pas encore à asseoir les normes et les valeurs attendues et la prévention de la propagation de la violence reste peu efficace. De même, la disponibilité, l'accès et la qualité des services restent limités pour les victimes. Ce constat serait en rapport avec les faits que :

- Le cadre légal pour lutter contre l'abus sexuel, l'exploitation des enfants et l'abus d'alcool existe mais son application est insuffisante ;
- L'ampleur du problème et ses facteurs de risque ainsi que le contexte et les groupes vulnérables sont mal cernés en absence d'un système de surveillance approprié et peu pris en charge.
- Les initiatives entreprises en matière de développement des compétences de vie ne sont pas assez diffusées ;
- Les mécanismes de renforcement des capacités économiques des jeunes restent peu efficaces ;
- Les interventions de lutte contre les inégalités sexuelles, de cartographie des zones sensibles ou de prise en charge de gestion des délinquants mineurs sont peu diffusées et peu efficaces.

3. LA SSR Y COMPRIS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

LES PROGRAMMES ET LES INTERVENTIONS DE SSR, Y COMPRIS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA, CIBLANT LES A&J EN TUNISIE

La conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) définit la santé de la reproduction comme « le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc que toute personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire ».

La SSR est couverte en Tunisie par :

- Le Programme National de Santé Sexuelle et reproductive (PNSSR), géré par l'ONFP, qui inclut une stratégie en faveur des A&J ;
- Le Programme National de santé des adolescents scolarisés, mis en place en 1990 par la DMSU et développé en stratégie nationale de santé des adolescents scolarisés en 2007 ;
- Le Programme National de Périnatalité (PNPN), géré par la DSSB ;
- Le Programme National de Lutte contre le SIDA et les IST (PNLS/IST) géré conjointement par la DSSB et l'ONFP. Le PNLS a été lancé en 1987 dès la notification des premiers cas et a intégré en 1998 la gestion de la stratégie nationale de gestion des IST. Il inclut la stratégie de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).

PERTINENCE

Les programmes sus-cités offrent :

L'intégration de manière rationnelle et l'évolution des stratégies et des soins de la Santé Sexuelle et Reproductive dans les programmes couvrant les jeunes. Cette option a permis d'élargir les prestations offertes, dans les cadres de ces programmes, à la lutte contre les IST/VIH, au dépistage des cancers génitaux et à la prise en charge de l'infertilité.

Une meilleure réponse aux besoins méconnus par les A&J des milieux encadrés et non encadrés dont 46 % (des adolescents entre 14 – 19 ans) ont une activité hétérosexuelle et 13,5% des filles et 52,5% des garçons (du groupe d'âge 15-24 ans) avaient déjà des rapports sexuels⁴⁷ souvent sans éducation sexuelle préalable (87%), sans préservatifs (60%) et sans recours à des méthodes contraceptives (16,4% des jeunes femmes âgées entre 20 et 24 ans ont des besoins non satisfaits en contraception).

Adoption des recommandations de l'OMS par le PNSSR, le PNPN et les programmes de médecine scolaire et universitaire.

La prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles qui constituent un problème de santé publique en Tunisie avec 100.000 nouveaux cas notifiés chaque année⁴⁸. Elles sont la conséquence surtout des rapports sexuels non protégés et sont source de complications multiples en absence de traitement adéquat⁴⁹.

COHÉRENCE

Le cadre législatif et réglementaire national est assez étayé en matière de SSR et de lutte contre les IST /VIH. Il assure la gratuité de la prise en charge, fixe l'âge légal du mariage à 18 ans, accorde l'accès aux soins de SSR à 18 ans, légalise l'avortement, réprime la violence basée sur le sexe, assure la prévention et la prise en charge des IST/VIH ainsi que la protection et le soutien psycho social des PVVIH.

Le PNSSR a développé une stratégie en faveur des adolescents et des jeunes (lycéens, étudiants, en apprentissage professionnel, appelés à l'armée, en milieu de travail et ceux en milieu non encadré) qui comporte :

- Le renforcement de l'éducation et en particulier l'éducation par les pairs en matière de SSR et des modes de prévention ;
- La consolidation des prestations médicales en termes de contraception, examens médicaux et prise en charge des IST y compris l'intégration des services de SSR et VIH dans les espaces dédiés aux jeunes et aux populations clés ;
- La prise en charge psychologique par l'écoute, le counseling, l'assistance et l'orientation ;
- L'intégration de l'éducation sexuelle dans le système éducatif ;
- Le renforcement du partenariat avec les institutions gouvernementales et les ONG.

Le panier des services nécessaires de ce programme intègre les 10 composantes de SSR à savoir : la planification familiale, la périnatalité, la puberté, la prise en charge des IST et VIH/SIDA, le dépistage et la prévention des cancers du sein et du col, l'infertilité, la ménopause, l'infertilité du couple, la lutte contre la violence fondée sur le genre et la consultation prénuptiale⁵⁰.

⁴⁷ ONFP. 2009

⁴⁸ Rapport DSSB. 2010

⁴⁹ Rapport d'activité sur la riposte au VIH. DSSB. 2014

⁵⁰ Le panier de santé sexuelle et de reproduction. ONFP –DSSB – UNFPA – OMS. 2016

Le PN de santé des adolescents scolarisés et la stratégie nationale de santé des adolescents scolarisés ont intégré la dimension psycho-sociale par la mise en place des cellules d'information et de conseil en santé de la reproduction (CIC-SR) au niveau universitaire dès 1996 qui sont gérées par les médecins de santé universitaires et des sages-femmes ainsi que des consultations pour adolescents.

Les composantes du PNPN ont été progressivement développées et les visites prénuptiales et périnatales offrent des opportunités pour assurer des prestations de SSR.

Introduction d'un cours sur la santé de la reproduction pour les élèves de la neuvième année d'enseignement de base dont l'objectif est d'amener les élèves à prendre conscience de la double protection contre le VIH et les grossesses non désirées.

L'intégration de la lutte contre le VIH/SIDA dans ces programmes à travers le renforcement du conseil et test volontaire du VIH lors de l'examen prénuptial, des visites périnatales, de la prise en charge des patients présentant une IST et leurs partenaires ou de victimes de violences sexuelles ainsi qu'à tout individu qui serait à risque d'infection à VIH. Elle s'appuie également sur la généralisation progressive de la PTME, l'offre de préservatifs pour les jeunes en tant que protection contre le VIH. De même, il y a une attention particulière à l'intégration des services SSR dans les services de prévention et d'information ciblant la population générale ou lors de la prise en charge des PVVIH⁵¹.

Le programme relatif au VIH, comporte un certain nombre de « sous-programmes ou projets » dont la prévention et le contrôle du VIH auprès des jeunes avec attention particulière pour les A&J vulnérables et les groupes à comportement à haut risque. Il intègre également une Stratégie de PTME ciblant la prévention du VIH chez la femme en âge de procréer par l'IEC et la promotion du préservatif auprès des jeunes et des populations clés.

L'adoption de l'approche syndromique dans la prise en charge des IST vu les insuffisances en spécialistes et en laboratoire. Elle vise à rompre la chaîne de transmission des IST, fournir un traitement précoce du patient et des partenaires. Elle recommande, également, le test VIH et la double protection aux porteurs d'IST et cible l'amélioration du recrutement d'hommes porteurs d'IST.

Différents programmes et plans d'action ont défini les contenus techniques et les conditions d'accès et de réalisation des prestations de SSR y compris la lutte contre les IST/VIH à différents niveaux et secteurs. Ces contenus sont plus ou moins clairement définis et mis en œuvre à travers les guides et référentiels et les sessions de formation continue au profit des professionnels de 1^{ère} ligne et des ONG.

Adoption d'une approche interinstitutionnelle mettant à contribution plusieurs intervenants publics, associatifs et le système des nations unies. Cette approche s'appuie sur des mécanismes de coordination nationale à travers le projet conjoint de SMNN et le Comité National de Coordination du programme de coopération avec le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (CCM) qui ont abouti à une meilleure coordination entre la DSSB, l'ONFP et la DMSU en tant qu'organismes gérant les programmes nationaux de SSR et de lutte contre les IST/VIH.

⁵¹ Evaluation des liens entre les services de la santé sexuelle et de la reproduction et ceux de VIH en Tunisie. ONFP – UNFPA. 2010

Mise en place d'un système de suivi et évaluation fonctionnel qui fournit des informations régulières sur la SSR et sur les IST/VIH en termes d'activités, de services, de résultats et d'impact. Une revue annuelle est réalisée pour le plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA.

L'ensemble de ces stratégies/programmes s'appuie sur un cadre de partenariat incluant plusieurs départements, les PVVIH, les représentants des pôles de prise en charge thérapeutique et biologique ainsi que des ONG et des organismes internationaux.

PERFORMANCE

Les services de SSR et de lutte contre les IST/VIH sont généralisés en Tunisie et sont fournis par plusieurs intervenants (public, privé et tissu associatif).

Toutefois, l'accessibilité (géographique, financière et organisationnelle) est encore limitée notamment pour les A&J des régions reculées ou appartenant à des populations vulnérables et les difficultés d'approvisionnement de certains équipements retentissent sur la continuité des soins. Par ailleurs, la CNAM n'assure pas la prise en charge de certains services de SSR : Grossesses pathologiques, Contraception, IVG, Dépistage du cancer du sein, les IST, etc.

L'attractivité des structures est faible vu les attitudes négatives et paternalistes des professionnels et le manque d'information des jeunes : « Les espaces amis des jeunes et des espaces de l'ONFP qui sont souvent perçus comme des espaces pour les avortements ».

Les programmes de formation sur les différentes composantes de la SSR et de lutte contre IST/VIH sont réguliers et ciblent les médecins, sages-femmes, infirmiers et autres catégories professionnelles ainsi que des membres d'ONG.

Les indicateurs d'effets sont rares : seulement 5,3% des âgés de 15 à 19 ans possèdent tout à la fois des connaissances sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et rejettent les idées fausses sur la transmission du VIH⁵², alors que les données relatives aux A&J ayant déjà fait un dépistage du VIH ou vivants avec le VIH ne sont pas diffusés.

L'épidémie de l'infection du VIH est du type « concentrée » au niveau des populations clés (UDI, HSH, TS). Au 30 septembre 2017, 1720 personnes, âgées de 25 à 44 ans, atteintes du SIDA ont été enregistrées. On enregistre en moyenne 120 nouveaux cas par an, soit près du double de ce qui était enregistré en début des années 90. Les données spécifiques aux A&J ne sont pas disponibles.

L'approche syndromique n'a pas été évaluée sur le plan coût et son efficience pourrait être faible vu la faible valeur prédictive positive des algorithmes utilisés (variant de 8 à 40%)⁵³.

⁵² Enquête nationale ATLMST-SIDA 2012
⁵³ Rapport DSSB. 2003

4. MALADIES TRANSMISSIBLES

LES PROGRAMMES ET LES INTERVENTIONS CIBLANT LES MALADIES TRANSMISSIBLES

Les MT sont définies, en Tunisie, par la loi n° 92-71 du 27 juillet 1992 relative à ces maladies. Cette loi précise également les modalités d'intervention de l'Etat pour assurer leur prévention et leur prise en charge ainsi que les devoirs et les droits des patients atteints d'une MT.

Les principales MT sont : les maladies cibles du PNV, les méningites, les IST y compris l'infection à VIH, le paludisme, la leishmaniose, la bilharziose ainsi que la grippe et les maladies émergentes. Elles sont ciblées à travers des programmes spécifiques visant la prévention et la prise en charge de ces maladies transmissibles pour toute la population, gérés essentiellement par la DSSB.

Les interventions des systèmes de santé vis-à-vis de ces maladies incluent la prévention, la détection et le traitement des maladies transmissibles ; les vaccinations courantes et la prévention et la gestion des maladies infantiles

PERTINENCE

Réduire la morbidité et la mortalité dues à la contamination par des agents infectieux à travers des programmes nationaux adaptés au contexte épidémiologique permettant la détection et le contrôle des épidémies, l'identification de leurs causes, le suivi des tendances ainsi que l'évaluation des mesures de lutte et de prévention, d'autant plus que des mesures de prévention et de traitement avérées sont réalisables et financièrement accessibles.

Etre en harmonie, à travers les programmes nationaux de lutte contre ces maladies, avec les recommandations internationales et contribuer au système de RSI.

COHÉRENCE

Le cadre juridique est bien établi : La loi de juillet 1992 précise les modalités de prise en charge des maladies transmissibles et garantit « la gratuité des soins et de l'hospitalisation est également accordée à toutes personnes atteintes de maladies épidémiques »⁵⁴. Cette gratuité fait l'objet de circulaire pour la vaccination et pour nombreuses maladies telle que la gratuité du dépistage et du traitement de la tuberculose (circulaire N° 11 du 22 janvier 2002), la généralisation du dépistage du VIH chez les tuberculeux (circulaire 104 du 10 décembre 2010), etc.

La lutte contre les maladies transmissibles est organisée dans le cadre de programmes nationaux. Elle est structurée selon quatre niveaux : les 3 niveaux d'offre de services et le niveau central comprenant les unités de lutte contre ces maladies de la DSSB assistées par nombreuses commissions nationales de lutte spécifiques qui regroupent des représentants des départements, des sociétés savantes et de la société civile.

La DSSB est responsable de la coordination du système de surveillance ainsi que de la formation du personnel entre l'ensemble des institutions sectorielles (DMSU, DHMPE, ONMNE, INSP, Institut PASTEUR, ANCSEP). Dans ce cadre, plusieurs mesures ont été prises pour l'amélioration des capacités de dépistage particulièrement auprès de certaines populations cibles (femmes enceintes, UDI, entourage des malades, etc.), l'amélioration

⁵⁴ Art. 35 de la loi n° 92-71 du 27 juillet 1992 relative aux maladies transmissibles

du réseau de laboratoires, l'instauration d'une approche qualité, la meilleure gestion des médicaments et des réactifs et le renforcement du système de Suivi et Evaluation.

Le programme national de vaccination qui ne cesse d'évoluer et d'élargir la liste de ses maladies cibles. Il a largement contribué à la réduction de la mortalité et morbidité en Tunisie en assurant des couvertures vaccinales élevées à l'ensemble de la population cible (enfants, adolescents et femmes en âge de procréer) avec les différents vaccins prévus dans le calendrier national de vaccination : Tuberculose, Hépatite B, Tétanos, Rougeole, Rubéole, Poliomyélite, Diphtérie, Coqueluche, haemophilus type B) ; D'autres vaccinations peuvent être indiquées dans certaines situations dont notamment les vaccinations contre l'hépatite A en cas d'épidémie, contre la rage en cas de morsure, anti-scorpionique.

Le programme national de lutte contre la tuberculose mis en place depuis 1959 et dont l'objectif actuel est d'aboutir à une réduction significative de l'incidence de la maladie. Ce programme a adopté l'approche recommandée par l'OMS « Halte à la tuberculose » dont les éléments sont : poursuivre l'extension de la stratégie DOTS, lutter contre la co-infection VIH-TB et contre les tuberculoses multirésistantes, habiliter les patients et la communauté et promouvoir la recherche. En 2016, l'incidence de la tuberculose était de 31 pour 100 000 hab selon le système WEB TBS, alors que le système basé sur les déclarations donnait une incidence de 20,33 pour 100 000 hab.

Les méningites à méningocoques font l'objet d'une chimio-prophylaxie des sujets contacts en sus de la prise en charge des enfants malades.

Le système de surveillance épidémiologique en Tunisie est basé sur le suivi des indicateurs (SBI). Il est complété par des systèmes départementaux de veille sanitaire. La collecte de données épidémiologiques se fait par un système de surveillance passif axé sur la notification des maladies à déclaration obligatoire et des rapports statistiques des programmes nationaux, couplé par une surveillance active de certains syndromes et maladies (Polio, méningites infantiles, maladies d'importation chez les ressortissants étrangers, épidémie saisonnière, pandémie, etc.) et par des sites sentinelles pour le suivi de l'évolution de la situation épidémiologique en temps réel de certaines maladies (parasitoses intestinales, bilharziose, paludisme, HIV, grippe, etc.) ou de certains événements.

L'élaboration et la diffusion d'un Guide National d'Epidémiologie d'Intervention qui se réfère aux guides techniques et dispositifs proposés par l'OMS notamment le règlement sanitaire international. Il précise la définition des cas suspects ou confirmés et les critères de laboratoire pour le diagnostic de chaque maladie.

L'engagement de plans de ripostes vis-à-vis de certaines maladies émergentes : SRAS, H1N1, ZIKA, Ebola, etc. et de certaines initiatives de recherche opérationnelle.

PERFORMANCE

Le système national a réussi à éradiquer ou à freiner la propagation de plusieurs maladies infectieuses. Les derniers cas de paludisme, de choléra, de tétanos ou de bilharziose remontent à deux décennies voir plus et la régression de nombreuses maladies est évidente. Les taux de couverture vaccinale sont élevés.

Le système de surveillance épidémiologique est relativement efficace et a réussi de nombreuses expériences de riposte (TBC, TIAC, MCV, Méningite, ...).

5. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Les MNT sont un groupe de pathologies englobant le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et les troubles mentaux. Elles peuvent être largement évitées. Concernant les interventions ciblant les cancers, elles ne seront pas revues du fait que les données du registre des cancers du Nord Tunisie, ne montrent pas de formes de cancers spécifiques aux A&J pouvant faire l'objet de mesures préventives particulières.

En Tunisie, la prévention et la lutte contre les MNT sont couvertes par les stratégies, plans et programmes suivants :

- Le programme national de prise en charge des maladies chroniques, géré par la DSSB depuis 1993 ;
- La Stratégie nationale de lutte contre les MNT (en cours d'élaboration) ;
- Le Plan National d'Action pour la Nutrition et l'Alimentation (PNAAN) engagé par l'INNTA en 1994 avec la contribution de la DSSB, l'INSP et de l'INRA ;
- La stratégie de surveillance alimentaire et nutritionnelle mise en place par l'INNTA depuis 1999 ;
- La Stratégie nationale de prévention et de lutte contre l'obésité 2013-2017 ;
- Le plan de lutte contre les cancers.

PERTINENCE

La Tunisie est depuis plus de 2 décennies en phase de transition épidémiologique et les MNT représentent de réelles urgences de santé publique vu leur charge sanitaire, sociale et économique qui ne cesse de croître ces 2 dernières décennies et touche de plus en plus les A&J. Cette tendance à la hausse est la résultante de changements des modes vie et de l'urbanisation rapide qui se sont traduits par des conduites alimentaires à risques, des comportements sédentaires et une surconsommation tabagique. Ainsi, on a enregistré le surpoids chez 1 A&J sur 4, l'obésité chez 1 A&J sur 15 et l'augmentation alarmante de la prévalence du diabète et de l'HTA chez les A&J. La Stratégie nationale de lutte contre les MNT et les stratégies et les programmes nutritionnels, de promotion de l'activité physique et de lutte contre le tabac offrent de réelles possibilités d'infléchir cette tendance.

Les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires sont très fréquents chez les A&J. Leur ciblage par les interventions de prévention, de détection précoce, de traitement et de suivi régulier des maladies chroniques, de lutte contre le tabac et contre le cancer permettrait à court terme d'améliorer l'efficacité de ces stratégies et programmes, et à moyen terme de réduire leur charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématuée. Il contribuera à l'atteinte des 7 objectifs de développement durable 2030 directement liés aux MNT.

Le débat engagé pour l'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre les MNT permettra au système de santé d'apporter, selon une approche globale et multisectorielle, une meilleure réponse au défi de mieux contrôler ces pathologies, leurs déterminants socio-sanitaires et leurs impacts médico-économiques.

COHÉRENCE

Parmi les 8 mesures préconisées par l'OMS pour lutter contre les MNT, la Tunisie a déjà engagé : la nomination d'un responsable au ministère pour coordonner l'élaboration et la mise en place d'une stratégie nationale de lutte contre les MNT qui englobe plusieurs affections ainsi que leurs facteurs communs (tabagisme, nutrition, etc.). Il reste à développer les mesures pour la lutte contre la sédentarité, l'adoption des référentiels nationaux de prise en charge des principales MNT et la mise en place d'un système de suivi et de surveillance de ces maladies.

Ces plans sont en cohérence avec : la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles (2000), la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (2003), la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (2004), la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale (2007).

Le programme national de prise en charge des maladies chroniques, vise à assurer la promotion du dépistage précoce du diabète et de l'hypertension artérielle, une prise en charge standardisée, au niveau des structures de santé de première ligne, des malades atteints afin limiter les complications qui en découlent. Toutefois, le document de référence élaboré en 1993, n'a pas été mis à jour. Son évaluation se fait par des indicateurs de suivi qui intègrent la mesure de la proportion des cas diagnostiqués et suivis dans les structures de santé par rapport au nombre attendu dans la localité ainsi que le nombre des malades diagnostiqués au stade de complications et l'évolution du nombre des patients défaillants.

Instauration de consultations individualisées et d'un programme d'amélioration de la disponibilité des médicaments du diabète et d'HTA en première ligne (circulaire n° 54 du 18 juillet 2016). Elle comprend une liste de 18 médicaments pour l'HTA et 7 médicaments pour le diabète y compris les insulines.

Organisation de manière régulière de sessions de formation continue et de supervision autour de cette thématique. Des mesures et des interventions visent la réduction de la consommation du sel et du sucre qui sont très élevées (la consommation individuelle de sel et de sucre en Tunisie est en moyenne respectivement de 10 grammes par jour pour le sel et près de 90 grammes pour le sucre , alors que l'OMS recommande de ne pas dépasser 5 g/j de sel et 60 g/j de sucre).

PERFORMANCE

Les mesures engagées depuis plus d'une décennie n'ont pas modifié le comportement des A&J et n'ont pas freiné leur accès facile aux produits riches en sucre, en sel et en matières grasses suite à l'explosion des fast-foods, des grandes surfaces, des kiosques.

Prises en charge gratuite dans les CSB des A&J qui n'ont pas de couverture sociale.

Absence d'un registre national opérationnel pour suivre la progression des MNT et de leurs facteurs de risque chez les A&J et absence de mise à jour des recommandations nationales de prévention et de prise en charge des MNT d'une manière générale et chez les A&J plus particulièrement.

L'implication des partenaires, des associations et des réseaux sociaux est faible.

La stratégie de communication et d'éducation n'intègre pas d'interventions spécifiques ciblant les A&J. Elle est, par ailleurs, discontinue et peu efficace par manque de vision et de moyens.

L'approche communautaire est peu développée.

6. MODES DE VIE SAINS

MODES DE VIE SAINS

Les modes de vie sains englobent l'ensemble des comportements qui améliorent ou préservent la santé d'une personne. Parmi ces modes l'accent est mis particulièrement sur :

- La pratique quotidienne d'une activité physique (au moins 60 mn) source d'une diminution des risques d'hypertension artérielle, d'obésité, de dépression, de stress ;
- Les saines habitudes alimentaires (les aliments sains et nutritifs, prise du petit déjeuner, comme les fruits et légumes, réduisent les risques des cardiopathies, d'obésité, de diabète type 2 et de certains cancers) ;
- Une bonne santé buccodentaire pour prévenir les caries dentaires, les infections pulmonaires et maladies gingivales. Elle est définie par l'OMS comme : l'absence de douleur chronique buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie, de caries et de déchassements de dents ainsi que d'autres maladies et troubles affectant la bouche et la cavité buccale ;
- L'abstinence tabagique.

Ces dimensions sont ciblées par :

- Le Plan National d'Action pour la Nutrition et l'Alimentation ;
- La stratégie nationale de prévention et de lutte contre l'obésité 2013-2017 ;
- Le programme national de santé bucco-dentaire, géré par la DMSU depuis 1987 ;
- Le programme national de lutte antitabac qui a démarré en 2007. Il a été renforcé, en 2017, par le programme d'aide au sevrage tabagique par l'usage du téléphone mobile "m-cessation"⁵⁵.

PERTINENCE

L'amélioration des conditions de vie, la modernité et l'urbanisation galopante, enregistrées en Tunisie ces dernières décennies, se sont traduites par une évolution des modes de vie et des changements des modes de consommation. Chez les A&J, cette évolution se caractérise essentiellement par la surconsommation, la sédentarité et les conduites addictives dont les conséquences négatives sur la santé sont bien avérées.

La stratégie nationale de prévention et de lutte contre l'obésité 2013-2017, constitue ainsi une réponse adéquate à un problème nutritionnel prioritaire identifié depuis les années 90⁵⁶. Elle s'appuie sur 4 axes stratégiques : (i) Promotion de la production des aliments favorables à la santé, (ii) promotion de la pratique d'activité physique pour la santé, (iii) promotion d'une alimentation saine et amélioration des pratiques alimentaires et (iv) accès et utilisation des services de dépistage et de prise en charge adéquats.

Le PNSBD vise l'adoption d'un comportement sain en matière de santé bucco-dentaire et la réduction de la prévalence élevée des maladies bucco-dentaires chez les enfants et les jeunes scolarisés vu leurs complications graves. Ces affections touchent plus d'un jeune sur 2⁵⁷ : Carie dentaire (58%), Fluorose dentaire (43%), Mal occlusion (16,2%).

Le tabagisme, principale cause de mortalité dans le monde, est un fléau social peu contrôlé chez les A&J tunisiens. Cette épidémie touche, dans la tranche d'âge 15-19 ans, 27,2% des garçons et 1,5% des filles. Ces taux atteignent respectivement 54,3% et 2,2% dans la tranche d'âge 20-24 ans⁵⁸. Le programme national de lutte contre le tabac s'appuie sur cinq axes majeurs : la sensibilisation et l'information, la législation, l'aide au sevrage tabagique, le suivi de la situation dans le pays et la formation des médecins de 1^{ère} ligne. Son plan d'action de 2010 visait la diminution de la prévalence de 2,5% par an.

⁵⁵ l'OMS a choisi la Tunisie comme "site pilote de la région arabe et des pays francophones pour lancer ce programme

⁵⁶ Enquête nationale de nutrition. 1996

⁵⁷ Les résultats de la 2ème enquête nationale de santé bucco-dentaire réalisée en 2003 et publiée en 2012

⁵⁸ Enquête santé des tunisiens. INSP. 2016

COHÉRENCE

La promotion de saines habitudes alimentaires s'articule sur de nombreux programmes et initiatives qui associent l'éducation nutritionnelle, la promotion de modes de vie sains, la promotion de la production des aliments favorables à la santé, l'accès et l'utilisation des services de dépistage et de prise en charge adéquats et le développement des sources de données et de la recherche opérationnelle pour éclairer les décideurs politiques et les planificateurs. Elle met à contribution plusieurs intervenants (INNTA, DSSB, DMSU, ANCSEP, etc.).

La SBD s'appuie sur :

- Le développement du réseau de consultations de stomatologie ;
- L'intégration du programme de SBD dans le système de santé de base et réservation d'une journée/semaine pour les enfants scolarisés référés dans les consultations de stomatologies des CSB disposant d'une chaise dentaire ;
- Le ciblage des facteurs aggravants : Nutrition, tabagisme, etc.
- L'instauration des activités de supervision et d'évaluation continue des prestations de SBD en milieu scolaire et dans les CSB disposant d'une chaise dentaire ;
- L'introduction de l'axe d'éducation pour la santé bucco-dentaire en milieu scolaire ;
- La gratuité des soins dentaires en 2ème ligne quand l'affection est dépistée dans le cadre de la visite médicale scolaire.

La lutte contre le Tabac est réalisée selon une approche globale et multidisciplinaire. Elle s'est traduite par :

- La mise en place d'une commission nationale de lutte antitabac relevant du ministère de la Santé ;
- L'adoption d'un Cadre législatif étoffé :
- L'organisation de plusieurs campagnes médiatiques et actions de sensibilisation dans les espaces publics et en milieu scolaire et universitaire ;
- L'augmentation périodique et significative des prix du tabac ;
- La création de 66 consultations de sevrage anti-tabagique gratuites pour les personnes ayant des antécédents de pathologies cardio-vasculaires ou les détentrices d'un carnet de soins catégorie 1 (disponibilité des patches et autres alternatives nicotiniques au tabac) réparties sur tout le territoire (ces consultations étaient au nombre de 126 en 2010) ;
- La formation de 2000 médecins dans le domaine du sevrage anti-tabac (entre 2008 et 2010) et un CEC de tabacologie a été introduit à la faculté de médecine de Tunis ;
- Le lancement, en 2015, du programme d'aide au sevrage tabagique par l'usage du téléphone mobile "m-cessation", en partenariat avec le ministère des Technologies de la communication et de l'économie numérique, la société Tunisie Telecom, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Union internationale des télécommunications (UIT).

PERFORMANCE

Les comportements alimentaires des adolescents témoignent d'une faible connaissance de la qualité nutritionnelle de l'alimentation consommée et de ses conséquences sur la santé. L'extension des nombreux programmes et initiatives engagés tarde à se réaliser et la multisectorialité à se mettre en place.

Les problèmes nutritionnels continuent à émerger et sont préoccupants. Elles se traduisent par une épidémie de surpoids, d'obésité, de dyslipidémie, de diabète, d'hypertension artérielle et des maladies cardio-vasculaires. Par ailleurs, le contrôle et l'application des normes internationales de codex (ex : taux de sel dans le pain) et la réglementation de l'étiquetage sont peu appliqués et l'interaction avec le secteur d'industrie agro-alimentaire reste faible.

Il y a une tendance réelle vers l'équité des soins bucco-dentaires pour la population scolarisée à travers leur gratuité en 2ème ligne quand l'affection est dépistée dans le cadre de la visite médicale scolaire. En dehors du dépistage périodique scolaire, les affections bucco-dentaires sont soignées selon la couverture sociale des parents. Toutefois, le PNSBD n'intègre pas une approche qualité. En effet, si le dépistage de pathologies bucco-dentaires des A&J et leur prise en charge dans les structures de référence s'est nettement amélioré, le taux d'extraction définitive reste élevé en rapport avec un recours aux soins tardifs et beaucoup d'élevés référencés ne nécessitant pas d'intervention (recueil du focus groupe avec les médecins dentistes). De même, leurs nombreuses complications et le coût de leur prise en charge sont encore mal cernés.

Le programme de lutte contre le tabac n'est pas suffisamment opérationnel et les objectifs de réduction de la prévalence de 2,5% par an, fixés en 2010, n'ont pas été atteints. La prévalence du tabagisme chez les A&J reste élevée et plusieurs études récentes sont concordantes sur la reprise d'une tendance à l'augmentation du comportement tabagique touchant aussi bien les garçons que les filles. Parmi les insuffisances relevées, on note que :

- Malgré le dispositif législatif, plus des trois quarts des élèves (76.1%) accèdent à l'achat des cigarettes bien qu'ils étaient mineurs et 5.6% d'entre eux ont reçu des cigarettes gratuites par un représentant d'une compagnie de tabac⁵⁹.
- La composante « éducation » cible particulièrement les A&J scolarisés, les canaux ciblant les A&J non encadrés sont peu opérants. De même, l'accès à la consultation d'aide au sevrage reste très limité et discontinu.
- La prévention de l'initiation au tabac est faible et le label « école/institution/lieu public » sans tabac n'est pas exploité.

L'ensemble de ces comportements et des interventions les ciblant ne sont pas régulièrement et suffisamment mesurées et évaluées.

7. LA SANTÉ MENTALE, LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET L'AUTOMUTILATION

LES PROGRAMMES ET LES INTERVENTIONS DE SM CIBLANT LES A&J EN TUNISIE

La santé mentale est définie par l'OMS comme étant « Un état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son potentiel, fait face aux difficultés normales de la vie, travaille avec succès de manière productive et peut apporter sa contribution à la communauté ». Ses trois dimensions sont les troubles mentaux, la détresse psychologique et la santé mentale positive⁶⁰. Elle est la résultante de l'interaction de divers facteurs sociaux, économiques, psychologiques, biologiques et génétiques. Le déséquilibre entre ces facteurs influe sur la SM de la personne, voire sur la qualité de sa vie⁶¹. Elle est gérée par :

- **Le programme national de Santé Mentale (PNSM)**, élaboré en 1981, qui a été développé, en 2013, en **une Stratégie de Promotion de la Santé Mentale en Tunisie – SNAPSAM**
- **De nombreux programmes et structures relevant du ministère de la santé et d'autres départements partenaires** dont notamment :
 - Le programme de santé des adolescents lancé en 1990 par la DMSU intégrant une approche psycho-sociale (CEC, BEC) ;
 - Le programme d'action sociale en milieu scolaire avec des cellules d'action sociale en milieu scolaire (CASS) ;
 - Les CIC-SR : cellules d'information et de conseil en santé de la reproduction (permanences médicales assurées en collaboration avec l'Office National de la Famille et de la Population) ;

⁵⁹ Source « Global Youth Tobacco Survey (GYTS) ». Tunisie 2017

⁶⁰ Première Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale d'Helsinki 2005

⁶¹ Projet zéro de plan d'action mondial sur la santé mentale 2013-2020. OMS. 2012

- Les Centres de Protection Sociale pour enfants, Centres de Défense et d'Intégration Sociale (C.D.IS) ;
- Le Centre d'assistance psychologique de l'ONFP ;
- Les Centres intégrés pour la jeunesse et l'enfance, etc.

PERTINENCE

Les problèmes de SM constituent 33% de la charge mondiale de morbidité (OMS, 2001) imputable aux années vécues avec une incapacité liée aux troubles neuropsychiatriques. De façon plus globale, le coût direct des problèmes de santé liés à la SM varie selon les pays et peut atteindre 3 à 4% du PNB. Face à cette situation, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté, en mai 2012, la résolution WHA 65.4, sur la charge mondiale des troubles mentaux (TM) appelant à la nécessité d'apporter une réponse globale et coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays à ce problème prioritaire de santé.

La SM des A&J Tunisiens constitue un enjeu sanitaire et social déterminant justifiant l'investissement dans une approche qui contribue l'amélioration de leur santé mentale et leur bien-être en leur permettant d'améliorer leurs capacité à mieux gérer l'exposition aux situations de risque pour leur santé.

Les données disponibles sur les tendances des indicateurs psychosomatiques, émotionnels/psychologiques, comportementaux⁶² ou de morbidité (troubles mentaux et maladies mentales) des A&J tunisiens **sont préoccupants et mal surveillées** :

- Indicateurs émotionnels/psychologiques : Se sentir sans valeurs : 12,1% ; Ayant des difficultés à assurer un rôle utile : 20,3% ; Avoir des difficultés dans la prise de décision : 40,1% ; Se sentir malheureux : 27,3% ou Déclarant être stressé fréquemment : 54,8%
- Indicateurs psychosomatiques : Se plaint fréquemment de céphalées : 30,1% ; Se sentir constamment fatigué : 30,6% ou ayant une mauvaise qualité de sommeil : 27,2%
- Indicateurs comportementaux : Adhésion aux structures de la société civile : 4,6%
- Niveau de bien être élevé ou intermédiaire : 66,7%⁶³
- Le taux des adolescents présentant des symptômes dépressifs dans les tranches d'âge de (12-14 ans) et (15-17ans) variait de 10,9% à 20,2% chez les garçons et de 22,5 à 36,3% chez les filles⁶⁴
- Prévalence de dépression selon l'âge : 15-19 ans : 2,1% et 20-24 : 5%
- Idées suicidaires : 15-19 ans : 17,3 % et 20-24 : 13,8 % .

Le suicide chez les A&J représente 26,9% de l'ensemble des suicides enregistrés en Tunisie en 2015 selon les données recueillies des neuf services de médecine légale en Tunisie. Son incidence selon les tranches d'âge est respectivement de 2 pour 105 jeunes de 10 à 14 ans, 3,81 pour 10⁵ jeunes de 15 à 19 ans et 5,32 pour 10⁵ jeunes de 20 à 24 ans alors que l'incidence nationale du suicidé est de 2,27 pour 10⁵ habitants⁶⁵. Ces données sont assez proches de ceux enregistrées en 2014 par l'observatoire social tunisien : 25,6% des suicides ont été observés chez les 16-25 ans, soit la tranche chez laquelle ont été enregistrés les taux les plus élevés des équivalents suicidaires: migration clandestine, toxicomanie, délinquance et violence⁶⁶. Les homicides des A&J contribuent à la charge de mortalité prématuée et touchent sérieusement l'équilibre des familles, des victimes et de la communauté nationale⁶⁷.

⁶² Enquête nationale auprès des jeunes (15-24 ans) sur les comportements. ATLS/MST-Section Tunis. 2014

⁶³ Enquête nationale auprès des jeunes (15-24 ans) sur les comportements. ATLS/MST-Section Tunis. 2014

⁶⁴ Enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés. DMSU. 2004 (ISBN : 9973-807-49.9)

⁶⁵ Statistiques nationales du suicide en Tunisie pour l'année 2015. Ministère de la Santé. www.santetunisie.rns.tn

⁶⁶ Rapport défis de la jeunesse tunisienne. indd. Observatoire national de la jeunesse. www.onj.nat.tn/pdf/p10.pdf

⁶⁷ Ladame F. Rapport sur le suicide chez les jeunes et les adolescents en Tunisie. 2008 (non publié)

Le PNSM a pour objectif l'intégration des soins de santé mentale au système général de santé, en particulier au niveau des soins de santé primaires soit des soins en santé mentale pour tous notamment pour ceux n'ayant pas la possibilité d'accéder aux services spécialisés. Il visait également la promotion de la santé mentale, la prévention des troubles mentaux, le traitement adéquat au 1^{er} et 2^{ème} niveaux des malades souffrant de pathologies chroniques ainsi que l'éducation des patients, des familles et de la population en la matière.

La Stratégie de Promotion de la Santé Mentale en Tunisie – SNAPSAM a pour objectif de satisfaire les besoins en santé mentale de la population par la promotion d'une meilleure qualité de vie, la réduction des souffrances, le respect des droits fondamentaux de la personne et la satisfaction des exigences de prestation des services de promotion de la santé mentale et de prise en charge des troubles mentaux / maladies mentales.

Les objectifs aussi bien du PNSM que ceux de la SNAPSAM sont conformes aux recommandations internationales et apportent des réponses avérées pour les A&J.

COHÉRENCE

Plusieurs axes ont été développés pour mettre en œuvre les programmes et les interventions en matière de santé mentale dont notamment :

- La création du comité national technique multisectoriel de santé mentale qui traduit une volonté de construire sur une approche multisectorielle.
- Le renforcement des structures de soins spécialisées et du nombre de psychiatres et des professionnels qui a permis de mieux répondre aux besoins et d'améliorer la prise en charge des patients. Ainsi en 2011, on comptait 221 psychiatres (dont 25 pédopsychiatres) en exercice ce qui correspond à une couverture en termes de médecins spécialistes de 1,7 psychiatres pour 100 000 habitants⁶⁸ ; 139 psychologues cliniciens exerçant au Ministère de la Santé dont 26 étaient à l'ONFP et 42 travailleurs sociaux exerçant sous tutelle du ministère de la santé.
- La consolidation, en 1999, du PNSM par la politique de la sectorisation psychiatrique (décision n° 1577 du 3 août 1999 du Ministre de la Santé Publique qui précise les objectifs, la répartition géographique et les attributions du service de psychiatrie responsable du secteur) pour améliorer l'accessibilité géographique aux citoyens. Elle visait la desserte de tout le territoire en soins spécialisés, tout en renforçant les liens entre les services primaires et spécialisés afin de fournir un système continu de référence, d'orientation et de formation. Elle s'est faite par la répartition des gouvernorats en 14 secteurs, rattaché chacun à un service universitaire de psychiatrie.
- La mise en place au niveau de la DMSU d'un système de recueil des informations concernant certains troubles et en particulier les conduites suicidaires en 2004.
- La création, en 2008, d'une unité de gestion par objectifs pour la réalisation du projet de promotion de la santé mentale.
- La formation des médecins et paramédicaux de première ligne, notamment par le biais, de stages hospitaliers et de séminaires interrégionaux. Elle a été renforcée par la désignation de médecins référents en SM dans chaque région ainsi que de coordinateurs interrégionaux⁶⁹.
- L'adoption d'une stratégie nationale « la SNAPSAM » dont le rapport constitue un document officiel, connu et approuvé décrivant la politique nationale en la matière. Il traduit une consolidation du virage d'une politique de la psychiatrie vers une politique de santé mentale, bien amorcée lors de l'élaboration du PNSM.
- La création, en 2015, d'un comité technique de lutte contre le suicide, organisme relevant du MS, pour mettre en œuvre un programme de prévention contre le suicide et pour mieux cerner la population à risque à travers le surveillance épidémiologique des tendances suicidaires.

Toutefois, les moyens humains et financiers mis à la disposition de ces programmes et stratégies ont été en deçà des besoins de concrétisation et de réalisation des activités escomptées. Par ailleurs, les programmes prévoient peu d'actions spécifiques aux A&J et n'incluent pas une stratégie de communication pour améliorer l'éducation du grand public et aboutir à une réelle implication de la cité et des familles dans la promotion de la santé mentale des A&J.

⁶⁸ La médiane dans la région de la Méditerranée orientale est de 0,75 / L'OMS recommande de 2,5 à 10 psychiatres pour 100 000 habitants.

⁶⁹ NABLI Mounira ; « Santé mentale en Tunisie: Ajuster le dispositif à la réalité » ; 8e Assises internationales en santé et sécurité au travail ; 2012

PERFORMANCE

L'impact du PNSM est en deçà de l'attendu. L'épidémie des troubles mentaux et des maladies mentales est mal surveillée et son coût sanitaire, social et économique n'est pas évalué. Par ailleurs la plupart des protagonistes s'accordent sur son relatif échec, en particulier sur la faible participation de la première ligne, la faiblesse de la composante préventive, l'incapacité des structures à répondre aux besoins de la prise en charge médico-psychosociale et l'absence de stratégie ciblant le renforcement des capacités des familles et l'implication de la communauté en faveur de la promotion de la santé mentale.

La SNAPSAM, élaborée en 2013, n'a pas été opérationnalisée à ce jour. Le mandat de l'USM qui s'est terminé en décembre 2013, n'a pas abouti à une forme pérenne de la gouvernance de la SM et d'asseoir la dimension multisectorielle dans cet axe.

L'intégration des activités de santé mentale en 1^{ère} ligne reste déficitaire et les A&J peu ciblés. Cette dernière continue à assurer plutôt le rôle de distributeur de médicaments prescrits ailleurs, que celui d'une structure d'écoute, de dépistage et de suivi de proximité des A&J en détresse ou en traitement. Les mesures prises, en rapport avec la répartition des moyens humains et matériels entre les régions, n'ont pas permis d'améliorer la fonctionnalité de la sectorisation et d'aboutir à une PEC plus efficace des TM/MM ou de prévention du suicide chez les A&J dans les structures de 1^{ère} ligne y compris en médecine scolaire.

L'offre de soins spécialisés est quantitativement insuffisante et n'assure pas la continuité de la prise en charge des A&J dépistés ou orientés. Elle souffre en particulier de graves inégalités géographiques, que ce soit en termes de moyens matériels, qu'en moyens humains ou lits d'hospitalisation⁷⁰.

Le comité technique de lutte contre le suicide a réalisé un rapport sur les statistiques nationales du suicide pour l'année 2015 et nombreuses actions de formation mais, pour des contraintes organisationnelles, ne parvient pas à arrêter son programme de lutte contre les suicides et à mettre en œuvre les interventions envisagées.

De nombreux programmes visent les A&J vulnérables et les situations particulières par des actions spécifiques. Toutefois, les prestations de ces programmes sont extrêmement morcelées, centrées sur les jeunes scolarisés et mal coordonnées entre différents intervenants et organismes (santé, enfance, éducation, jeunesse, etc.). Plusieurs mécanismes ont été certes utilisés pour renforcer le travail conjoint mais l'opérationnalisation de ces mécanismes est encore faible vu les carences de communication entre les départements, voire entre les diverses directions d'un même département. De même, les interventions dans les milieux à risque sont plutôt conjoncturelles.

L'approche multidisciplinaire est initiée mais reste assez limitée. Le comité national multisectoriel est peu fonctionnel et a peu contribué à identifier des actions tenant compte des spécificités des A&J ou à appuyer la mise en œuvre et le suivi des programmes de SM élaborés.

La PEC des A&J présentant des TM/MM ne répond pas aux critères de qualité comme le traduit l'absence de référentiels spécifiques et le manque de services assurant une prise en charge globale axée sur la multidisciplinarité. La formation en matière de SM est insuffisante et reste l'un des facteurs de non réussite des programmes. Le rapport annuel de la DSSB pour l'année 2006, met l'accent sur le fait que la majorité des médecins de 1^{ère} ligne trouvent difficile la prise en charge de la SM (87,5% des participants) ; les principales difficultés évoquées étant le manque de formation en psychiatrie dans 53% des cas, le manque de maîtrise des règles de prescription des psychotropes dans 53% des cas ainsi que la peur du malade mental dans 11% des cas⁷¹.

⁷⁰ Carte sanitaire-MS. 2015

⁷¹ W. Melki; A. Bouslah; et col ; « Attitudes et conduites pratiques des médecins de première ligne face à la santé mentale dans la région de Monastir »; VIII^e JOURNÉE DE LA SANTE PUBLIQUE DE MONASTIR; 20/09/2003.

L'évaluation de la santé mentale des A&J, bien qu'entreprise à une échelle nationale de manière périodique, ne couvre que la population scolarisée alors que les jeunes non scolarisés sont plus exposés à ces TM/MM.

LES PROGRAMMES ET LES INTERVENTIONS CIBLANT LA PRÉVENTION DE LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES ADDICTIVES CHEZ LES A&J EN TUNISIE

La consommation des substances addictives est gérée à travers :

- La stratégie nationale de lutte contre la toxicomanie.
- La stratégie de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et les drogues dans les établissements scolaires mise en place par le Ministère de l'Education et le Ministère de la Santé Publique.
- Le programme de « développement des compétences de vie pour la promotion de modes de vie sains / Prévention de substances psychoactives en milieu scolaire ».

PERTINENCE

Les chiffres de la toxicomanie en Tunisie sont inquiétants.

En 2013, on compte près de 350.000 toxicomanes dont plus de 100.000 cas d'addiction au cannabis, plus de 100.000 au subutex et plus de 11.000 à la seringue. Parmi eux, 70% sont âgés de moins de 35 ans⁷². Parmi les UDI (Usagers de Drogues par injection), 3% sont VIH/SIDA positif et 29% sont atteints d'hépatite C.

En 2017, 3% des élèves âgés de 15-17 ans ont consommé au moins une fois des psychotropes, 3,8% du cannabis, 0,4% de la cocaïne, 1,4% de l'ecstasy et 3,8% de la colle.

300 parmi les 842 produits stupéfiants répertoriés dans le monde, circulent en Tunisie. Le Cannabis et la cocaïne sont connus respectivement par 86,4% et 63,6% des adolescents de 15-17 ans.

La stratégie nationale de lutte contre la toxicomanie vise la sensibilisation contre les méfaits de la drogue et favorise la réinsertion à la vie active dans le cadre du partenariat entre les intervenants.

Le programme « développement des compétences de vie » vise particulièrement la prévention de l'addiction aux substances psycho-actives et les comportements à risque chez les A&J scolarisés.

COHÉRENCE

Révision des textes juridiques et mise en place de structure de coordination et de gestion. Le bureau national des stupéfiants a été créé en 1986 (Décret n° 86-3 du 7 janvier 1986 modifié par le décret 96-2151 du 6 novembre 1996) et une commission des toxicomanies chargée de gérer les demandes de soins des toxicomanes a été mise en place.

Création de 3 centres de prise en charge des toxicomanies et ouverture de 4 centres de rééducation et de réinsertion ainsi que 6 centres d'écoute et d'orientation au profit des toxicomanes. Par ailleurs, des centres de prévention et d'accompagnement, sont prévus dans le plan de développement 2010-2016, à Ben Arous, Jendouba et Sidi Bouzid.

Mise en place d'un certificat d'étude complémentaire en addictologie à la Faculté de médecine de Tunis et formation de près de 130 médecins de santé publique en addictologie.

⁷² Ministre de la Santé. 2013

Réalisation de plusieurs études dont l'enquête MesdSPAD.

Intégration de modules consacrés aux conduites addictives dans les clubs de santé (scolaires) et dans les colonies de vacances.

Le tissu associatif est impliqué dans la lutte contre les risques liés à l'usage de drogues à travers le plaidoyer, la formation des éducateurs, l'accompagnement psychoaffectif, contribution à la formation et le lancement des programmes communautaires.

La formation à l'éducation des pairs et l'implication des autres acteurs à travers des approches intersectorielles et pluridisciplinaires bien définies.

Des campagnes de sensibilisation et d'information, nationales et régionales, sont menées de manière périodique.

PERFORMANCE

L'impact des stratégies et programmes est en deçà de l'attendu en terme de prévention, de couverture ou de continuité des soins.

Le problème d'accès aux services de santé est bien réel vu que les centres fonctionnent de manière irrégulière et n'assurent pas des consultations médicales d'addictologie et leurs prestations ne sont pas intégrées.

Le projet de prévention de la toxicomanie en milieu scolaire n'est pas encore évalué et les A&J non encadré sont peu ciblés.

Formation à l'éducation des pairs et l'implication des autres acteurs sont insuffisantes.

L'opérationnalisation de la stratégie surtout en matière de prévention et d'implication des composantes de la société civile restent faibles.

Les campagnes de sensibilisation et d'information, nationales et régionales sont peu efficaces.

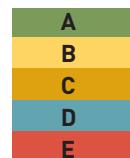
Les données de surveillance de ces conduites ainsi que celles relatives au suivi et évaluation des programmes et intervention sont limitées.



Degré de réalisation en Tunisie des interventions avérées en matière de santé des A&J⁷³

L'évaluation du degré de réalisation en Tunisie des interventions avérées en matière de santé des A&J a été approchée en se référant à l'avis des participants à l'atelier national qui s'est appuyé sur les éléments de la revue des programmes et le témoignage de certains responsables de programmes. Une cotation basée sur une échelle prévoyant 5 scores a été adoptée pour cette évaluation :

- Intervention mise en œuvre engagée et soutenue
- Intervention adoptée mais peu engagée
- Intervention adoptée mais peu engagée et peu structurée
- Intervention en cours d'élaboration
- Intervention non élaborée



Les résultats de cette évaluation sont présentés dans le tableau 10.

Tab. 10 : Degré de réalisation en Tunisie des interventions avérées en matière de santé des Adolescents et des Jeunes

Développement positif	Services de santé adaptés aux A&J
	Promotion de la santé en milieu scolaire
	Promotion de la santé des A&J non encadrés (hors du milieu scolaire)
	Interventions d'hygiène
	Interventions de nutrition
	Services de protection des A&J
	Interventions en matière de cybersanté
	Education sanitaire
	Education parentale
	Participation des A&J et interventions pour promouvoir leurs compétences
Blessures involontaires	Lois sur l'âge réglementaire pour consommer l'alcool, la pratique et les résultats d'alcoolémie, la ceinture de sécurité et le port de casque, le permis de conduire.
	Sécurité routière
	Soins pré-hospitaliers et hospitaliers
	Prévention des noyades
	Prise en charge des A&J présentant des blessures involontaires
	Conception et amélioration de l'infrastructure
Violence	Normes de sécurité des véhicules
	Mise en œuvre et application des lois (violence, exploitation des enfants, etc.)
	Normes et valeurs : lutte contre les inégalités sexuelles
	Environnements sécurisés
	Soutien des parents
	Renforcement des capacités économiques des jeunes
	Prise en charge et soutien
	Éducation et compétences de vie

⁷³ Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation. élaboré par l'OMS en collaboration avec l'ONUSIDA, l'UNESCO, l'UNFPA, l'UNICEF, ONU Femmes, la Banque mondiale, l'initiative Toutes les femmes, tous les enfants et le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. 2017

Santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH,	<ul style="list-style-type: none"> Education sexuelle Information, conseil et services de SSR Prévention et réponse aux pratiques préjudiciables Soin périnataux et soins après avortement adaptés Prévention, détection et traitement des IST/VIH Prise en charge complète des enfants vivant avec ou exposés au VIH
Maladies transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> Prévention, détection et traitement des maladies transmissibles Vaccinations courantes Prévention et gestion des maladies infantiles Prise en charge de la méningite
Maladies non transmissibles, nutrition et activité physique	<ul style="list-style-type: none"> Tabac – Nutrition - Activité physique – Alcool - Drogues : Interventions structurelles, environnementales, organisationnelles, communautaires, interpersonnelle et individuelle de qualité Prévention des maladies non transmissibles Détection et traitement des maladies non transmissibles Prévention, détection et gestion de l'anémie TraITEMENT et réadaptation des enfants avec des anomalies congénitales et handicapés Santé bucco-dentaire des A&J
Santé mentale, consommation de substances et automutilation	<ul style="list-style-type: none"> Soins pour les enfants ayant un retard de développement Soins et stimulation réactifs Soutien psychosocial et services connexes pour la santé mentale et le bien-être des A&J La formation des compétences parentales pour gérer les troubles du comportement chez les A&J Prévention de la consommation des substances Prévention de l'utilisation des substances nocives et détection et gestion des déchets dangereux Prévention du suicide de l'adolescent Gestion des risques d'automutilation et de suicide
Conditions particulières avec grande priorité en matière humanitaire	<ul style="list-style-type: none"> Services de santé de base pour soutenir les A&J avec des handicaps Gestion clinique et communautaire, soutien psychosocial pour les survivants de la violence sexuelle et/ou sexiste Paquet de soins essentiels de SSR Promotion de la santé mentale Premiers secours psychologiques en première ligne en faveur de l'adolescent présentant un trouble mental, neurologique ou utilisant des substances addictives Services de santé de base pour soutenir les A&J avec des handicaps





Chapitre |4|



Synthèse de la revue

A la lumière de la revue des programmes et des conclusions de l'atelier national, on relève un réel souci des différentes administrations centrales à concevoir et définir, chacune en ce qui la concerne, des interventions pertinentes ciblant les A&J. Toutefois, il est important de constater que la santé des jeunes reste une mission répartie entre diverses institutions sans qu'un mécanisme central ne les unisse dans une vision globale et partagée, et leur permettent d'arrêter ensemble la définition des « Services de santé adaptés aux A&J » en termes de missions, normes, standards et organisation. En effet :

- Sur le plan conceptuel, les programmes de santé ciblant les A&J sont nombreux, centralisés, assez dispersés et impliquent de nombreux intervenants. Ils couvrent la quasi-totalité des dimensions de la santé des A&J et intègrent la plupart des interventions avérées pour la promotion de la santé des A&J telles que recommandées par l'OMS. Toutefois, sur le plan pratique leur réalisation est faite plutôt de manière cloisonnée et nombreux d'entre eux sont peu ou pas opérationnalisés (nutrition, MNT, santé mentale, lutte contre la violence, prévention du suicide, etc.). Ainsi, les services d'information, de conseil, de diagnostic, de traitement ou de soins, actuellement fournis, ne répondent pas aux besoins et aux attentes des A&J.
- La plupart des programmes s'appuyant sur le modèle biomédical, (lutte contre les maladies transmissibles, SSR, santé bucco-dentaire) sont mis en œuvre selon des plans d'action et sont appliqués selon des protocoles clairement définis à travers de nombreux modules et fiches techniques et plusieurs sessions de formation continue au profit des professionnels. A l'opposé, les programmes nécessitant une approche biopsychosociale intersectorielle, se heurtent à des difficultés d'appropriation par les professionnels de santé, d'opérationnalisation et de pérennisation. S'agit-il d'une problématique de leadership, de coordination, de moyens ou de déficit des mesures d'appui lors de la mise en œuvre et lors du suivi ?

Un tel constat confirme que le système national de santé, tout en reconnaissant la place des déterminants sociaux de la santé dans la promotion de la santé et du bien-être, continue à apporter une réponse biomédicale aux problèmes de santé et trouve des difficultés à intégrer les aspects psychologiques et sociaux face aux risques comportementaux et aux maladies des A&J (traumatismes et violence, troubles et maladies mentales, maladies non transmissibles, consommation de tabac et de substances illicites, etc.). Une approche intégrée, basée sur le modèle biopsychosocial, permettra de mettre en place des stratégies de soins et des mesures sociales plus adaptées et moins coûteuses⁷⁴.

- Le mode de choix des priorités et la définition des objectifs des programmes de santé ciblant les A&J s'appuient certes sur des indicateurs épidémiologiques et comportementaux, recueillis le plus souvent à partir d'enquêtes, mais restent peu précis en absence d'une vision et d'une politique bien définies en matière de santé des A&J et en absence de données détaillées couvrant l'ensemble des dimensions de leur santé et de ses déterminants surtout celles des plus vulnérables parmi eux.
- Plusieurs initiatives sont entreprises pour cibler en particulier la promotion de modes de vie sains des A&J en situation de vulnérabilité (non scolarisés, de familles nécessiteuses, issus de certaines régions défavorisées, chômeurs, dans la rue, ...) notamment dans les domaines de prévention du VIH/SIDA, de consommation de drogues et de SSR. Mais l'efficacité de ces interventions reste limitée et la capacité de les toucher de manière continue est faible.

Les programmes et les interventions d'EPLS ciblent plusieurs domaines de la santé des A&J (Reproduction, Contraception, IST/VIH, Education Nutritionnelle, Hygiène, Conduites addictives, Protection de l'environnement,

⁷⁴ Vannotti M. Modèle biomédical et modèle biopsychosocial. <http://www.cerfasy.ch/cours-en-ligne/mod%C3%A8le-bio-m%C3%A9dical-et-mod%C3%A8le-bio-psycho-social>

etc...) et utilisent divers processus pédagogiques, d'information, de communication et d'apprentissage pour favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé. Toutefois, leur mise en œuvre se heurte à des contraintes financières et organisationnelles et leur impact est peu évalué.

- Les mesures d'accompagnement pour la mise en œuvre des programmes sont faibles en matière de formation des professionnels, d'attractivité des structures et de qualité d'accueil ;
- L'organisation des services en termes de parcours de soins, de réseaux de prise en charge, de normes d'équipements, de coordination entre les différents niveaux de soins et de collaboration entre les différents secteurs est mal définie. Elle est une source de contraintes à l'accessibilité et à la continuité des interventions au profit des A&J.
- L'absence de mécanismes permettant la participation des A&J à la prise de décision relative aux soins qui les concernent ainsi qu'à leur suivi et leur évaluation altère l'objectivité de l'identification des priorités et du choix des stratégies adoptées.
- Les systèmes d'information des programmes de santé sont fondés, pour la plupart, sur des indicateurs d'accès aux services plutôt que sur des indicateurs de qualité de services ou de résultat et d'impact. Les données disponibles montrent que la performance des programmes est plutôt limitée avec des niveaux de couverture par les prestations promotionnelles préventives faibles à l'exception des prestations de médecine scolaire. Pour leur part, les données sur la qualité, l'impact et l'efficience des programmes sont peu fournies.

L'ensemble des constatations sus-mentionnées ainsi que les indicateurs sur les comportements et l'état de santé des jeunes soulèvent ainsi des questions à propos des politiques et stratégies de santé engagées en faveur des A&J. Elles sont relatives notamment au (à) :

- Degré d'intégration des spécificités de cette population dans les programmes nationaux de santé par l'ensemble des intervenants nationaux, régionaux et locaux ;
- L'efficacité des mécanismes adoptés pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes ;
- Moyens à mettre en œuvre pour améliorer les prédispositions et les compétences des équipes locales et régionales à contribuer efficacement aux programmes de santé ciblant les jeunes et à mieux comprendre leurs spécificités ;
- Les moyens et les ressources matérielles à mettre pour assurer la disponibilité et la pérennisation des services afin de réaliser les objectifs escomptés des programmes ;
- Le rendement des méthodes et techniques adoptées dans les stratégies éducatives ciblant les jeunes ;
- La nature et l'efficacité de l'approche qualité adoptée au niveau des régions, des délégations et aux points de prestation des services ciblant les A&J.

Propositions

1/ Elaborer une vision et une stratégie pour la promotion de la santé des A&J.

En effet, en se référant aux domaines d'action des secteurs de la santé, il ressort que, pour promouvoir la santé des A&J, le système national doit en tenant compte des priorités nationales :

- a. Redéfinir, à partir de l'ensemble des évaluations réalisées et des recommandations de l'atelier national de février 2017, une vision et une politique de santé spécifiques aux A&J permettant de renforcer les programmes existants, opérationnaliser les stratégies et les programmes adoptés mais peu ou non réalisés, et intégrer le ciblage des jeunes non encadrés et/ou en situation de vulnérabilité ;
- b. Réviser la nature, la qualité et l'organisation de l'offre de services de santé et favoriser leur mise en œuvre de manière graduelle pour assurer la couverture sanitaire universelle pour tous les adolescents ;
- c. Adapter le cadre législatif relatif à la santé des jeunes aux dispositions de la constitution relatives à la santé des A&J et aux recommandations internationales en la matière ;
- d. Favoriser la participation des A&J et améliorer leur capacité à recourir aux prestations offertes ;
- e. Optimiser le système d'information moyennant des mesures correctives permettant l'intégration, le recueil et l'utilisation des données nécessaires pour la planification et le suivi des interventions du secteur de la santé ; et
- f. Mobiliser et assurer le soutien des autres secteurs pour compléter l'intervention sanitaire par une meilleure réponse aux besoins sociaux, environnementaux et médico-sociaux des A&J.

2/ Adopter un cadre de référence pour élaborer la vision, définir les principes de la politique de santé des A&J, identifier les points forts et les points faibles de l'état

des lieux, et formuler la stratégie et les propositions d'interventions. A ce propos, il est important de noter que pour assurer l'efficience des programmes et interventions ciblant la gestion des risques pour la santé des A&J, il est important de (fig. 1) :

- a. Cibler cette population mais également tous les acteurs qui peuvent influencer leurs modes de vie (famille, réseaux sociaux, médias, etc.) afin d'assurer leur appui et améliorer la qualité de leur contribution en matière d'écoute et de conseil ;
- b. Diversifier les approches d'interventions en mettant l'accent sur l'intégration, la non discrimination, la multidisciplinarité et l'intersectorialité, l'équation entre les interventions universelles et celles ciblant les populations vulnérables ou à risque, les services de proximité et la participation des jeunes ;
- c. Prendre en considération les leviers de la réussite telles que la reconnaissance des jeunes, l'amélioration de l'attractivité des structures de prise en charge, la nécessité d'enraciner et de construire sur une culture citoyenne ainsi que l'amélioration du système de suivi et évaluation et lui insérer des mécanismes de redevabilité (tab. 11).

3/ Entreprendre la détermination des priorités de santé des A&J en s'appuyant sur une logique matricielle⁷⁵

- permettant d'identifier (fig. 2) :
- a. Les pathologies et/ou les déterminants de santé prioritaires (priorités verticales) ;
 - b. Les catégories de population de A&J prioritaires cernées selon l'acuité du problème de santé, l'intensité et la fréquence du risque pour la santé ou la vulnérabilité de la population à cibler (priorités horizontales) ; et
 - c. Les mesures d'accompagnement à fournir en priorité (information, coordination, ...) qui touchent à l'organisation des dispositifs (priorités transversales).

⁷⁵ Teil, J-P Claveranne. Description et analyse des dispositifs des pays de l'Union Européenne et d'Amérique du Nord A. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00600624>

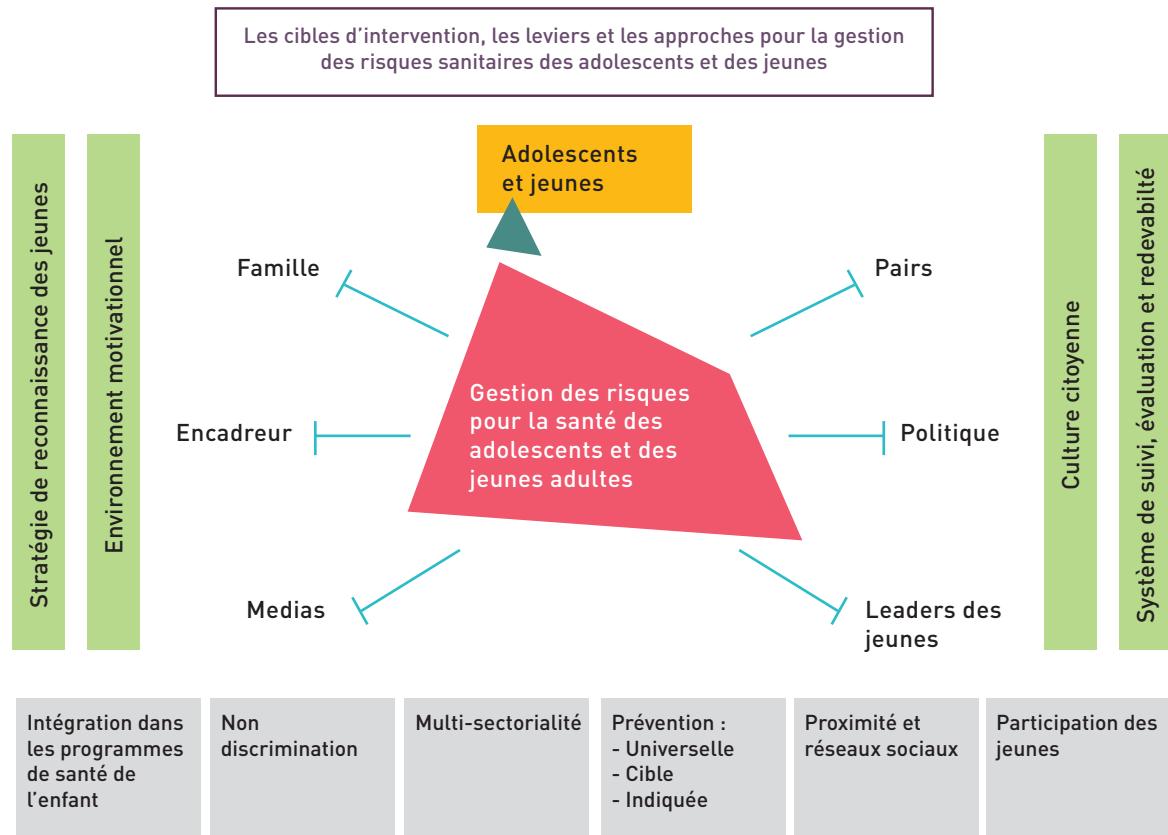


Figure 1 : Cadre de référence proposé pour l'élaboration de la vision et de la stratégie ciblant la santé des adolescents et des jeunes.

Tab. 11 : les leviers des stratégies de santé ciblant des adolescents et des jeunes.

Environnement motivationnel	Stratégie de reconnaissance des jeunes	Culture citoyenne	Système de suivi d'évaluation et de redevabilité
Famille	Définition des principes et des champs de reconnaissance	Valeurs citoyennes	Suivi et évaluation axés sur les résultats
Ecole		Normes concernant les droits et les devoirs	Outils de planification de la redevabilité
Société	reconnaissance	Pratiques citoyennes	Mise en pratique de la redevabilité
Structures jeunes (Infrastructure et équipements adaptés)	Définition des critères et des procédures de reconnaissance		

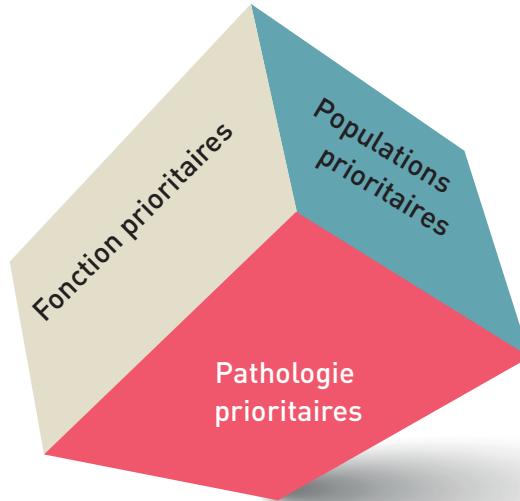


Figure 2 : Exemple de représentation de la logique matricielle

4/ Inclure parmi les pathologies prioritaires la santé mentale, les affections liées aux comportements à risque et les maladies respiratoires. En effet, les problèmes sanitaires liés à la santé mentale y compris le suicide, aux comportements à risque pour la santé (accident, conduites addictives, tabac, sédentarité et mauvaises habitudes alimentaires) chez les A&J sont des priorités émergentes de santé publique. Ces problèmes représentent les principales causes de mortalité, de morbidité et du handicap chez les A&J en Tunisie et dans le monde. Beaucoup d'entre eux sont peu détectés, dépistés tardivement et non traités. Une telle situation a de lourdes conséquences sur la santé des A&J tout au long de la vie et sur le rendement du système de santé national. Pour leur part, les maladies de l'appareil respiratoire représentent la 3ème cause de décès chez les 5-14 ans et la 4ème chez les 15-24 ans.

5/ Aborder la promotion de la santé des A&J selon une approche holistique « centrée sur l'adolescent et le jeune » et mettre l'accent sur la promotion et la prévention. Il est évident que le ciblage des différentes dimensions de la santé des A&J doit inclure pour chacune d'elle la gestion de l'ensemble de ses facteurs de causalité: individuels (âge, sexe, connaissances, compétences, autonomie, etc.) et environnementaux (caractéristiques de la famille, valeurs et comportements des pairs, réseaux communautaires, école et établissements de santé, pratiques et normes culturelles repris par les médias, modes de gouvernance politiques, etc.).

De même et pour chacune d'elle, il est pertinent de mettre l'accent sur la promotion et la prévention en se référant à l'évidence avérée qui précise que « des investissements relativement faibles, axés sur les A&J, permettront d'avoir des générations futures en meilleure santé, avec d'énormes bénéfices à la clé⁷⁶ ».

6/ Adopter un paquet de soins essentiels pour les A&J :

- a. Couvrant l'ensemble des dimensions de leur santé, telles que définies dans les référentiels de l'OMS ;
- b. Identifié selon une approche centrée sur les publics cibles et de manière à répondre à leur droit à la santé et à être conforme aux principes d'équité, de non-discrimination, de qualité et d'acceptabilité ;
- c. Répondant aux exigences de disponibilité, d'accessibilité, d'adaptation, de sécurité, de consentement et de respect de l'intimité.

7/ Veiller lors de l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des interventions d'éducation pour la santé à consolider la participation active de tous les partenaires, A&J et professionnels, et s'assurer de la conformité aux exigences éthiques des interventions proposées.

8/ Intégrer dans les populations prioritaires les A&J non scolarisés, de quartiers péri-urbains ou de milieu rural ainsi que les A&J victimes de violence, ayant des prédispositions génétiques ; une vulnérabilité psychologique ou psychiatrique ; victimes de

⁷⁶ Global Accelerated Action for the Health of Adolescents [AA-HA!]: Guidance to Support Country Implementation

maltraitance, négligence ou marginalisation ; vivants dans une situation sociale défavorable ou dans un milieu familial en manque d'harmonie. Ces groupes d'A&J vulnérables constituent des cibles particulières aux différents risques pour la santé et nécessitent un investissement particulier dans le renforcement de leurs compétences de vie et dans l'adaptation des programmes nationaux à leurs spécificités.

9/ Renforcer les services de santé scolaire qui se caractérisent par leur proximité et leur accessibilité en améliorant encore les compétences des professionnels en termes de prise en charge psychosociale et en renforçant l'approche intersectorielle en tenant compte des leçons retenues des expériences antérieures (CEC, BEC, PASS, etc.).

10/ Consolider les acquis en matière de lutte contre les maladies transmissibles y compris la tuberculose, le VIH et les IST et de santé sexuelle et reproductive.

11/ Elaborer et mettre en œuvre des normes nationales et un système de suivi de la qualité des services de santé destinés aux jeunes et adolescents en veillant à :

- a. Poursuivre l'investissement en matière d'élaboration de guides techniques et de référentiels conformes aux recommandations de l'OMS et aux consensus internationaux.
- b. S'assurer que les établissements prestataires de soins ciblant les A&J offrent des services en s'appuyant sur un ensemble de mesures qui couvrent : la gouvernance ; les compétences des professionnels ; la garantie des droits à l'intimité, à la confidentialité et à la non-discrimination ; le financement et la fourniture de médicaments, d'équipements et de techniques, et le développement des mécanismes de participation des A&J à la prise de décision relative aux soins qui les concernent ainsi qu'à leur suivi et leur évaluation⁷⁷.

- c. Mettre en œuvre des systèmes destinés à garantir une bonne information des A&J sur leur propre santé et sur les services de santé de proximité mis à leur disposition.
- d. Mettre en place un système d'information pour collecter, analyser et utiliser les données sur l'utilisation des services et la qualité des soins fournis aux A&J.

12/ Assurer une meilleure coordination entre l'ensemble des acteurs des différents niveaux pour fournir un ensemble de services d'information, de conseil, de diagnostic, de traitement et de soins qui répond aux besoins de tous les A&J. A ce propos, il est évident que la mise en place d'un processus efficace pour améliorer la coordination entre les institutions constitue un des leviers de la réussite d'une stratégie ciblant la santé des A&J (réseaux de santé A&J). En se référant au cadre programmatique, cité ci-dessus, on retient qu'il est efficient de maintenir l'option de répartition des responsabilités existant, entre les différentes institutions sus-citées, tout en identifiant ou en créant un niveau de leadership pour l'ensemble de ces actions au sein du Ministère de la Santé. Ce dernier doit veiller particulièrement à : relancer la coordination entre les intervenants, les partenaires, la communauté, la société civile et la famille ; identifier les besoins pour les programmes de santé des adolescents et les ressources pour leur financement ; créer une dynamique pour l'élaboration et le partage des référentiels de prévention, de détection et de prise en charge des situations à risque pour la santé des adolescents ; engager un programme de formation et d'encadrement en matière de santé des A&J.

⁷⁷ Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents. Guide pour la mise en œuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents. Volume 2: guide de mise en œuvre. OMS-ONUSIDA.

Conclusion

La santé des adolescents et des jeunes est une priorité de santé publique car les comportements ayant un effet sur la santé et les facteurs sous-jacents des principales maladies non transmissibles apparaissent ou sont renforcés généralement au cours de cette phase de vie. Par ailleurs, il est établi que l'exposition des A&J à des environnements nuisibles et leur initiation à des comportements à risque pour la santé, risquent de perdurer et d'avoir de graves impacts sur leur santé, leur développement et sur toutes les étapes de leur vie.

Les indicateurs nationaux relatifs aux comportements des jeunes et à leur état de santé sont préoccupants par la fréquence élevée des comportements à risque pour la santé (tabac, mauvaises habitudes alimentaires, sédentarité, toxicomanies, violence, etc.), des pathologies aussi bien courantes que chroniques, des traumatismes, des troubles et maladies mentales. Par ailleurs, la revue des programmes de santé relève que le système de santé a engagé plusieurs initiatives pour permettre à cette population d'accéder à ses droits constitutionnels en matière de santé, de justice sociale et d'équité. Toutefois, nombreux besoins et attentes restent peu satisfaits. En effet, les programmes de santé ciblant les A&J sont nombreux et couvrent une grande partie de l'ensemble des dimensions de la santé des jeunes mais ils sont centralisés, assez dispersés et beaucoup d'entre eux sont,

en réalité, peu ou pas engagés en pratique. De même, le mode de choix de leurs priorités et la définition de leurs objectifs restent peu précis en l'absence d'une vision et d'une politique bien définies en matière de santé des A&J; et les mesures d'accompagnement engagées pour leur mise en œuvre et leur extension sont faibles.

Au vu de ces constations et pour remédier aux lacunes relevées, le système national est appelé, dans l'urgence, à définir une vision et à élaborer une politique de santé globale, intégrée et centrée sur l'adolescent et le jeune. Il est appelé également à opérationnaliser les stratégies et les programmes adoptés mais encore peu ou non réalisés, à élargir le ciblage aux jeunes non encadrés et/ou en situation de vulnérabilité et à assurer la couverture sanitaire universelle pour tous les adolescents à des soins de qualité.

Avec un tel investissement dans la santé des jeunes, composante essentielle de tout projet de société, le système de santé fera bénéficier les adolescents et les jeunes de leurs droits constitutionnels et des progrès obtenus dans le domaine de leur santé ; contribuera à développer leurs compétences et leurs potentialités et participera efficacement à soutenir leur socialisation et à les aider à acquérir l'estime de soi.



Annexe

CONCLUSIONS DE L'ATELIER NATIONAL

Priorités retenues au niveau des travaux de groupes

Développement positif et Conditions particulières humanitaires :

- Renforcement des services de santé adaptés aux adolescents
- Garantie d'une prise en charge psycho-sociale
- Education parentale

Blessures involontaires et Violence :

- Education aux compétences de vie pour prévention de la violence
- Renforcer les espaces amis de jeunes et les clubs de santé
- Opérationnalisation des lois concernant la sécurité routière particulièrement

Santé sexuelle et reproductive et Maladies transmissibles :

- Développer une stratégie d'éducation sexuelle adaptée à l'âge (en partenariat avec le ME, MI, MJ...)
- Stratégie nationale de DSSR ado/jeunes polyvalente et pluridisciplinaire
- Améliorer la collecte des données par rapport aux perceptions des jeunes/ado vis-à-vis des prestations de services et leur qualité.

Maladies non transmissibles, nutrition et activité physique :

Tabac :

- Ratification de la nouvelle loi
- Application des mesures législatives et réglementaires
- Renforcer les activités prévues dans le cadre du programme national
- Instaurer les structures nécessaires pour appliquer ces mesures
- Prévenir l'initiation au tabac (prévenir la première cigarette)
- Une stratégie nationale de structure d'éducation « non fumeur »

Nutrition :

- Extension de la stratégie de lutte contre l'obésité à l'échelle nationale
- Contrôle de la publicité (interdiction de la publicité des boissons sucrées pour enfants).
- Collaboration avec le secteur agroalimentaire
- Proposition d'alternatives pour alimentation saines (Distributeur de healthy-food)
- Extension de la stratégie de la promotion de l'activité physique à tous les gouvernorats
- Généralisation des terrains de sports à toutes les écoles et dans les quartiers

Santé bucco-dentaire :

- Instauration des activités de supervision et d'évaluation continue des prestations de SBD en milieu scolaire et dans les CSB disposant d'une chaise dentaire.
- Couverture de la population d'enfants/ado non scolarisés.

Santé mentale, consommation de substances et automutilation :

- Mise en place et réorganisation de structures/espaces dédiés aux A&J pour leur permettre d'accéder, lors de leur temps libre, à des activités épanouissantes et instructives
- Amélioration de la PEC psychologique au niveau de la 1^{ère} ligne et de la collaboration entre les différents niveaux de soins et les différents secteurs
- Promotion de la santé mentale dès la petite enfance
- Renforcement du rôle des médias dans l'éducation pour la santé
- Intégration et inclusion des jeunes/ado ayant des besoins spécifiques

Les orientations stratégiques prioritaires recommandées par l'atelier national

- Adapter la législation tunisienne aux dispositions de la constitution relatives à la santé des A&J
- Cibler l'ensemble des dimensions de la santé des A&J et améliorer l'accès aux prestations promotionnelles, préventives, curatives et de réadaptation (services de proximité)
- Améliorer la qualité des prestations et intégrer le modèle bio- psycho-social dans les prestations de services de santé offerts aux A&J
- Opérationnaliser les stratégies et plans déjà élaborés et adoptés (MNT, santé mentale, lutte contre les suicides, etc.)
- Développer et garantir le fonctionnement des réseaux de santé A&J
- Améliorer l'efficacité des approches multidisciplinaires et multisectorielles (gouvernance)
- Accroître l'éducation parentale autour de la santé des A&J
- Développer l'approche participative (profiter du cadre du dialogue sociétal)
- Mettre en place une stratégie de communication large dans les services de santé et dans la communauté pour un comportement favorable à la santé et adapter ses approches et ses outils aux perceptions, opinions et valeurs des A&J (innovation des approches, adoption des nouvelles technologies, etc.)
- Renforcer les capacités des professionnels de santé et des différents intervenants/acteurs en matière de promotion, de prévention et de prise en charge de la santé des A&J dans la 1^{ère} ligne
- Développer la recherche opérationnelle, évaluative et médico-économique
- Développer le partenariat avec les médias autour de la communication ciblant la santé des A&J
- Renforcer les capacités et le partage du système de suivi et évaluation et redevabilité
- Améliorer le financement du secteur de la santé des A&J



UNFPA Tunisie

54, Av. Tahar Ben Achour, Mutuelleville, 1082 Tunis
Tél. : (216)71 282 383/384 - tunisia.unfpa.org

CRÉDITS PHOTOS : UNFPA Tunisie