

Jeunes et Santé de la reproduction

I. Justification de l'étude en Tunisie

La Tunisie pays engagé dans une voie planifiée depuis le début des années soixante, se situe actuellement à la dernière phase de sa transition démographique où le poids des personnes à charge et des personnes âgées ne pèse pas lourd sur le développement économique et social.

Cette phase appelée par les démographes l'âge d'or démographique ou la fenêtre démographique ne pourrait l'être réellement que si la population en âge d'activité qui représente l'essentiel de la population dispose d'un état de santé favorable, et bénéficie d'un emploi lui permettant de mener une vie descente et de contribuer au développement économique et social.

Consciente de l'importance des jeunes dans l'avenir du pays, la Tunisie a adopté depuis l'indépendance (1956) une politique de population où les jeunes occupent une place de choix.

Ce choix a été renforcé au cours des deux dernières décennies. En effet, différentes mesures ont été prises en faveur de la généralisation de la scolarisation, l'encadrement pédagogique et scientifique des jeunes, la lutte contre l'analphabétisme et l'abandon scolaire, la création d'emploi et l'éducation des jeunes en vue de leur permettre de bénéficier d'une santé sexuelle et reproductive saine.

L'étude tentera de traiter de la situation des jeunes face à leur environnement socio-culturel et économique. Une attention particulière sera accordée à l'éducation, à l'emploi, aux problèmes inhérents à leurs développements, et aux mesures prises en vue de favoriser leur insertion dans la vie active. Nous analyserons également la stratégie appliquée par la Tunisie en vue de garantir aux jeunes le droit de jouir d'une bonne santé et de répondre à leur attente dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

II. L'éducation

La Tunisie a misé sur le développement des ressources humaines comme facteur de développement économique et social dès le début de son indépendance.

En effet, l'Etat tunisien a en moyenne consacré depuis 1956 5.5% du PIB à ce secteur. Des réformes visant la généralisation de l'enseignement introduites depuis 1959 ont été renforcées surtout au cours des deux dernières décennies, dans l'objectif d'améliorer la qualité de la formation et de l'adapter aux conditions de l'emploi et de la maîtrise des nouvelles technologies.

Un dispositif adéquat en terme de décentralisation des institutions éducatives de renforcement des structures d'accueil, et du personnel pédagogique et d'encadrement qualifié a été mis en place. Le nombre d'écoles primaire, de lycée, de collèges, de centre de formation professionnelles ainsi que d'établissement d'enseignement supérieur se sont accrues d'une manière remarquable sur tout le territoire.

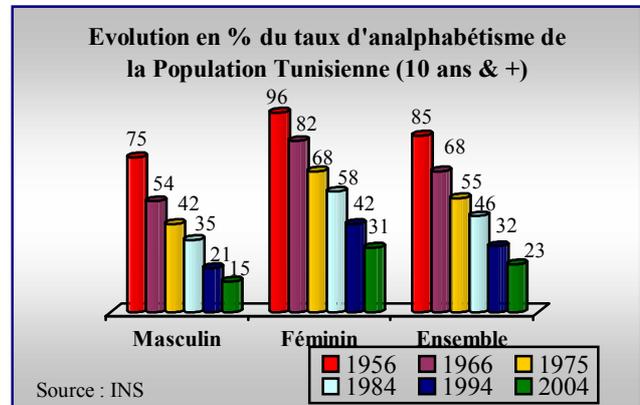
Cette politique en faveur de l'éducation s'est traduite également par des résultats palpables à travers le recul de l'analphabétisme. En effet le taux d'analphabétisme parmi la population âgée de 10 ans et plus a subi une régression continue passant de 85% en 1956 à 46% en 1984 pour atteindre 22.9% en 2004 (voir graphique).

Toutefois et malgré les résultats fortement positifs, l'analphabétisme demeure relativement important particulièrement en milieu rural et chez les femmes.

Ainsi, au recensement de 2004, 31% des femmes s'étaient déclarées analphabètes contre 15% des garçons. Le problème se pose avec plus d'acuité en milieu rural : l'Enquête Population et Emploi (1999) a montré que 53.2% des femmes appartenant à ce milieu étaient illettrées contre 92.1% en 1966.

Conscient de la gravité de la situation et du poids de l'analphabétisme sur l'indice de développement humain, indicateur d'appréciation de l'effort consenti dans le domaine de la promotion des ressources humaines, l'Etat tunisien a pris plusieurs mesures en faveur de l'éducation.

Ces mesures visent en premier lieu à accroître le taux de scolarisation pour la tranche d'âge 6-15 ans, de faire fléchir le taux d'abandon scolaire, de réduire les écarts entre sexes et milieux et de garantir l'égalité des chances devant l'éducation.



Plusieurs lois ont été instituées pour soutenir les objectifs précités :

- Loi 91-65 du 29 juillet 1991 sur la réforme du système éducatif garantissant le **droit à l'éducation** et à la formation professionnelle. « Tous ceux qui sont en âge de scolarisation bénéficient de la gratuité de la formation scolaire ». L'enseignement de base, fixé à neuf ans à partir de 6 ans est devenu depuis 1991 obligatoire pour tout élève à même de poursuivre régulièrement ses études
- Loi n° 93-10 du 17 février 1993 portant sur l'orientation et la formation professionnelle
- Loi 93-12 du 17 février 1993 portant création de l'Agence Tunisienne de l'emploi et l'Agence Tunisienne de la formation professionnelle
- Loi 93-12 du 17 février 1993 portant création d'un Centre National de Formation des formateurs, et d'ingénierie de formation et d'un Centre National de formation continue et de promotion professionnelle
- Loi d'orientation scolaire promulguée en juillet 2002 s'inscrivant dans "l'école de demain"

D'autres mesures de consolidation des acquis ont été prises :

- généralisation progressive de l'année préparatoire pour les enfants âgés de moins de 5 ans
- suppression de l'examen de fin d'études primaires (6-12 ans) facilitant le passage des enfants aux collèges,
- l'examen de fin d'études de l'enseignement de base (9^{ème} année) est devenu optionnel

Ces mesures ont été accompagnées par un programme d'enseignement des adultes. Plus de deux milles diplômés de l'enseignement supérieur ont été recrutés à cet effet. Les statistiques récentes ont montré que près de 200 milles adultes bénéficient annuellement de cette formation.

Les principaux bénéficiaires de ce programme sont les personnes âgées entre 10 et 29 ans.

Au cours de la dernière décennie, la situation s'est nettement améliorée surtout au profit des jeunes. Ainsi, 6% des jeunes âgés entre 10-24 ans demeurent analphabètes en 2004 contre

12.8% en 1994 et 51.2% en 1966. Entre 10-14 ans, on compte seulement 2% en 2004 contre 6% en 1994.

Par ailleurs, l'écart entre les deux sexes a tendance à se rétrécir passant de 28.5 points en 1966 et de 21 points en 1994 à 16.2 en 2004.

Cet constatation est particulièrement remarquable au niveau de la tranche d'âge 10-19 ans soit un écart de 1.1 points entre 10-14 ans et 2.6 entre 15-19 ans.

La Tunisie a décidé de relever le défi de réduire de 50% l'analphabétisme à l'horizon 2015 conformément aux recommandations du Forum "Education pour Tous de Dakar". L'objectif intermédiaire est de 16% en l'an 2006. Cet objectif semble réalisable au vu des résultats examinés précédemment et de la volonté politique d'une action soutenue.

Taux d'analphabétisme par sexe, des jeunes âgés entre 10 et 29 ans selon le groupe d'âges

Groupe d'âges	Masculin		Féminin		Total	
	1994	2004	1994	2004	1994	2004
10-14	3.4	1.7	9.4	2.8	6.3	2.3
15-19	4.5	3.1	14.9	5.7	9.6	4.4
20-24	6.6	4.2	24.1	9.9	15.3	7.0
25-29	11.4	5.8	34.7	15.7	23.3	10.9
10 ans &+	21.3	14.8	42.3	31.0	31.7	22.9

La baisse des effectifs du primaire aidant permettrait de libérer des ressources qui seraient alloués à cet effet aux régions défavorisées.

L'intensification de l'effort a donc permis d'atteindre des taux de scolarisation primaire de 97% aussi bien pour les garçons que pour les filles et de 76% pour les autres degrés d'enseignement (12-18 ans). Quant à la population âgée de 6ans, la scolarisation est quasiment totale soit 99% aussi bien pour les garçons que pour les filles.

Par ailleurs, le taux de scolarisation qui traduit l'effort récent en matière de scolarisation, atteint actuellement au niveau de l'enseignement de base (primaire) 97% aussi bien chez les filles que chez les garçons âgés de 6-12 ans contre 51.4% en 1965/66 chez les filles et 80.7% chez les garçons.

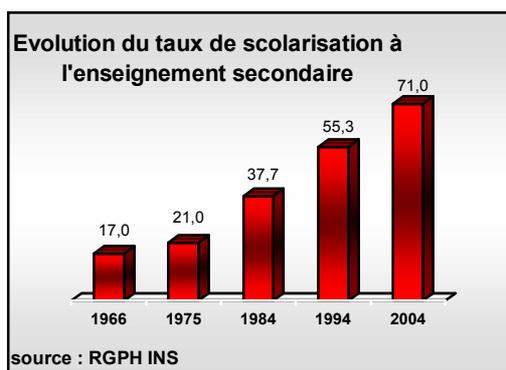
Evolution du taux de scolarisation 6-12 ans

	1965/66	1975/76	1985/86	1995/96	2004/05
Garçons	80.7	87.5	91.4	94.4	96.9
Filles	51.4	58.9	78.4	89.4	97.0
Ensemble	71.9	73.6	85.1	92.0	96.9

Source : INS

L'écart de sexe qui était donc favorable au garçon s'est vu même inversé au profit des filles. Soit 51% en 2005 contre 27.8% en 1956 au niveau des trois cycles de l'enseignement.

L'enseignement secondaire a également enregistré un développement remarquable. En effet, les jeunes ayant suivi un enseignement secondaire qui représentaient moins du 1/5 de la population scolarisable en 1966, dépassent en 2004 largement les 2/3 de la population cible (71%).



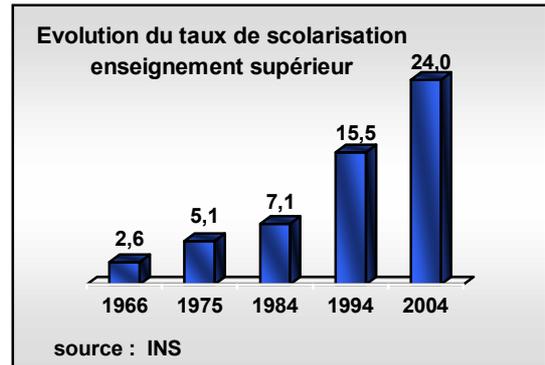
L'écart entre les sexes est plutôt favorable aux filles. La proportion de celles-ci au niveau de l'enseignement secondaire représente 52% de la population scolarisée en 2004 (contre 27,8% en 1955/56) et 57.2% en 2004-2005 au supérieur.

L'évolution des effectifs à l'enseignement secondaire a eu des répercussions évidentes sur l'enseignement supérieur.

Ce dernier a subi à son tour un accroissement notable, passant d'une proportion inférieure à 3% en 1966, le taux de scolarisation à l'enseignement supérieur atteint 24% en 2004.

En conclusion, nous constatons une transformation radicale du niveau d'instruction dans le pays qui nécessite une action soutenue pour atteindre celui des pays développés et qui exige également de relever le défi d'assurer l'emploi à une jeunesse aux aspirations nourries par des qualifications plus poussées mais confrontées au problème du chômage.

Nous ne manquons pas de relever qu'une proportion non négligeable de la population, 5% des garçons et 10 à 16% des filles âgés de 20-29 ans, demeure analphabète et donc vulnérable. Des mesures plus ciblées prises en leur faveur pour faciliter leur insertion et échapper au phénomène d'exclusion sociale doivent être renforcées.



III. L'emploi

Garant de la dignité, puissant levier d'intégration sociale et élément clé de la réduction de la pauvreté, l'emploi a été érigé dès le début de l'indépendance (1956) parmi les premières priorités de l'Etat tunisien.

Les objectifs étaient clairs la priorité quasi-absolue pour le développement était la création d'un plus grand d'emploi et la modernisation des méthodes de gestion.

A la veille de l'indépendance, le secteur primaire et notamment l'agriculture accaparait la plus grande proportion de la population active, les autres secteurs n'occupaient qu'un rôle secondaire. Les plans de développement économique et social ont développé des stratégies et des moyens de nature à diversifier les secteurs d'activité économique et à encourager le secteur privé à jouer un rôle clé dans la dynamisation de la croissance économique du pays.

La stratégie adoptée en Tunisie s'articulait donc autour des principaux axes suivants :

- consolidation de la capacité de l'économie à créer des postes d'emploi
- amélioration du cadre juridique et de l'environnement économique des entreprises incitations fiscales, gestion active du marché de l'emploi...
- amélioration des qualifications des ressources humaines et de l'employabilité des demandeurs d'emploi
- adaptation du système éducatif et de formation aux besoins des besoins du marché
- ouverture de l'université sur l'environnement économique
- développement des mécanismes de nature à rapprocher les demandeurs d'emploi des institutions pourvoyeuses d'emploi

Notons que l'évolution de la situation démographique a engendré une augmentation de la population en âge d'activité. Ainsi, l'effectif de la population active (15 ans et plus) a été estimé à 3.310.900 personnes en 2006. Le taux d'activité a atteint 45,6 %, soit 67,5 % chez les hommes et 24% chez les femmes.

Aussi, l'effectif des actifs occupés, a atteint 2.843.400 personnes dont 25% d'entre elles sont des femmes.

Cette évolution notable a renforcé la pression sur le marché de l'emploi, occasionnant pour la dernière décennie une moyenne annuelle de 77000 nouvelles demandes d'emploi.

Le chômage

En dépit de la régression observée, et de l'effort soutenu en matière de création d'emploi, le taux de chômage constitue actuellement des proportions élevées (13,9%).

Le chômage frappe beaucoup plus les jeunes. En effet, l'évolution de la structure des chômeurs révèle que les niveaux les plus élevés de taux de chômage sont observables parmi le groupe d'âge de 18 à 29 ans aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Taux de chômage par âge et genre

Age	Hommes	Femmes	Total
18-19 ans	36,2	27,8	33,2
20-24 ans	32,6	25,7	30,4
25-29 ans	20,8	20,4	20,6
30-34 ans	11,4	11,1	11,3
35-59 ans	6,4	4,8	5,9
Total	13,8	15,8	13,9

Source : RGPH (2004)

La répartition proportionnelle des chômeurs montre que plus de la moitié appartiennent à la tranche d'âge 18-29 ans soit 57,2% des hommes et 64,3% des femmes en chômage.

En effet, malgré l'amélioration du niveau d'instruction due à l'investissement dans le secteur de l'éducation, le problème de chômage demeure encore aigu puisque les chômeurs ayant au plus le niveau primaire représentent encore plus de la moitié des effectifs soit 54,6% 2004 contre 72,2% en 1994.

Les analphabètes comptent actuellement 12,5% contre 24,4% en 1994.

De l'autre côté, on constate que la part des chômeurs ayant le niveau secondaire et plus a augmenté de 27,8 à 45,4% dans la même période. Le chômage des diplômés de l'enseignement supérieur va en s'accroissant selon les projections de l'INS, leur nombre devrait passer de 34500 en 2001 à 73200 en 2009. Ces résultats confirment les difficultés croissantes d'insertion professionnelle.

Répartition des chômeurs selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	1994	2004
Néant	24,4	12,5
Primaire	47,8	42,1
Secondaire	26,2	38,4
Supérieur	1,6	7,0
Total	100	100

Source : RGPH INS

Demande additionnelle d'emploi

L'analyse de la demande additionnelle d'emploi montre que plus des deux tiers des chômeurs sont âgés de moins de 29 ans. Les moins de 25 ans représentent 64% de l'ensemble des primo demandeurs d'emploi. Essentiellement urbain (62%), et de longue durée (49%), le chômage affecte également les femmes.

Les jeunes demandeurs d'emploi vivent des difficultés croissantes dans leur processus de recherche d'un travail rémunéré.

Les réalisations des plans de développement dans Le secteur de l'emploi

Plans	Les demandes additionnelles	Les créations d'emplois	Taux de couverture
VI ème plan (1981-1986)	324	200	61,7%
VII ème plan (1987-1991)	300	204	68,0%
VIII ème plan (1992-1996)	313	280	89,4%
IX ème plan (1996-2001)	350	322	92,0%
X ème plan (2002-2006)	400	380	95,0%

Source : X ème plan de développement (2002-2006)

Notons que la politique d'emploi

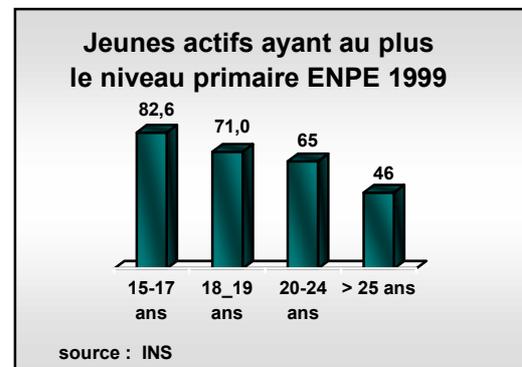
adoptée jusque maintenant a permis la création de 380 milles emplois nouveaux au cours de X ème plan (2002-2006) contre 322 au cours de IXème plan (1996-2001) permettant ainsi de se rapprocher davantage de l'équilibre entre l'offre et la demande.

Au cours de la période 2002-2006 le taux de couverture de la demande additionnelle d'emploi a atteint 95% contre 92% au cours de la précédente période quinquennale et 61,7% pour la période 1981-1986.

Toutefois il faut noter que, malgré l'importance de l'évolution des réalisations enregistrées, le problème du chômage persiste en raison du cumul des demandes non satisfaites au cours des périodes précédentes d'une part et de la persistance de certains problèmes tels que l'abandon scolaire, l'insuffisance de la formation professionnelle et l'inadéquation entre la formation et l'emploi. Ce qui constitue une entrave à l'intégration des jeunes dans la vie active.

Cette situation risque de s'aggraver avec la mondialisation qui exerce une pression sur le marché de l'emploi tunisien confronté au dilemme de la compétitivité en entraînant une réduction des emplois non qualifiés. Dans une économie en transition, le faible niveau d'instruction reste bien entendu l'handicap majeur à l'insertion des jeunes.

Aussi, parmi les jeunes actifs âgés de moins de 29 ans, ceux ayant au plus le niveau de scolarisation primaire constituent plus des $\frac{2}{3}$ de la population pourvue d'un emploi. Ceci s'explique probablement, par le fait que les jeunes occupés arrêtent généralement précocement leurs études.



Dispositifs mis en place par l'Etat en vue de remédier au problème du chômage

Le passage en revue des caractéristiques du chômage en Tunisie montre que malgré la politique suivie et les mécanismes mis en place pour résorber le chômage, et compte tenu de l'évolution de la structure de la population en faveur de la population en âge d'activité, l'emploi reste un défi fondamental au cours des années à venir.

Des mesures récentes ont été alors prises pour renforcer la création d'emploi et la diminution du taux de chômage. Nous en citons principalement :

- Création du Fonds National de l'emploi (21-21) basé sur la solidarité nationale avec un intérêt particulier aux chômeurs de longue durée et à besoins spécifiques (handicapés et membres de familles nécessiteuses)
- Fonds de solidarité Nationale (FSN) créé en 1992 en vue d'enraciner les valeurs de solidarité et de permettre de créer des projets pourvoyeurs de revenus
- Fonds d'insertion et d'adaptation professionnelle (FIAP) insstitué en 1991 en vue de favoriser la reconversion des travailleurs et la préservation des emplois
- Institution du système de contrat emploi formation (CEF) destiné à encourager l'embauche des jeunes sortants de l'enseignement secondaire professionnel
- Création des stages d'initiation à la vie professionnelle (SIVP 1 et SIVP 2) instrument pour la qualification des jeunes destiné à faciliter l'insertion des jeunes

Ces mesures qui ont permis de réduire de l'acuité du problème de chômage, restent cependant insuffisantes pour lutter contre la marginalisation d'une partie non négligeables de jeunes qui se trouvent de ce fait dans une situation précaire : chômage pour près du tiers des jeunes âgés entre 18-24 ans et niveau modeste de scolarisation (primaire au plus) pour 55% des chômeurs.

Sachant que le taux de chômage est nettement plus élevé chez les célibataires (28,1 chez les hommes contre 26,5% chez les femmes) que les mariés respectivement 7 et 5,3%, on comprend pourquoi cette frange de la population est vulnérable¹.

IV. La santé

La Tunisie s'est trouvée à la veille de son indépendance dans une situation sanitaire très précaire caractérisée par :

- Une infrastructure sanitaire déplorable (1,5 lits pour 1000 habitants)
- Des effectifs insuffisants de personnel médical et paramédical (1 médecin tunisien pour 22000 habitants)

La mortalité était élevée (le taux de mortalité générale 25‰, le taux de mortalité infantile de 200‰ et l'espérance de vie à la naissance estimée à 45‰). Les maladies infectieuses et les épidémies étaient répandues. Des dizaines de milliers de personnes étaient atteintes de trachome et de tuberculose. Le paludisme touchait près de 50% de la population.

Consciente de l'importance de la santé dans le processus du développement des ressources humaines, principale richesse du pays, la Tunisie a œuvré à consolider ses acquis sociaux, à travers notamment la promotion des conditions de vie et le bien être du citoyen, l'amélioration continue du pouvoir d'achat, la promotion de l'éducation et la garantie de la santé pour tous. Les dépenses en matière d'interventions dans les secteurs de la santé représentent environ 4% du PIB.

Ce souci constant de fournir des services de qualité de nature à préserver la santé et de réduire les facteurs de risque,² a valu à la Tunisie l'obtention du prix de l'OMS.

La prévention bénéficie d'un intérêt particulier dans cette stratégie. **Les prestations préventives** y compris le planning familial, la vaccination et les consultations prénatales sont totalement **gratuites** dans le secteur public. Dans le secteur privé les contraceptifs sont subventionnés.

L'accessibilité de toute la population, y compris les jeunes, à la gamme des services de la santé de la reproduction (planification familiale, dépistage et prise en charge des IST, dépistage précoce du cancer des seins et du col de l'utérus, stérilité...) constitue l'un des axes prioritaires de la stratégie adoptée par la Tunisie. Aussi un réseau de services de PF fixes et mobiles couvrant toutes les catégories de population, y compris celles des localités les plus reculées a été mis en place. Le taux d'accessibilité aux structures de soins de santé de base dans un rayon de 5 km est estimé à 90% depuis le milieu des années quatre vingt dix³.

La disponibilité d'une gamme variée de produits contraceptifs gratuits dans le secteur public et à des prix abordables dans le secteur privé a permis de réduire les risques et d'éviter des grossesses non désirées. Ainsi le taux de prévalence contraceptive se situe actuellement à un niveau comparable à ceux des pays développés (63%).

Pour compléter ce tableau largement positif, il convient de rappeler que le taux de couverture sociale dépasse les 85%

Toutes ces réformes introduites en Tunisie ont permis d'améliorer les conditions sanitaires reflétées par les indicateurs suivants :

¹ Enquête Population Emploi 1999 INS

² Les logements rudimentaires sont quasiment éradiqués : 0.8% en 2004 contre 2.7% en 1994. L'eau potable est accessible à 100% des personnes résidentes dans le milieu urbain et à 75% de celles dans le milieu rural. Le taux d'électrification qui était 85.9% en 1994 a atteint 98.9% en 2004.

³ International Population Action place la Tunisie en 4^{ème} position

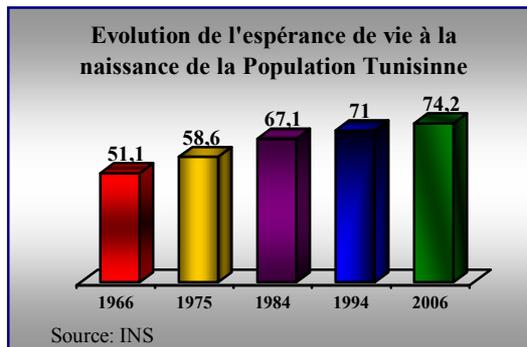
La Tunisie dispose, en 2006, respectivement d'un médecin (contre 22000 en 1956) et de 1.8 lits en milieu hospitalier pour environ 1000 habitants.

Les structures de santé de base, au nombre 2075 centres couvrent l'ensemble du pays.

La mortalité infantile est inférieure à 22‰ contre 138‰ en 1966.

L'espérance de vie à la naissance qui traduit la capacité de l'individu à survivre aux différentes agressions endogènes et aux aléas de l'environnement physique, socioculturel et économique, estimé à 45 ans en 1956 est passée de 51.1 ans en 1966 à 73.4 ans en 2004 pour atteindre 74,2 ans actuellement.

Les améliorations en matière de santé ont touché aussi le couple mère enfant. C'est ainsi qu'au niveau de la périnatalité, le nombre de femmes ayant bénéficié au moins d'une consultation prénatale est passé de 72% en 1989 à plus de 85% en 1999. Par ailleurs, la couverture vaccinale dépasse actuellement les 90% pour tous les vaccins obligatoires (BCG, DGTP, vaccin contre l'hépatite B...).



V. Recul de l'âge moyen au mariage

Le mariage cadre légal et religieux unique de la procréation demeure encore une valeur centrale dans la vie familiale malgré l'évolution rapide de la structure de la nuptialité depuis les années quatre vingt.

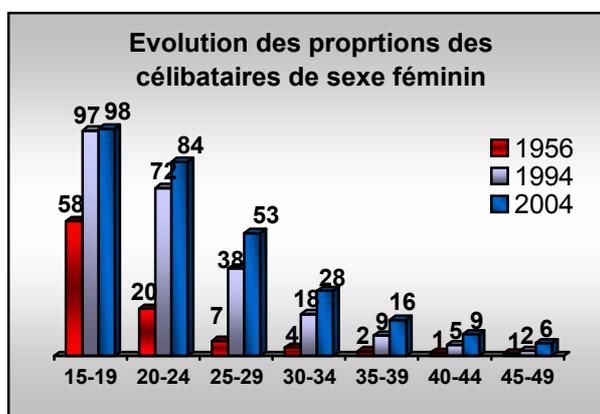
En effet, malgré les bouleversements profonds qu'a connu ce phénomène au niveau du calendrier, l'intensité demeure peu variable puisque seulement 3 à 5% de la population cible demeurent définitivement célibataires.

Le calendrier de la nuptialité a par contre connu une mutation importante due à plusieurs facteurs dont la rétention scolaire, le travail de la femme et l'élévation du coût de la vie constituent les principales causes.

En effet l'âge moyen au mariage des filles a enregistré un recul sensible à travers les recensements. Il atteint actuellement 29 ans contre 19.3 ans en 1966.

Le mariage des jeunes est complètement banni⁴. Alors qu'en 1956, plus de la moitié

des jeunes filles âgées entre 15-19 ans étaient célibataires (58%), actuellement la quasi-totalité des jeunes appartenant à ce groupe d'âge sont célibataires.



Cette constatation est plus accentuée au niveau du groupe d'âge 20-24 ans où l'on passe d'un taux de célibat de 20% en 1956 à 72% en 1994 et à 84% en 2004 (soit 16% seulement de jeunes sont mariés). Tout comme si le mariage ne devient significativement important qu'à partir de 25 ans. A 25-29 ans plus de la moitié des filles ne sont pas encore mariées (53%). Ce

⁴ Ce recul est le résultat de deux facteurs. Le 1er légal, la loi de 1964 a fixé l'âge minimum au mariage à 17 ans pour les filles et 20 ans pour les hommes. Le 2ème est dû au progrès de la scolarisation particulièrement des filles.

bouleversement du calendrier de la nuptialité touche les autres groupes d'âges sans affecter l'intensité finale.

Au-delà de l'analyse que nous avons menée sur la scolarisation et l'emploi et qui a mis en exergue l'allongement de la période de scolarisation et les difficultés des jeunes de trouver une source de revenu, une enquête réalisée par l'Office Nationale de la Famille et de la Population a montré que les causes du recul de l'âge au mariage sont dues à :

- La difficulté de trouver un emploi 20%
- L'augmentation du coût de mariage 31%
- La prolongation de la durée des études 16%
- La difficulté de trouver un logement 13%
- Les autres facteurs réunis totalisent 20% des causes

Ainsi les jeunes qui se trouvent dans une situation précaire caractérisée par un faible niveau d'instruction et où la recherche d'un emploi semble une tâche ardue, sont contraints à retarder leur mariage.

Ce recul de l'âge en mariage conjugué à une ouverture sociale où les rapports sexuels en dehors de ce cadre sont désormais tolérés et en raison de l'insuffisance d'une information précise sur les risques des rapports non protégés fait que les jeunes sont devenus la cible privilégiée des infections sexuellement transmissibles.

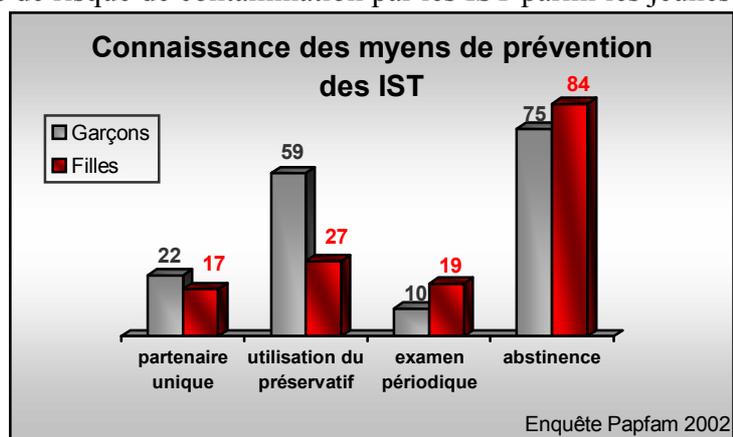
VI. Pourquoi un programme santé sexuelle et reproductive SSR

Consciente de la valeur des jeunes dans l'œuvre de développement et soucieuse de répondre à leurs besoins, la Tunisie a entrepris principalement trois consultations et six études en direction des jeunes.

Ces études visent entre autres à faire le point sur l'état des connaissances et des pratiques sexuelles des jeunes et d'identifier leurs besoins notamment en matière de santé sexuelle et de la reproduction, en vue de mettre en place les politiques et les programmes appropriés.

Dans ce cadre, l'enquête PAPFAM réalisée par l'ONFP en 2002, sur la santé sexuelle des jeunes célibataires, âgés entre 18 et 29 ans a permis de faire les constatations suivantes :

- les connaissances des facteurs de risque de contamination par les IST parmi les jeunes demeurent superficielles et imprécises malgré les campagnes d'information et de sensibilisation menées par l'Office National de la Famille et de la Population, principal acteur de la mise en œuvre de la politique tunisienne de santé de la reproduction, et des ONG spécialisées dans la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (ATL MST/SIDA, ATSR,...).
- Les relations sexuelles sont par ailleurs de plus en plus précoces et très faiblement protégées. Les groupes les plus vulnérables restent les jeunes ayant un niveau



d'instruction faible, ceux de milieu rural et/ou issus de familles monoparentales, notamment du côté du père⁵.

- Plus de la moitié des jeunes, âgés de 18 à 29 ans, sont sexuellement actifs aujourd'hui en Tunisie. En effet, 50 à 60% des garçons et 12 à 18% des filles, auraient des rapports sexuels avant le mariage
- Les changements de partenaires sont fréquents et la durée des relations est plutôt brève. Plus de 80% des enquêtés auraient des relations sexuelles irrégulières avec des partenaires occasionnels et donc largement exposées aux IST

Par ailleurs, le taux de prévalence par le VIH/SIDA encore faible en Tunisie (0.8/100 000 fin 2005) n'empêche pas les autorités de maintenir leur vigilance.

Notons, qu'une étude épidémiologique réalisée en 1999 a montré que parmi les personnes les plus affectées par le VIH/SIDA, les jeunes appartenant à la tranche d'âges 20-39 ans sont les plus vulnérables (86,6% des cas). A prédominance masculine et de conditions socio-économiques souvent précaires, analphabétisme, chômage, famille défavorisée et pauvreté, ces jeunes sont le plus souvent des migrants ou ayant séjourné en milieu carcéral (40% des cas) et originaires du nord du pays.

Pour ces raisons, ces jeunes et plus particulièrement les non-encadrés sont considérés comme cible privilégiée des infections sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA.

Actuellement le nombre de personnes affectées par le VIH/SIDA, ne semble pas préoccupant mais la menace d'élargissement du champ d'atteinte a incité le pouvoir public à adopter un programme de santé sexuelle et reproductive en direction des jeunes.

VII. Fondement du programme de la santé sexuelle et de la reproduction auprès des jeunes

Un programme de santé sexuelle et reproductive auprès des jeunes a été à cet effet donc instauré. Ce programme devrait compléter les réformes engagées par le gouvernement en vue de réduire l'acuité du phénomène de chômage et de l'analphabétisme faisant des jeunes une cible privilégiée des infections sexuellement transmissibles.

Son objectif est de concevoir et de mettre en œuvre une stratégie visant à conscientiser les jeunes sur les risques des relations sexuelles non protégées et de développer un comportement responsable.

Elle doit favoriser l'accès des jeunes des deux sexes à l'information, l'éducation et aux services appropriés de qualité dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive dont la prévention des IST/VIH/SIDA.

1. Engagement politique

Pionnière de la politique de planification des naissances engagée depuis 1964, la Tunisie, adhérant pleinement aux recommandations de la Conférence Mondiale sur la Population et le Développement 1994, s'est orientée vers la santé sexuelle et de la reproduction.

Plusieurs mesures sont venues renforcer les acquis. Des conseils ministériels ont été réunis et des recommandations tendant à renforcer le programme ont été ordonnées :

- Renforcer les programmes de santé sexuelle et de la reproduction

⁵ Dr Fakhfakh

- Consolider les actions menées auprès des jeunes dans les structures formelles et informelles
- Assurer des services appropriés aux jeunes
- Créer un comité national pour identifier et analyser les questions relatives aux jeunes et d'apporter les solutions appropriées
- Améliorer la qualité des services et élargir la gamme des prestations
- Lutter contre le déséquilibre intra et inter régional

2. Partenariat

La Tunisie ne dispose certes pas de ressources naturelles importantes mais compte sur la rationalisation des moyens humains et matériels disponibles pour la réalisation de ses programmes.

2.1. Soutien des institutions gouvernementales

Le programme santé sexuelle et reproductive a été conçu et exécuté avec les institutions qui opèrent particulièrement dans les secteurs de la famille, de la jeunesse et de la santé.

La mise à profit des compétences techniques et des moyens humains et matériels de ces institutions a donc permis la réalisation des objectifs élaborés à cet effet.

- Ministère de la Santé Publique
- Ministère de la Défense Nationale
- Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger
- Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Education Physique
- Ministère de la Femme, de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Agées
- Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
- Ministère de l'Education et de la Formation Professionnelle
- Autres ...

2.2. Implication des partenaires

Le tissu associatif s'est élargi en Tunisie particulièrement au cours des deux dernières décennies. L'Office National de la Famille et de la Population, principal acteur de la conception et de la mise en œuvre du programme SSR développe ou initie des activités de sensibilisation auprès des groupes cibles avec la collaboration étroite des ONGs spécialisées œuvrant au profit des jeunes.

Les principaux acteurs impliqués dans l'éducation et la prise en charge psychologique et médicales des jeunes sont :

- L'Association Tunienne de Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles ATL MST / Sida
- L'Organisation des Scouts
- L'Association "Jeunes Médecins sans Frontières"
- L'Association Tunisienne de Santé de la Reproduction ATSR
- L'Union Nationale de la Femme Tunisienne UNFT
- L'Organisation Tunisienne pour l'Éducation et la Famille
- L'Association de Lutte Contre le Cancer

Des conventions signées avec des partenaires ont permis de renforcer leur intervention que ce soit au niveau de la prise en charge ou dans l'orientation vers les structures appropriées.

Les bénéficiaires de l'activité des partenaires ont évolué d'une manière très nette passant de 22000 jeunes en 2003 à 80000 en 2006. Soit près de 256000 jeunes couverts par les partenaires au cours de la période 2003-2006 sur un nombre total de 1109000 contacts avec les jeunes.

3. Les mécanismes d'action

La Tunisie a mis en place des programmes novateurs pour que les femmes, les hommes et les adolescents accèdent à l'information, à l'éducation et aux services en vue de promouvoir une meilleure santé sexuelle et reproductive.

Ces programmes ont été conçus et exécutés avec la *participation des jeunes*, l'implication des partenaires sociaux et des institutions de soutien et les masses médias.

Le programme s'est doté des mécanismes d'action nécessaires au développement de ses activités. Il s'est appuyé sur l'information, l'éducation et la communication pour introduire des changements au niveau du comportement procréateur sexuel des jeunes. Le personnel prestataire a été formé conformément à ces choix stratégiques et compte tenu de son évolution. Des outils de gestion, d'évaluation et de recherches ont été également développés.

3.1. information, éducation et communication

L'information, l'éducation et la communication considérées comme levier du changement du comportement sexuel et de la reproduction ont été développées grâce à une approche innovatrice. En plus des créneaux utilisés habituellement dans les autres programmes sanitaires, l'approche des jeunes s'est basée sur de nouvelles techniques sollicitant la participation des jeunes pour la sensibilisation des jeunes (éducation par les pairs⁶), et le recours au théâtre interactif (le jeune est plus disposé d'apprendre en se divertissant).

D'autres approches d'information et de sensibilisation ciblant les femmes, les hommes et les jeunes en milieu organisé ou non encadré ont été adoptées⁷.

Le renforcement de l'éducation sanitaire au cours des consultations prénuptiales et la sensibilisation à la consultation préconceptionnelle ont contribué dans une large mesure à la réduction du nombre et de l'incidence des grossesses non désirées et à risque parmi les jeunes.

Ainsi il a été adopté de nouvelles approches de sensibilisation et d'information dans des projets spécifiques (s'étalant sur 3 à 4 ans) :

- Education des jeunes de différents milieux par les pairs.
- Mobilisation des jeunes femmes originaires de régions démunies pour y promouvoir la SR (Volontaires indemnisées).
- Conception de nouveaux supports éducatifs et promotionnels originaux, spécialement adaptés à chaque catégorie de la population :
- Adoption d'une approche culturelle de l'éducation pour la santé sexuelle et reproductive (théâtre et animation) auprès des jeunes.
- Développement de Jeu interactif sur les MST (disquette).
- Elaboration de Kit de feuillets mobiles sur le PF et la périnatalité pour le personnel éducatif au profit des femmes et des hommes du milieu rural.
- Réalisation de vidéo forum destiné à poser les problèmes de sexualité et à encourager la discussion avec les jeunes et entre eux.
- Confection de guide de poche attrayant et pratique (questions et réponses) sur la SR, illustré par un caricaturiste local, utile pour les profanes.

⁶ Meilleure source d'information en matière de sexualité pour les jeunes 61% selon l'enquête papfam 2002

⁷ Activités estivales, dessins, jeux éducatifs etc...

- Création ou aménagement par plusieurs institutions (DMSU, ONFP, ATPF, Association de Lutte Contre les Maladies Sexuellement Transmissibles ATLMST SIDA, ENDA...) d'espaces d'écoute, de conseil, d'orientation et d'information aux jeunes sur les sujets de SSR, les difficultés d'adolescence et de santé mentale, dans les milieux facilement accessibles.
- Introduction des thèmes relatifs à la santé sexuelle dans les programmes d'enseignement au collège et au lycée.



3.2. Formation

La formation figure parmi les mécanismes les plus importants introduits dans le cadre de la stratégie tunisienne en matière de santé de la reproduction. Elle a permis de développer les compétences nécessaires pour la prise en charge des activités médicales, d'information, d'éducation et de communication exigées par le programme. C'est aussi un outil d'accompagnement stratégique nécessaire pour développer les habiletés des gestionnaires et des prestataires afin de les adapter aux orientations sans cesse évolutives du programme.

Un centre de formation a été créé à cet effet concrétisant une volonté d'asseoir une politique de formation dynamique adaptée aux diverses mutations que connaît le programme d'une part et afin de répondre aux besoins sans cesse croissants des pays arabes et africains souhaitant bénéficier de l'expérience tunisienne en la matière.

Devenu centre international de formation, il a bénéficié de l'appui des organismes internationaux et des agences d'aide au développement. Les cliniques régionales de santé de la reproduction ainsi que certains centres hôpitaux universitaires lui servent d'espace de formation pratique.

Les domaines d'intervention du programme de formation touchent les aspects médicaux (technique contraceptive, MST SIDA, dépistage des cancers génitaux, maternité sans risque, infertilité et ménopause), de gestion (Approche diagnostic, programmation et évaluation, système d'information de gestion, identification des besoins en SR/PF), de recherche (opérationnelle, méthodologie de recherche en SR), d'éducation et d'information (conseiling, écoute, communication audiovisuelle).

Les sessions nationales ont couvert la formation de 6030 participants jusqu'à 2003. Les sessions internationales ont touché pour la même période 1430 participants issus de 40 pays.

3.3. Recherche

Le programme de santé sexuelle et reproductive s'appuie sur la recherche socio démographique, psychologique et biomédicale pour l'orientation de la programmation, la traduction des résultats en termes d'objectifs de programme spécifiques de SSR et l'affinement des décisions et des choix stratégiques.

Les recherches⁸ ont permis la connaissance des véritables besoins des jeunes et l'identification des principales insuffisances en matière de connaissances et de couverture par

⁸ La Tunisie a réalisé différentes enquêtes à partir desquelles des stratégies spécifiques ont été élaborées en vue de répondre aux besoins des différentes populations cibles.

les services SSR⁹ et l'élaboration de stratégies spécifiques en vue de répondre aux besoins des différentes populations cibles.

Les enquêtes et les recherches réalisées dans ce domaine ont permis d'étudier le comportement des groupes cibles (jeunes en milieu organisé, ou non encadrés en milieu urbain et rural,...), et la connaissance approfondie des mécanismes déterminants du comportement sexuel.

Les zones d'intervention prioritaires ont été également diagnostiquées. L'acceptabilité des services ainsi que la comparaison avec d'autres pays arabes et africains ont été étudiées en vue d'harmoniser les approches stratégiques.

Les principales recherches effectuées en rapport avec les jeunes peuvent être classées en :

Recherche socio-démographique

- Étude approfondie (famille, jeunes),
- Enquête sur les besoins et CAP des jeunes,
- Enquête sur les IVG chez les jeunes célibataires
- Enquête "Les Jeunes au Quotidien" (1995),
- Enquête Papfamily (2001).

Recherche biomédicale

- Contraception (DIU, Norplant, injectable, condom féminin
- Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse
- Infections sexuellement transmissibles IST
- Infertilité
- Qualité des Services

3.4. Structures d'accueil

Les activités de santé sexuelle et de la reproduction ont touché 338900 jeunes au cours de l'année 2006 contre 23750 au cours de l'année 2002. Cette évolution remarquable a été réalisée dans 20% des cas par les partenaires de l'Office National de la Famille et de la Population

Les bénéficiaires des activités médicales ont évolué d'une manière palpable. Le tableau suivant montre que

l'accroissement au cours de la dernière période quinquennale a été de 141%.

2002	2003	2004	2005	2006	total	accroissement 2002-2006
11425	13979	17889	25469	27519	95235	141%

L'étude CAP réalisée par l'Office National de la Famille et de la Population a montré que les jeunes exigent une discrétion parfaite et un accueil personnalisé pour confier leurs problèmes. C'est pour leur faciliter l'accès que les espaces jeunes ont été conçus pour et avec les jeunes.

3.4.1. L'espace jeune

L'espace jeune est conçu en vue de renforcer les connaissances des jeunes, notamment à travers des approches éducatives innovatrices, de faciliter leurs accès aux services de la Santé Sexuelle et Reproductive et de mettre à leur disposition des services médicaux et d'IEC dans des espaces spécifiques.

⁹ Enquête "Les Jeunes au Quotidien" (1995), Enquête "Comportement Procréateur des Familles Rurales dans le Sud et le Centre-Ouest de la Tunisie" (1996), Enquête Papfamily (2001)....

Disposant d'un accès indépendant, d'un design attractif et d'un personnel qualifié et formé, cet espace offre gratuitement, aux jeunes une information, une éducation ciblées et une prise en charge psychologique ou médicale de qualité adaptée à leurs demandes exprimées ou latentes.

Ce lieu privilégié d'échange d'information assurée par un spécialiste formé et disponible pour répondre aux besoins spécifiques des jeunes, est animé par des jeunes volontaires et motivés formés à cet effet.

Des espaces récréatifs, des équipements informatiques et des supports didactiques appropriés sur la SSR permettent de faciliter la communication et d'encourager les adolescents et les jeunes à visiter ces espaces.

Dix centres créés ou aménagés spécifiquement pour les jeunes ont permis de couvrir 17051 bénéficiaires essentiellement de niveau secondaire ou universitaire (76%) en 2006. Ce qui signifie que les plus sensibles à la question de la santé sexuelle et de la reproduction sont les plus instruits. D'où la nécessité d'accorder plus d'intérêt aux jeunes moins instruits et donc plus vulnérables.

Le fait que près du quart seulement des jeunes appartiennent au sexe masculin montre également qu'un effort particulier doit être orienté vers les garçons qui restent moins motivés. Les partenaires ont contribué à 20% dans l'orientation de ces jeunes. Ce résultat appréciable, témoin de l'efficacité de la contribution des partenaires devrait être renforcé au cours des années à venir pour réaliser les objectifs du programme santé sexuelle et de la reproduction en Tunisie.

3.4.2. Les cellules d'écoutes

Les études menées par l'Office National de la Famille et de la Population ont permis d'identifier les besoins des jeunes et la manière la plus efficace pour les approcher. Il s'est dégagé de ces études que les jeunes exigent une discrétion totale pour livrer leurs problèmes. A cet effet, des cellules d'écoutes ont été instaurées depuis une dizaine d'années. Leur efficacité a incité les responsables du programme à les généraliser sur l'ensemble du territoire et à renforcer leur activité par le recrutement de psychologues. Actuellement tous les gouvernorats sont pourvus de ce personnel qualifié qui opère en harmonie avec les animatrices formées et chargées d'assurer l'activité d'écoute et de référence pour les cas qui exigent son intervention. Les cellules d'écoute ont couvert 18300 jeunes en 2006.

VIII. Défis

La Tunisie ayant engagé depuis le milieu des années soixante une politique de population, axée essentiellement sur la planification familiale et la santé de la reproduction a pu réaliser ses objectifs démographiques et sanitaires et lui a valu d'être citée en modèle par les instances internationales réussira-t-elle gagner le pari du succès du programme de santé sexuelle et de la reproduction au profit des jeunes et de la lutte contre l'exclusion sociale ?

L'approche adoptée semble aboutir puisque les IST dont le SIDA sont contenus dans des limites réduites.

La Tunisie réussira-t-elle à :

- Ø vaincre les facteurs favorisant l'exclusion sociale ?
- Ø gagner le pari du succès du programme de santé sexuelle et de la reproduction
- Ø améliorer la qualité des services de santé et de santé sexuelle et la reproduction,
- Ø endiguer les maladies chroniques,
- Ø garantir le dépistage et le diagnostic précoces,
- Ø réaliser l'équilibre régional.

- Ø réduire le taux national d'analphabétisme à moins de 10 % d'ici fin 2009.
- Ø éliminer l'analphabétisme chez la tranche d'âge de moins de 30 ans.
- Ø maîtriser la perception et la représentation sociale du célibat face à l'évolution croissante de l'âge au mariage
- Ø maintenir une prise en charge gratuite des actes préventifs tout en améliorant la qualité des soins ?
- Ø Employer les jeunes en âge d'activité devenus de plus en plus nombreux dans une conjoncture internationale difficile demeure également un défi à relever.

Amir BOURAOUI
Expert Démographe
Directeur à l'Office Nationale
de la Famille et de la Population
Membre de l'Association Tunisienne
des Etudes de Population
Secrétaire Général Adjoint de l'Association
Maghrébine des Etudes de Population
Point Focal de l'UAPS