



**Conseil Economique
et Social**

Distr.
GENERALE

E/1986/3/Add.9
26 octobre 1987

Original : FRANCAIS

Première session ordinaire de 1988

MISE EN APPLICATION DU PACTE INTERNATIONAL RELATIF AUX DROITS
ECONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS

Rapports initiaux présentés par les Etats parties au Pacte
conformément à la résolution 1988 (LX) du Conseil économique
et social, concernant les droits faisant l'objet
des articles 10 à 12

TUNISIE

[11 juin 1987]

INTRODUCTION

Dès son accession à l'indépendance, la Tunisie a misé sur l'homme, moyen et finalité de son développement. Les réformes économiques, sociales, culturelles tendent toutes à la promotion du citoyen tunisien.

L'adoption par notre pays du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels traduit la volonté de la Tunisie de consolider encore plus ces acquis et de les porter à la connaissance de la communauté internationale.

Le présent rapport s'attachera à porter à la connaissance des honorables experts du Comité des droits économiques, sociaux et culturels les réalisations tunisiennes en matière de :

- Protection de la famille, de la mère et de l'enfant, article 10 du Pacte.
- Droit à un niveau de vie suffisant, article 11 du Pacte.
- Droit à la santé physique et mentale, article 12 du Pacte.

Il est à signaler que les droits et mesures pratiques entreprises en Tunisie pour la promotion économique, sociale ou culturelle de l'individu, profitent à tous les Tunisiens sans distinction aucune de sexe, de race ou de religion.

PREMIERE PARTIE

ARTICLE 10 : PROTECTION DE LA FAMILLE, DE LA MERE ET DE L'ENFANT

A. PROTECTION DE LA FAMILLE

Dès l'aube de l'indépendance, le Code du statut personnel est adopté (13 août 1956) et vient améliorer la protection de la famille en Tunisie.

Le code a consolidé la volonté d'évoluer vers une famille d'un type nouveau, fondée sur une plus grande égalité des droits et des devoirs entre les deux conjoints. Il définit en même temps un nouvel idéal social plus conforme à l'esprit de la loi islamique et plus ouvert aux nécessités du progrès.

L'une des innovations fondamentales du Code du statut personnel est la suppression de la polygamie qui constituait "un défi à la dignité humaine". Ainsi, le code a manifesté une grande rigueur à l'encontre de cette pratique et des ruses juridiques inventées pour faire échec à son interdiction. A plusieurs reprises et notamment en 1958 et 1964, le Code du statut du personnel (article 18) a interdit la bigamie et l'érige en délit punissable de prison et d'amende ou de l'une des deux peines seulement et crée un délit de complicité pour la deuxième épouse du bigame et un délit de concubinage pour les époux qui continuent ou reprennent la vie commune après que leur union ait été déclarée nulle pour bigamie ou pour non-respect des formes légales de constitution du mariage.

La création de l'Office national de la famille et de la population en vertu de la loi 84-70 du 6 août 1984 tend à améliorer la protection de la famille. Cet office a pour mission, entre autres, d'élaborer des programmes d'actions tendant à promouvoir la famille et sauvegarder son équilibre, de suivre avec les institutions concernées la réalisation des objectifs nationaux en matière de politique démographique et de politique de la famille, d'entreprendre en collaboration avec les institutions et structures concernées des actions de formation et de recyclage à l'intention du personnel sanitaire, social et éducatif notamment dans le domaine de la planification familiale, de la communication et de la sauvegarde de la famille et d'entreprendre une action permanente d'information et d'éducation de la population notamment aux niveaux familial, scolaire, professionnel et associatif.

1. Garantie du droit qu'ont l'homme et la femme de contracter mariage librement et de fonder une famille

L'acte de mariage en Tunisie est conclu par devant deux notaires ou devant l'officier de l'état civil en présence de 2 témoins honorables. Les actes de mariage sont transcrits dans le registre des mariages. Le mariage n'est conclu que s'il respecte certains critères : le consentement mutuel des futurs époux est obligatoire, le droit de contrainte matrimoniale ayant été aboli.

Le 13 août 1965, Monsieur le Président de la République, Habib BOURGUIBA, soulignait que "le mariage n'est pas une affaire financière, seul compte le bonheur du foyer... Qu'on laisse donc la décision à ceux que le mariage concerne : le mari et l'épouse".

Avant la parution du Code du statut personnel, l'autorisation du tuteur était une condition de validité de l'acte de mariage de la fille. En cas de refus de la fille, le père pouvait user de son droit de contrainte (jabr) et l'obliger à se marier (rite malékite prédominant en Tunisie). Dans le cas où la fille était invitée à donner son avis, son silence vaut consentement en vertu de l'adage : "qui ne dit mot consent". Quant à la formule de consentement, aucune expression déterminée n'était exigée avant.

Cette discrimination qui existait entre les sexes en matière de capacité au mariage est d'ailleurs le pendant logique de l'article 7 ancien du Code des obligations et des contrats qui était rédigé ainsi : "Est majeur aux effets du présent code, tout individu de sexe masculin au-dessus de 18 ans révolus. L'enfant de sexe féminin reste sous tutelle jusqu'à 2 ans après son mariage". Cette discrimination disparut en vertu du décret du 3 août 1956 qui abrogea l'article 6 du Code des obligations et des contrats en ce sens que la majorité légale pour les deux sexes a été fixée à 20 ans. La contrainte matrimoniale a été parallèlement supprimée et l'article 3 du Code du statut personnel affirme que "le mariage n'est formé que par le consentement des deux époux".

2. Mesures visant à faciliter la fondation d'une famille

En vertu de la loi 80-36 du 28 mai 1980, complétant la loi 60-30 du 14 décembre 1960 organisant les régimes de sécurité sociale, l'assuré ayant des enfants à charge ouvrant droit au bénéfice des allocations familiales et dont le conjoint n'exerce aucune activité professionnelle, a droit à une indemnité "majoration pour salaire unique" dont le montant trimestriel est de :

9,375 D si le foyer comporte 1 enfant à charge,
18,750 D si le foyer comporte 2 enfants à charge,
23,475 D si le foyer comporte 3 enfants ou plus à charge.

La majoration pour salaire unique est versée à la personne qui a la garde des enfants.

Encouragements pour l'acquisition d'un logement ou sa construction

En vertu de la loi 73-24 du 7 mai 1973, un régime d'épargne logement a été institué pour permettre l'octroi de prêt aux personnes physiques qui auront souscrit un contrat d'épargne-logement et qui affecteront la totalité des sommes épargnées et du prêt obtenu au financement d'un logement destiné à servir d'habitation principale pour elles-mêmes, leurs ascendants ou leurs descendants.

La loi 77-54 du 3 août 1977 instituant un Fonds de promotion du logement pour salariés, permet d'aider les salariés dont les salaires mensuels se situent entre le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) et une fois et demie le SMIG à obtenir un prêt au titre de la construction d'un logement ou de l'acquisition d'un logement neuf.

Par ailleurs, les affiliés de la Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale peuvent obtenir des prêts destinés à l'acquisition de logements neufs, à la construction d'un logement ou à l'acquisition d'un terrain en vue de la construction d'un logement en vertu du décret No 76-54 du 23/1/1976 tel que modifié et complété par le décret No 78-624 du 6/7/1978.

En ce qui concerne certaines catégories de fonctionnaires, le décret No 72-1109 du 20/12/1974 leur confère le droit au logement soit en nature dans des immeubles appartenant à l'Etat soit à une indemnité de logement en argent.

3. Mesures visant à aider à l'entretien de la famille, à la consolider et à la protéger

Allocations familiales :

En vertu de la loi 60-30 du 14 décembre 1960, les allocations familiales ont été limitées aux quatre premiers enfants pour les salariés dans le secteur privé.

Les travailleurs salariés de l'artisanat et de l'agriculture en sont exclus. Cette limitation a été corrigée en vertu de la loi 63-26 du 15 juillet 1963 qui a permis le remplacement des enfants décédés dans le groupe des 4 premiers par ceux qui viennent immédiatement après en rang utile et toujours à concurrence d'un total de 4.

Dans le secteur public, la loi 65-46 du 31 décembre 1965 a limité aussi à 4 le nombre d'enfants ouvrant droit aux allocations familiales. Mais il n'est pas possible d'admettre le remplacement des enfants décédés dans le groupe des 4 premiers par les enfants suivants et jusqu'à concurrence de 4. Il convient de souligner que la limitation à 4 s'applique pour tous les enfants pris en garde à la suite d'une tutelle officieuse, d'un placement familial ou d'un jugement confiant la garde.

Les allocations ne sont dues qu'au titre des enfants n'ayant pas atteint l'âge de 14 ans. Pour les enfants âgés de 14 ans et plus, l'allocation est accordée :

- a) jusqu'à l'âge de 16 ans, au titre des enfants qui fréquentent régulièrement un établissement d'enseignement primaire,
- b) jusqu'à l'âge de 18 ans, au titre des enfants en apprentissage qui ne perçoivent pas une rémunération supérieure à 75 % du salaire minimum légal du manoeuvre du bâtiment,
- c) jusqu'à l'âge de 20 ans, au titre des enfants qui fréquentent régulièrement un établissement d'enseignement du second degré ou supérieur, technique ou professionnel, public ou privé, à condition que les enfants n'occupent pas d'emploi salarié,

- au titre de celles des filles qui remplacent, auprès de leurs frères et soeurs, la mère de famille, lorsque celle-ci est décédée ou impotente ou divorcée ou veuve, occupant un emploi salarié absorbant toute son activité;

- au-delà de 20 ans, au titre des enfants invalides (art. 54 de la loi 60-30).

Les allocations familiales sont maintenues en cas de décès du salarié dû à un accident de travail ou à une maladie professionnelle, tant que les enfants y ont droit, en raison de leur âge, dans les conditions fixées à l'article 54 ci-dessus. Les allocations familiales sont étendues aux enfants nés dans les 300 jours suivant la date du décès du salarié (art. 56). Les allocations sont versées à la personne qui a la garde de l'enfant (art. 64).

Maintien après la retraite

La loi 73-71 du 19 novembre 1973 dispose qu'"à la pension de retraite ou liquidée comme telle ou à la pension proportionnelle s'ajoutent le cas échéant les indemnités pour charge de famille. Elles sont attribuées selon les mêmes taux, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que pour les agents en activité.

Exonération fiscale

Due au titre de l'impôt sur les traitements et salaires (ITS), pensions et rentes viagères (décret du 29/3/1945 et loi 62-75 du 31/12/1962) et de la compensation personnelle à l'Etat (CPE) (décret du 31/3/1932, loi 62-75 du 31/12/1962, loi 65-46 du 31/12/1965, loi 67-57 du 31/12/1967, loi 69-64 du 31/12/1969, loi 70-66 du 31/12/1970, loi 73-83 du 31/12/1973, loi 74-101 du 25/11/1974, au titre des droits d'enregistrements : loi 62-81 du 31/12/1962).

Les exonérations fiscales sur les revenus sont dues pour :

- a) les majorations de retraite ou de pensions pour charge de famille,
- b) les allocations familiales et pour salaire unique versées uniquement par des employeurs à leur personnel au titre des enfants à charge,
- c) les allocations/indemnités/prestations servies par l'Etat, les collectivités publiques et les établissements publics, en application des lois d'assistance et d'assurance,
- d) les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie attribuées en vertu du décret No 71-452 du 17/12/1971,
- e) les allocations et rentes viagères servies aux victimes des accidents et représentation de dommages et intérêts en vertu d'une condamnation pécuniaire pour réparation d'un préjudice corporel important (recours à une tierce personne pour assurer les actes ordinaires de la vie),
- f) les rentes viagères servies en échange des rentes perpétuelles.

En matière d'impôts directs, des déductions en faveur des familles nombreuses sont prévues. La contribution de l'Etat tient compte (décret du 31 mars 1932) essentiellement de la qualité du contribuable (célibataire, marié, veuf ...) et de sa situation familiale et sociale. A ce sujet, une série de mesures a été instituée en faveur des familles nombreuses :

- exonération des contribuables mariés ayant des enfants à charge dont le revenu net imposable après toutes déductions est égal ou inférieur à 100 dinars,
- exonération des revenus bruts (avant toutes déductions) réalisés par les ménages ayant ou non des enfants à charge dont l'origine est salariale (traitements et pensions) et ne dépassant pas 360 dinars par an,
- dans le même ordre d'idées, le revenu imposable à la C.P.E. est déterminé compte tenu des déductions indiquées ci-après :

- sous la même réserve les enfants adoptés par lui dans les conditions prévues dans la législation en vigueur;

- frais professionnels fixés forfaitairement à 10 % des revenus d'origine salariale. Pour certaines professions nommément désignées ce taux est plus important;

- les impôts cédulaires dus ou payés à raison des revenus taxables;

- les primes d'assurance-vie dépendant de la vie humaine et garantissant en cas de décès le versement d'un capital fixe au conjoint survivant, aux descendants ou ascendants;

- les intérêts des dettes, arrérages de rentes payés à titre obligatoire ou gratuit et auxquels sont assimilées les pensions alimentaires;

- les déductions pour contribuable marié ou non marié mais ayant à sa charge un ou plusieurs enfants, fixées à 45 dinars;

- les déductions pour enfants à charge fixées à 45 dinars par enfant dans la limite de 4 enfants nés postérieurement au 31/12/1962 et âgés de moins de 20 ans au 1er janvier de l'année d'imposition.

Sont considérés également des enfants à charge du contribuable et donnent droit à la déduction de 45 dinars par enfant :

- les enfants âgés de plus de 20 ans qui poursuivent leurs études sans bénéfice de bourse;

- dans les mêmes conditions les enfants infirmes et vivant sous le même toit du contribuable et à qui le redevable doit des aliments en vertu du statut personnel sont exempts également de la C.P.E.;

- les allocations (sur salaire familial, allocations familiales) versées par des employeurs ou groupement d'employeurs à leur personnel;

- les intérêts des sommes inscrites sur les livrets des Caisses d'épargne (Caisse d'épargne postale et Caisse d'épargne logement) et des comptes spéciaux d'épargne ouverts auprès des établissements bancaires;

- les pensions alimentaires allouées aux ascendants à la charge du contribuable et n'ayant pas fait l'objet d'un jugement et ce, dans la limite de 5 % du revenu de l'obligation avec un maximum de 90 dinars par personne à charge.

En outre des déductions pour charges de famille sont également prévues au titre d'un impôt cédulaire qui est l'impôt sur les traitements et salaires (I.T.S.).

En effet, outre un abattement général de 100 dinars et une réduction de 10 % du revenu brut pour frais inhérents à la fonction, les contribuables mariés bénéficient d'une déduction spéciale prévue au titre de cet impôt qui frappe en général tout revenu d'origine salariale (pensions et rentes viagères).

Il convient enfin de signaler que dans le cas où la femme est en même temps salariée, celle-ci bénéficiait avant 1983 des mêmes réductions prévues pour son conjoint au titre des enfants à charge.

La loi des finances pour l'année 1984 (art. 7) a modifié le mode d'imposition des revenus des époux en introduisant le principe de l'imposition séparée. Jusqu'en 1983, les revenus des époux formaient une unité d'imposition, avec prise en compte toutefois du revenu de l'épouse dans la limite de 50 %.

La loi des finances de 1984, dans son article 7, a introduit l'imposition séparée des époux en modifiant comme suit l'article 2 du décret du 31 mars 1932 :

Article 2 nouveau : Toute personne physique est imposable à raison de ses ressources nettes personnelles. Toutefois, les revenus des enfants mineurs sont imposés au nom du chef de la famille.

Crèches et garderies

L'accès de la femme au marché du travail a donné naissance à des institutions qui lui viennent en aide pour la garde des enfants pendant les jours ouvrables.

La prolifération des crèches, surtout en milieu urbain, a incité le Ministère des affaires sociales à superviser leur fonctionnement.

Les crèches sont régies par le décret No 82-1598 du 15 décembre 1982 qui a réajusté les conditions d'ouverture des crèches alors qu'un arrêté conjoint des Ministres de la santé publique et des affaires sociales du 24 mai 1983 a fixé les conditions de fonctionnement et les modalités de contrôle des crèches.

B. PROTECTION DE LA MATERNITE

1. Principaux textes de lois, règlements administratifs et conventions collectives régissant les divers aspects de la protection de la maternité :

Il n'existe pas de texte législatif de base qui régleme l'activité de protection maternelle et infantile au niveau national dans son ensemble. Cependant, diverses dispositions réglementaires sont venues réglementer ce domaine dans chacun de ses aspects soit directement, soit d'une manière incidente. Le premier texte de base en la matière est le décret No 69-364 du 6 octobre 1969 portant création et organisation de l'Institut national de santé de l'enfance qui accorde à cet établissement une mission à vocation nationale et générale en matière de protection maternelle et infantile et de soins pédiatriques.

Cet institut a pour tâches essentielles :

- de codifier les mesures éducatives préventives et curatives appropriées applicables dans tous les centres de protection maternelle et infantile de la République tunisienne et de veiller à leur application;

- de veiller à la qualité des soins dispensés dans tous les services de pédiatrie de la République;
- de veiller aux soins préventifs et curatifs dispensés dans les écoles;
- d'assurer la formation, la spécialisation, le recyclage du personnel médical et paramédical des services de pédiatrie, des centres de protection maternelle et infantile et de l'hygiène scolaire, de participer à la planification des programmes de formation de personnel et d'extension des services curatifs et préventifs concernant l'enfance;
- de participer à l'élaboration de la partie pédiatrique des campagnes nationales de santé et d'éducation sanitaire;
- de participer avec les services intéressés à l'élaboration et à l'exécution des programmes intéressant la préconception et la gestation;
- de centraliser toutes les données statistiques et la documentation intéressant l'enfance;
- de promouvoir la recherche sur le plan épidémiologique, préventif et curatif;
- d'organiser des séminaires d'information et de formation à l'intérieur et à l'extérieur de l'Institut.

2. Protection et assistance prénatale et postnatale y compris la fourniture de soins médicaux et de santé nécessaires et le versement d'allocations de maternité et d'autres prestations, indépendamment de la situation matrimoniale de la mère :

Le V^e plan (1977-1981) et le VI^e plan (1982-1986) de développement de la santé accordent une place primordiale à la poursuite de la mise en application de la politique de la planification familiale ainsi qu'au renforcement de la protection de la santé de la mère et de l'enfant et ce dans l'optique de la promotion de la santé pour tous en l'an 2000, telle que proclamée par l'Organisation mondiale de la santé. C'est ainsi que, pour rapprocher les services de la population, ont été créées, dans chaque Gouvernorat, une direction régionale de la santé dépendant du Ministère de la santé publique et une délégation régionale de planning familial et dépendant de "l'Office national du planning familial et de la population" - devenu Office de la famille et de la population - existant légalement depuis 1973. Depuis 1973, le réseau des centres de protection maternelle et infantile/planification familiale n'a cessé de se développer : ainsi, les centres PMI/PF sont passés de 99 en 1977 à 132 en 1984 plus 11 centres PM sans planification familiale, par le développement des actions PMI/PF (exemple : le nombre de consultations de planning familial est passé de 273 000 en 1973 à 630 000 en 1982) et par la formation d'un grand nombre de sages-femmes (400 environ) et d'infirmières aides obstétricales.

En outre, les zones rurales qui souffrent du manque de personnel ont été l'objet d'attentions spéciales par :

- l'encouragement des médecins et sages-femmes à aller travailler dans ces zones (attribution de logement, de moyen de transport, facilité d'installation...),

- et la mise en circulation dans ces régions de 63 équipes mobiles dotées de personnel sanitaire et social qualifié, et de neuf cliniques mobiles équipées du matériel et du personnel nécessaires pour assurer une meilleure couverture sanitaire des groupes les plus défavorisés.

La protection et l'assistance prénatale et postnatale incombent aux centres de protection maternelle et infantile en Tunisie. Ces structures sanitaires publiques en faveur de la mère et de l'enfant sont en général fréquentées par les couches les moins aisées de la population. Les couches aisées fréquentent plutôt le secteur privé.

En 1982, le nombre de consultations prénatales dans les centres PMI/PF s'est élevé à 106 135 consultations, 19,30 % de ces consultations ont eu lieu au cours du premier trimestre de la grossesse, 32 754 au cours du deuxième trimestre et 48 932 au cours du troisième trimestre soit 46 % de l'ensemble. Les consultations postnatales enregistrées en 1982 ont été de 19 887 dont 44 % sont intervenues à la suite d'accouchements, 11,9 % à la suite d'avortements et 44 % non déclarées.

3. Mesures spéciales de protection et d'assistance en faveur des mères qui travaillent, y compris l'octroi de congés payés ou de congés assortis de prestations de sécurité sociale et la garantie contre le licenciement pendant une période raisonnable avant et après la naissance :

L'article 18 du Code du travail tel qu'institué en vertu de la loi 66-27 du 30 avril 1966 stipule que la femme enceinte peut quitter son travail sans préavis et sans avoir à payer une indemnité de rupture. L'article 20 du Code de travail précise que la suspension du travail de la femme pendant la période qui précède et suit son accouchement ne peut être une cause de rupture, par l'employeur, du contrat de travail, et ce sous peine de dommages-intérêts au profit de la femme. Celle-ci devra avertir l'employeur du motif de son absence. Au cas où l'absence de la femme à la suite d'une maladie, attestée par certificat médical, comme résultant de la grossesse ou des couches, mettant l'intéressée dans l'incapacité de reprendre son travail se prolongeait au-delà du terme fixé à l'article 64 du Code du travail sans excéder 12 semaines, l'employeur ne pourrait lui donner congé pendant cette absence.

Après l'accouchement, la femme salariée a droit à un congé de maternité de 30 jours. Ce congé peut être prorogé chaque fois d'une période de 15 jours sur justification de certificats médicaux. Une heure lui est accordée par jour pendant un an à compter de son accouchement pour allaiter son bébé (art. 64 du Code du travail). Une chambre spéciale d'allaitement doit être aménagée dans tout établissement occupant au moins 50 femmes.

La femme fonctionnaire bénéficie d'un congé de maternité de deux mois à plein traitement cumulable avec le congé de repos, à l'issue du congé de maternité, un congé postnatal destiné à lui permettre d'élever ses enfants et ne dépassant pas quatre mois, à demi-traitement, peut lui être accordé sur sa demande (art. 48 de la loi No 83-112 de décembre 1983).

En vertu du décret No 85-266 du 15 février 1985, relatif au congé postnatal, peuvent bénéficier de ce congé, institué par la loi susvisée 83-112 du 12 décembre 1983, les femmes fonctionnaires, ouvrières et agents temporaires (article premier).

Le congé postnatal ne peut être accordé qu'à l'issue du congé de maternité. A cet effet, la demande du congé postnatal doit parvenir au chef de l'administration au plus tard 15 jours avant l'expiration du congé de maternité (article 2).

Le congé postnatal est accordé, en une seule fois, pour un à quatre mois non renouvelable au titre de la même naissance.

Durant le congé postnatal, l'agent bénéficiaire a droit à un demi-traitement toutes indemnités et primes permanentes comprises à l'exception des indemnités à caractère familial qui sont servies dans leur intégralité (article 4).

C. PROTECTION DES ENFANTS ET DES JEUNES

1. Protection des enfants et des jeunes

L'enfant né a droit à l'obligation alimentaire. En effet, l'article 46 du C.S.P. stipule que "l'ascendant, à quelque degré qu'il appartienne, doit des aliments à ses descendants jeunes et incapables de gagner leur vie à quelque degré qu'ils appartiennent. Les aliments continuent à être servis à la fille jusqu'au moment où elle se marie". Le défaut de versement de la pension expose le père à une action pénale pour abandon de famille : "Quiconque, condamné à payer une pension alimentaire ou à verser une rente ... sera volontairement demeuré un mois sans s'acquitter de ce qui a été prononcé à son encontre, est puni d'un emprisonnement de trois mois à un an et d'une amende de 100 à 1 000 dinars" (art. 53 bis du C.S.P. tel qu'abrogé par la loi 81/7 du 18 février 1981).

Le droit à l'éducation

On ne peut nier l'effort considérable consenti par les pouvoirs publics en faveur de l'enseignement. Il n'en reste pas moins que l'enfant n'est pas titulaire d'un véritable droit à l'enseignement légalement sanctionné s'il n'est pas suivi. En vertu de la loi 118-58, les portes des institutions d'éducation et d'enseignement sont ouvertes à tous les enfants à compter de l'âge de 6 ans (art. 2).

L'enseignement dispensé en Tunisie est gratuit à tous les niveaux (art. 3) mais n'est pas obligatoire. Toutefois, la quasi-totalité des enfants en âge d'entrer à l'école sont scolarisés. L'Etat continue à consacrer plus du tiers de son budget à l'éducation.

Le droit à la sécurité sociale

La Tunisie a fait également des efforts considérables pour parvenir à assurer dans ce domaine une véritable solidarité nationale. Un système d'assurance maladie et d'allocations familiales est prévu et permet, à la mesure des moyens du pays, de pallier aux aléas de la vie moderne.

Cependant, les enfants ne bénéficient pas directement de la sécurité sociale mais en jouissent par le truchement de leurs parents; le système tunisien tendant à protéger une certaine conception de la famille.

Les allocations familiales sont limitées aux quatre premiers enfants ou enfants adoptés à charge (art. 52 de la loi 60-30 du 14 décembre 1960, relative à l'organisation des régimes de sécurité sociale). Ces allocations ne sont dues qu'au titre des enfants n'ayant pas atteint l'âge de 14 ans. En ce qui concerne les enfants âgés de 14 ans et plus, l'allocation est accordée :

- 1 - jusqu'à l'âge de 16 ans, au titre des enfants qui fréquentent régulièrement un établissement d'enseignement primaire;
- 2 - jusqu'à l'âge de 18 ans, au titre des enfants en apprentissage qui ne perçoivent pas une rémunération supérieure à 75 % du salaire minimum légal du manoeuvre du bâtiment;
- 3 - jusqu'à l'âge de 20 ans, au titre des enfants qui fréquentent régulièrement un établissement d'enseignement de second degré ou supérieur technique ou professionnel, public ou privé, à condition que les enfants n'occupent pas d'emploi salarié ;
 - au titre de celles des filles qui remplacent, auprès de leurs frères et soeurs, la mère de famille lorsque celle-ci est décédée ou impotente ou divorcée ou veuve, occupant un emploi salarié absorbant toute son activité;
 - au-delà de 20 ans, au titre des enfants invalides (art. 54 de la loi 60-30).

Les allocations familiales sont maintenues en cas de décès du salarié dû à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, tant que les enfants y ont droit, en raison de leur âge, dans les conditions fixées à l'article 54 ci-dessus. Les allocations familiales sont étendues aux enfants nés dans les 300 jours suivant la date du décès du salarié (art. 56). Les allocations sont versées à la personne qui a la charge de l'enfant (art. 64).

Majoration pour salaire unique

En vertu de la loi 80-36 du 28 mai 1980, complétant la loi 60-30 du 14 décembre 1960 organisant les régimes de sécurité sociale, l'assuré ayant des enfants à charge ouvrant droit au bénéfice des allocations familiales et dont le conjoint n'exerce aucune activité professionnelle a droit à une indemnité dite "majoration pour salaire unique" dont le montant trimestriel est de :

- 9,375 D si le foyer comporte 1 enfant à charge,
- 18,750 D si le foyer comporte 2 enfants à charge,
- 23,475 D si le foyer comporte 3 enfants ou plus à charge.

Protection civile des enfants

Le père et la mère après le décès du mari sont civilement responsables du fait des dommages causés par leurs enfants âgés de moins de 18 ans lorsqu'ils sont sous leur garde (art. 93 du C.O.C.). Les mineurs jusqu'à l'âge de 13 ans

révolus sont frappés d'une incapacité absolue, leur capacité est limitée lorsqu'ils sont âgés entre 13 et 20 ans (art. 5 du C.O.C). Les enfants âgés de plus de 13 ans peuvent accomplir des actes qui leur sont favorables sans l'autorisation de leur tuteur (art. 9 du C.O.C). Les tuteurs ne peuvent faire d'actes de disposition sur les biens de leurs pupilles qu'après autorisation du juge compétent (art. 15 du C.O.C).

Droits des enfants nés hors mariage et des enfants abandonnés

Les enfants naturels n'héritent que de leur mère ou de la famille de celle-ci et portent son nom.

L'enfant trouvé recueilli et qui ne possède pas de biens reçoit des aliments de la personne qui le prend en charge après l'autorisation du juge jusqu'à ce qu'il soit capable de gagner sa vie (art. 77 du C.S.P.).

L'enfant trouvé ne sera pas enlevé à la personne qui l'avait recueilli sauf décision du juge lorsque se manifestent ses père et mère (art. 78 du C.S.P.). Les biens trouvés avec l'enfant lui sont acquis (art. 79 du C.S.P.). En cas d'absence d'héritier de l'enfant trouvé, les biens de ce dernier seront acquis au trésor. Toutefois, la personne qui l'avait recueilli peut introduire contre l'Etat une action en restitution des sommes par elle dépensées et ce à concurrence des biens laissés par l'enfant trouvé (art. 80).

Droit d'adoption

La loi du 4 mars 1958 fixe un cadre juridique à l'adoption en Tunisie. L'adoption doit être un enfant mineur de l'un ou de l'autre sexe (art. 12 de la loi du 4 mars 1958). L'adoptant doit être une personne majeure de l'un ou de l'autre sexe, mariée, jouissant de la pleine capacité civile. Le juge peut, lorsque l'intérêt de l'enfant l'exige, dispenser l'adoptant veuf ou divorcé de la condition de mariage (art. 9 de la loi précitée). Dans tous les cas, le consentement du conjoint est nécessaire si l'adoptant n'est pas veuf ou divorcé (art. 11).

Outre ces dispositions et mesures destinées aux enfants sous la garde d'une famille, il conviendrait de passer en revue les mesures en faveur des enfants sans famille et des mineurs délinquants.

2. Soin et éducation des enfants sans famille et des mineurs délinquants

a) Les enfants sans famille

Les villages d'enfants de BOURGUIBA

Les premiers groupements d'enfants délaissés furent constitués par les villages d'enfants de BOURGUIBA. En effet, dès le 30 juin 1956, un Fonds national de l'enfance fut créé par un décret pour le financement de ces groupements. Aujourd'hui il existe 19 de ces villages répartis sur tout le territoire de la République. L'objectif est non seulement d'assurer l'hébergement et une nourriture décente à ces enfants, mais aussi faciliter leur intégration dans la vie sociale en créant au sein des villages d'enfants

de BOURGUIBA un environnement se rapprochant le plus possible de l'ambiance familiale. Ces villages sont placés sous la tutelle du Ministère de la jeunesse et des sports, qui décide de l'admission des enfants.

Comment se fait cette admission ?

Au départ, tout enfant abandonné ou nécessiteux, en danger moral ou physique, était systématiquement pris en charge par un village d'enfants. Pour les enfants nécessiteux, une enquête est faite auprès de leur famille. C'est en fonction des places disponibles, de la capacité d'accueil des villages d'enfants de BOURGUIBA que l'admission est faite suivant un certain nombre de critères officiels.

Les procédures de l'admission ont connu une évolution considérable : en effet, jusqu'à octobre 1973, il n'existait qu'une seule forme d'assistance, l'admission en institution, donc coupure avec la famille. Une étude portant sur une durée d'un an et demi a permis de démontrer que la majorité des enfants admis avaient une famille qui ne demandait en fait qu'une aide pour faire face à sa responsabilité sans chercher à se séparer de ses enfants. A la lumière de ces données, il a été question d'introduire une éducation en milieu ouvert ce qui permettrait à l'enfant d'éviter un déracinement de son milieu naturel.

L'enfant admis en milieu ouvert peut passer toute la journée au village. Il prend ses repas, participe aux heures d'étude et de loisir. Il bénéficie du trousseau et des fournitures scolaires. Mais il rentre chez lui le soir.

La généralisation de l'éducation en milieu ouvert a été décidée par tous les centres. Au 30 juin 1984, l'effectif total des enfants admis aux villages de BOURGUIBA a été de 1 457 enfants résidents et 2 474 enfants admis en milieu ouvert.

L'Institut national de la protection de l'enfance

Il a été créé par le décret No 73-8 du 8 janvier 1973. Celui-ci a pour mission de :

- 1 - procéder à des études et recherches sur les actions appropriées pour assurer à l'enfant les conditions favorables à un développement sain et harmonieux;
- 2 - de préconiser des mesures préventives et des actions appropriées pour assurer à l'enfant les conditions favorables à un développement sain et harmonieux;
- 3 - de gérer tout établissement à caractère social ou éducatif;
- 4 - de favoriser conformément à la législation en vigueur l'adoption et le placement des enfants abandonnés;
- 5 - d'assister techniquement et financièrement des associations privées d'aide à l'enfance;
- 6 - d'assurer le contrôle technique de ces établissements privés;

7 - de collaborer à la formation des cadres éducatifs spécialisés.

Faute de ressources humaines et matérielles appropriées, l'Institut national de la protection de l'enfance a dû se contenter d'assumer les points 3, 4 et 5 et c'est dans le cadre du point 3, c'est-à-dire la gestion de l'établissement public, que se conçoit l'activité de l'INPE.

Il faut souligner toutefois qu'il a été créé en juillet 1983 un bureau d'études et de recherches conformément à la première mission de l'INPE. Ce bureau n'a véritablement fonctionné qu'au cours de cette année et de ce fait il n'est pas étonnant de relever l'insuffisance des études et recherches menées quant à la prise en charge de ces enfants par l'Institut, le profil de la mère qui abandonne, ainsi que celui de l'abandonné, etc.

A quel moment peut-on dire qu'il y a abandon ? Pourquoi l'abandon ? Quel avenir pour l'enfant abandonné ?

Les raisons de l'abandon n'ont pas été l'objet d'une étude approfondie mais il semble qu'elles soient liées principalement au phénomène de la dislocation des valeurs et de la famille évoqué plus haut. En effet, il s'agit pour les 90 % d'enfants naturels, que la mère abandonne définitivement dès la naissance, et pour les 10 % qui restent, d'un placement "provisoire" - qui dure dans la plupart des cas - de l'enfant en attendant la régularisation de la situation des parents : mariage, habitat, profession ou autres ...

Ces enfants sont abandonnés soit au niveau des maternités des hôpitaux de toute la Tunisie, soit sur la voie publique.

Les admissions

Selon un rapport d'activité, datant de 1981, les admissions des enfants abandonnés étaient passées par un maximum de 25 et un minimum de 6, ayant atteint un total de 168 pour 11 mois et une moyenne mensuelle de 15,27. Les admissions des enfants trouvés sur la voie publique avait atteint un total de 12 pour 11 mois et une moyenne mensuelle de 5,8. Il est à noter que c'est durant les mois où les conditions climatiques sont plus clémentes que ces enfants ont été trouvés (mai, juin, juillet, août). Les placements provisoires avaient atteint un total de 24 pour 11 mois et une moyenne mensuelle de 2,18. Le total des admissions varie entre un maximum de 28 et un minimum de 11. Il a atteint le nombre de 204 pour 11 mois pour une moyenne mensuelle de 18,54.

Les sorties

Elles concernent :

Les enfants placés en vue d'adoption, les enfants adoptés, les enfants mis en placement familial, les enfants repris par leur famille et les enfants décédés.

Adoption

Le nombre des enfants adoptés pour toute la Tunisie n'est pas encore connu, l'intérieur du pays n'est pas à ce jour saisi en chiffres. Ainsi, en 1981, les jugements d'adoption prononcés à Tunis sont passés par un maximum

de 34 et un minimum de 11. Ils ont atteint le nombre de 180 pour 11 mois et une moyenne mensuelle de 16,36. Selon une étude récente, le nombre des enfants adoptés durant le premier semestre de l'année 1984 a atteint 199.

Le placement familial

Le rapport de 1981 relève un manque d'information de l'opinion publique considérable, ce qui n'a pas permis d'effectuer le placement. Toutefois, selon la même étude récente, les enfants placés en famille auraient atteint le 30 juin 1984 le chiffre de 61. Les familles hôtes reçoivent une indemnité mensuelle de l'Etat. Cette indemnité est passée de 15 dinars à 45 dinars par mois et par enfant.

Le personnel

L'Institut national de la protection de l'enfance compte en tout 244 agents. La charge éducative est confiée à des ouvrières-mamans qui sont, pour la plupart, analphabètes et non formées mais titulaires, représentant ainsi les 42,3 % de l'effectif total du personnel. On peut d'ores et déjà prévoir la qualité de la prise en charge de ces enfants.

La prise en charge

Elle s'effectue dans un milieu clos. L'adoption surtout, mais le placement en famille aussi, sont considérés à juste titre comme les moyens les plus favorables à l'épanouissement de l'enfant. De ce fait, la fonction essentiellement assurée par l'INPE jusque-là était de faciliter les procédures de l'adoption. Il est significatif de relever à cet égard la discrimination opérée au niveau des sexes et cela tant sur le plan de l'abandon que celui de l'adoption.

En effet, le 7 décembre 1981, l'effectif des pensionnaires de l'Institut est de 142 se diversifiant en 42 garçons et 100 filles, ces dernières représentant 70,42 % de l'effectif total.

Quant à la répartition du nombre d'enfants adoptés en fonction du sexe, il serait de l'ordre de 65 à 75 % pour les filles par rapport au nombre total. Les enfants confiés provisoirement à l'Institut constituent le nombre quasi permanent des pensionnaires de l'INPE. Ceux-ci sont appelés pupilles de l'Etat, sont généralement admis dans les écoles communales et suivis sur le plan psychopédagogique par le personnel mis en place à cet effet.

Une action a été déployée en faveur du placement des enfants scolarisés au sein des villages d'enfants de BOURGUIBA et en 1983 une quinzaine d'enfants ont pu y être intégrés.

Toutefois et grâce à l'avènement des SOS villages d'enfants en Tunisie, le placement de choix fut orienté vers ce cadre de vie qui offre des conditions intéressantes de substitution à la famille.

Par ailleurs, le renforcement de l'équipe de psychopédagogie au cours de cette année, la mise en oeuvre du bureau d'études et de recherches ainsi que les interventions multiples mais convergentes des pédiatres, psychiatres, diététiciennes, éducateurs, animateurs, infirmiers permettront sans doute

l'acheminement vers une meilleure prise en charge et surtout vers l'insertion sociale des enfants abandonnés.

Les villages d'enfants SOS

Ce sont des institutions destinées aux enfants qui ont perdu leurs parents ou qui se trouvent dans le besoin. Ils réunissent ces enfants en petits groupes, les familles SOS, et leur donnent un foyer permanent. Ces villages constituent une formule complémentaire à celle appliquée dans les villages d'enfants de BOURGUIBA. Ils sont basés sur les principes pédagogiques suivants :

- éducation des enfants par une femme-mère;
- constitution de familles où garçons et filles vivent comme frères et soeurs sous l'autorité d'une mère SOS;
- logement des familles dans des maisons monofamiliales;
- les maisons regroupées constituent un village commun.

Un village d'enfants SOS comprend 6 à 20 maisons placées sous un directeur. Celui-ci est le conseiller des mères SOS et représente l'élément masculin sur le plan pédagogique. L'éducation au village d'enfants SOS est complétée par une assistance socio-pédagogique et psychothérapeutique.

En Tunisie, il existe deux villages SOS créés après un accord conclu le 26 mars 1983 entre le Gouvernement tunisien et SOS Kinderdoff International. Les villages ont commencé à fonctionner à partir du 1er novembre 1983 avec 42 enfants et 12 mères à Gammarth et 26 enfants et 8 mères à Siliana. Le village de Gammarth est composé actuellement de 10 maisons familiales pour 90 enfants. Celui de Siliana de 6 maisons pour 54 enfants. Les deux villages sont gérés par l'Association tunisienne des villages d'enfants SOS qui a été créée en 1982 à cet effet et pour sensibiliser les citoyens et les institutions publiques aux problèmes des enfants orphelins et abandonnés.

b) Les mineurs délinquants

Dans l'état actuel du droit, le principe de l'irresponsabilité pénale du mineur est affirmé. Ce principe est absolu à l'égard des mineurs de moins de 13 ans. Ils ne peuvent jamais être condamnés (art. 38 du C.P.). Ce principe n'est que relatif à l'égard des mineurs de 13 à 18 ans. Les juges peuvent déroger au principe lorsque "les circonstances et la personnalité du délinquant leur paraissent l'exiger" et prononcer une peine (art. 225, al. 2 du C.P.P.). Si une peine est prononcée, le mineur bénéficie de plein droit de l'excuse de minorité qui atténue la condamnation (art. 43 du C.P.).

Les juridictions spécialisées de mineurs

En fait, deux juridictions sont le pivot de toute la législation pénale de l'enfance : le juge des enfants et la cour criminelle des mineurs.

* Le juge des enfants

C'est un magistrat du siège nommé par le Président du tribunal de première instance. Il doit être choisi en principe, compte tenu de l'intérêt

qu'il porte aux problèmes de l'enfance et de ses aptitudes. En réalité, et notamment dans les régions de l'intérieur, la formation est postérieure à la prise du poste. Elle se réalise sur le tas.

La compétence ratione loci très large de ce juge unique se trouve déterminée selon le lieu de l'infraction, la résidence, le lieu du placement ou encore celui où le sujet est trouvé (art. 226 du C.P.P. Il en est de même pour la cour criminelle). Ratione materiae il est compétent pour juger les délits (art. 224 et 249 du C.P.P.) et les contraventions (commises par les mineurs de 7 à 13 ans, art. 224).

Le juge des enfants fait aussi fonction de juridiction spécialisée d'instruction (art. 234 du C.P.P.). C'est une dérogation au principe de la séparation des juridictions d'instruction et de jugement. Ainsi l'information confiée à ce juge d'instruction, au lieu de rester confinée dans l'étude des éléments de culpabilité, devrait s'orienter vers deux objectifs principaux : la connaissance du sujet en situation et l'essai des mesures adéquates de réinsertion sociale.

* La cour criminelle des mineurs

Elle est composée d'un président de Chambre à la cour d'appel, assisté de quatre conseillers, pris, sauf impossibilité, parmi les conseillers délégués à la protection de l'enfance ou les anciens juges des enfants (art. 249 du C.P.P.). Elle est compétente pour les crimes commis par les mineurs de 13 à 18 ans.

L'action publique

On ne peut en aucun cas utiliser la procédure de flagrant délit ni la citation directe contre le mineur (art. 228, al. 3 du C.P.P.). Cette action publique est du monopole du ministère public (art. 228 du C.P.P.). Ce monopole du parquet est renforcé par l'exclusion du pouvoir de saisir, traditionnellement reconnu à certaines administrations (contributions, douanes, eaux et forêts) qui en sont réduites à la plainte préalable (art. 232, al. 2 du C.P.P.). Ces administrations se voient dépossédées de peur que leur souci des deniers de l'Etat détourne de son objet la réforme entamée par le législateur de 1955.

Au siège de chaque tribunal de première instance, un ou plusieurs magistrats du parquet sont chargés spécialement des affaires concernant les mineurs (art. 227, al. 3) et, auprès de la cour criminelle, un magistrat du ministère public (art. 249, al. 3). Le parquet peut classer l'affaire sans suite, saisir le juge des enfants ou saisir le juge d'instruction des mineurs (art. 228). Le juge d'instruction est saisi obligatoirement en cas de crime (art. 228, al. 1) et souvent lorsqu'il y a des coauteurs ou complices majeurs, en cas de délit grave ou lorsque se posent des problèmes d'information complexe (art. 233).

L'enquête préalable

Un principe essentiel : la nécessité d'une étude de la personnalité du mineur. Dans l'intérêt de ce dernier, l'enquête de personnalité doit être obligatoire. Elle consiste à recueillir tous les renseignements sur

la situation matérielle et morale de la famille, sur le caractère et les antécédents du mineur, sur ses fréquentations scolaires, son attitude à l'école, sur les conditions dans lesquelles il a vécu, où il a été élevé ... Le juge des enfants peut ordonner, s'il y a lieu, un examen médical et médico-psychologique (état physique, psychologique, psychiatrique de l'enfant) ou le placement du mineur dans un centre d'accueil ou un centre d'observation (médecins, éducateurs) (art. 234).

Après une observation constante qui ne peut en principe dépasser trois mois (classe, atelier, sport ...) un rapport d'observation est rédigé après discussion des observateurs. Ces derniers peuvent donner leur avis sur les mesures préconisées. "D'emblée, nous voyons bien que le juge ne se contente plus, en ce domaine, de rechercher la preuve des faits motivant son intervention et de les caractériser en droit. Il entend connaître la personnalité de ceux envers qui il a mission de prendre des mesures appropriées et, pour ce faire, il doit recourir aux investigations de techniciens des sciences humaines. Ainsi, la recherche n'est plus seulement 'factuelle', elle devient personnelle et sociale. L'approche des problèmes n'est plus seulement d'ordre 'essentiel', elle devient 'existentielle'."

Au cours de cette enquête, les règles formelles du C.P.P. (notamment celles des articles 69 à 72), ne sont pas applicables (art. 234, al. 2). La procédure reste très souple et simple sans que les garanties procédurales essentielles soient ignorées. Toute cette phase préparatoire est soumise à un respect strict du principe du contradictoire. Ce principe ne bénéficie pas seulement au mineur, mais aussi, comme le veut l'article 237, à son groupe familial : parents, tuteur ou gardien connu. Cet article impose aussi au juge des enfants, comme au juge d'instruction, la désignation d'office d'un défenseur s'il n'en existe en la cause. Mais l'intervention de ce dernier en droit des mineurs est pratiquement repoussée à la phase du jugement (art. 239 et suivants). Une autre garantie est admise : la voie de l'appel est ouverte contre les ordonnances du juge des enfants et du juge d'instruction concernant les mesures provisoires prévues par l'article 237 que ces derniers peuvent prendre au cours de cette phase préparatoire (art. 247). Ces mesures, en principe très variées, aboutissent à confier le mineur soit à une personne soit à un établissement (art. 237). A titre exceptionnel, le mineur âgé de plus de 13 ans pourra être placé provisoirement dans une maison d'arrêt. Il sera retenu dans un quartier spécial et soumis, autant que possible, à l'isolement de nuit (art. 238). A la fin de l'enquête, le juge des enfants a deux possibilités : soit se saisir lui-même comme juridiction de fond, soit renvoyer le mineur devant le juge d'instruction si l'affaire nécessite des opérations ne rentrant pas dans le cadre de ses attributions (art. 235).

Le jugement

Les juridictions des mineurs prononceront, après avoir prouvé la culpabilité du mineur, une des mesures suivantes :

- remise de l'enfant à ses parents, tuteur, gardien ou à une personne digne de confiance;
- placement dans une institution ou un établissement public ou privé d'éducation ou de formation professionnelle;

- placement dans un établissement médical ou médico-pédagogique habilité,
- remise au service de l'assistance à l'enfance,
- placement dans un internat approprié aux mineurs délinquants d'âge scolaire (art. 241 et 250, al. 3).

(Quelques centres d'observation et d'action éducative existent en Tunisie : MGUIRA créé en 1969 pour observation seulement, GAMMARTH, 1950, SFAX, 1952, LA MANOUBA, pour les filles, créé en 1959, SIDI EL HENI, 1972, pour rééducation mais font fonction aussi de centre d'observation.)

Les procès se déroulent généralement à huis clos. Les seules personnes ayant droit à y assister sont les parents ou tuteur de l'enfant, les avocats, les représentants des associations et des institutions infantiles (art. 240 et 250, al. 1). Il convient en outre de noter que la discrétion quant à l'identité et la personnalité de l'enfant est de rigueur, tout le long du procès et même après les délibérations. Par exemple, la publication des débats par la presse, la radio, la télévision est interdite. Cette procédure présente de sérieux avantages psychologiques pour l'enfant.

A titre exceptionnel, le mineur de plus de 13 ans peut faire l'objet de condamnation pénale qui peut être assortie de mesure de liberté surveillée (art. 244 et 250, al. 2). Le juge, dans ce cas, doit rechercher si la condamnation pénale est opportune et si la personnalité du mineur rend cette sanction nécessaire ou préférable, de telle sorte que si elle lui paraît inopportune, il peut l'écarter au profit de mesures de sûreté même si le mineur a agi avec discernement.

Les instances modificatives

Bien que la décision soit définitive (autorité de la chose jugée), les juridictions des mineurs peuvent modifier à tout instant le contenu éducatif de la décision prise. Pour la saisine du juge des enfants, l'article 254 cite les parents, le tuteur ou le gardien, le mineur et le ministère public. Un autre personnage peut intervenir aussi : le technicien chargé du cas, c'est-à-dire le délégué à la liberté surveillée. (Il y a deux sortes de délégués : les délégués permanents rémunérés et les délégués bénévoles choisis et nommés par le juge des enfants.) Ces délégués assurent le contrôle éducatif de l'enfant et adressent régulièrement des rapports au juge des enfants, créant ainsi un incident à la liberté surveillée (art. 251 et 252).

Le même article consacre aussi l'autosaisine du juge. Ce dernier "doit pouvoir, de manière souple, adapter périodiquement son injonction à l'évolution du cas de façon à lui tailler sans cesse un vêtement adapté de relations juridiques".

Est compétent pour statuer sur ces instances modificatives le juge des enfants ayant primitivement statué.

Lorsque la décision initiale émane de la cour criminelle des mineurs, la compétence appartient au juge des enfants du domicile des parents ou de la résidence du mineur.

Trois principaux cas de modifications sont prévus (art. 254) :

- L'incident à la liberté surveillée (art. 252, al. 2 : le délégué à la liberté surveillée adresse un rapport au juge des enfants en cas de mauvaise conduite, de péril moral du mineur, d'entraves systématiques à l'exercice de la surveillance, ainsi que dans le cas où une modification de placement ou de garde lui paraît utile).
- L'instance modificative à la requête du mineur, des parents, du parquet ou du juge.
- L'instance de remise en garde (lorsque l'enfant a été séparé de sa famille, l'écoulement d'un délai de neuf mois est nécessaire pour que le mineur, ses parents ou son tuteur puissent saisir le juge des enfants. En cas de rejet, un autre délai de neuf mois doit s'écouler avant une nouvelle requête).

Quel que soit l'auteur de la requête, le juge des enfants est libre d'adopter n'importe quelles mesures que le droit des mineurs lui offre et même d'aggraver la mesure initiale. Cependant, il ne peut, en cas d'échec d'une mesure rééducative, passer à la voie pénale. Par exemple, en cas de mauvaise conduite opiniâtre, d'indiscipline constante, de comportement dangereux, d'échec des mesures précédentes de protection ou de surveillance, un mineur qui s'est révélé inéducable par mesure, peut être condamné par décision motivée par le juge des enfants, s'il a plus de 15 ans, au placement jusqu'à un âge qui ne peut excéder 20 ans dans un établissement spécialisé (art. 254, al. 3).

3. Protection des enfants et des jeunes

La protection économique et sociale des enfants et des jeunes revêt des aspects très divers. Nous venons dans les développements relatifs au travail des enfants les modalités de protection des enfants : protection physique, éducationnelle et morale.

La législation des obligations et des contrats tunisienne reprend plusieurs dispositions protégeant les mineurs. Il en est ainsi de la capacité juridique et de la gestion économique de biens appartenant aux enfants.

Le Code pénal est quant à lui sévère en matière de délits exercés contre des mineurs.

Le crime de viol, même sans usage de violence, est puni de la peine de mort s'il est exercé contre un enfant de moins de 10 ans.

La personne coupable d'actes sexuels avec une enfant de moins de 15 ans est passible de cinq ans de travaux forcés, alors que l'attentat à la pudeur, exercé sur ces jeunes, est passible de 10 ans de travaux forcés. La peine est aggravée si le couple est un ascendant de la victime ou son instituteur, serviteur, médecin (art. 227 à 229 du Code pénal).

L'incitation à la débauche de mineurs est passible de trois à cinq ans d'emprisonnement et d'une amende (art. 233 du Code pénal).

Le Code pénal aggrave également les sanctions à l'égard des coupables d'enlèvements d'enfants.

4-5. Travail des enfants et des jeunes et protection légale des jeunes au travail

Le Code du travail fixe l'âge minimum du travail à 15 ans dans les établissements industriels (art. 53). Seuls les établissements gérés par la famille de l'enfant peuvent employer les enfants de moins de 15 ans (art. 54 du C.T.) et si le travail s'avère nuisible pour la santé de l'enfant l'âge requis est supérieur à 15 ans (art. 58 du C.T.).

Dans les entreprises et activités agricoles, l'âge d'admission au travail est abaissé à 13 ans à condition que les travaux accomplis par l'enfant ne soient pas nuisibles à la santé et au développement normal des enfants et à condition aussi que la fréquentation scolaire n'en soit pas affectée (art. 55).

Dans les activités non industrielles et non agricoles, il y a possibilité d'employer des enfants de 13 ans accomplis dans des travaux légers non nuisibles à leur santé et à leur développement normal et à condition de ne pas nuire à l'assiduité scolaire (art. 56 du Code du travail).

Toutefois, les enfants âgés de moins de 14 ans ne peuvent être occupés à des travaux légers pendant plus de deux heures par jour, aussi bien durant les jours ouvrables où ils s'adonnent à leurs études que pendant leurs vacances scolaires. Les heures de travaux légers et les heures de cours ne doivent en aucun cas dépasser sept heures par jour. Les enfants âgés de 14 à 15 ans ne doivent pas travailler plus de quatre heures et demie par jour (art. 56 du Code de travail).

Un examen médical d'aptitude des enfants et des adolescents de moins de 18 ans doit être effectué dans toutes les entreprises publiques (art. 61). Les travaux de nuit sont prohibés pour les enfants et les femmes. Les travaux souterrains ou dans les établissements de récupération ou entreposage de vieux métaux sont défendus pour les enfants de moins de 18 ans et pour les femmes (art. 65, 77 et 78 du Code du travail).

Par ailleurs, les enfants peuvent s'adonner à des activités artistiques ou scientifiques après y être autorisés par l'inspecteur régional du travail.

L'inspecteur tiendra compte de la santé, du développement physique et de la moralité des enfants avant de délivrer l'autorisation. Le travail de ces enfants ne peut excéder minuit et devra ménager un repos de 14 heures consécutives au moins.

Tout employeur est tenu d'avoir à la disposition de l'inspection du travail un registre où figurent les noms et dates de naissance de toutes les personnes de moins de 18 ans employées, ainsi que leurs heures de travail.

Si au cours d'une inspection médicale un travail est jugé au-dessus des forces d'un enfant, l'inspection du travail exigera la cessation de l'exercice de cette tâche dans l'entreprise.

Les employeurs qui contreviennent à la protection des enfants et aux règles d'exécution du travail des jeunes de moins de 18 ans sont passibles d'une peine d'amende. En cas de récidive, la peine est portée au double.

Si la contravention est relative à l'hygiène et à la sécurité des travailleurs, le juge fixera un délai pour l'exécution des mesures de sécurité ou de salubrité. En cas d'inexécution, l'établissement sera fermé.

DEUXIEME PARTIE

ARTICLE 11 : DROIT A UN NIVEAU DE VIE SUFFISANT

A. INTRODUCTION

Il a été indiqué plus haut que la finalité de tout progrès en Tunisie est l'homme. Les plans de développement tunisiens s'attachent à travers la promotion de tel objectif à l'élévation du niveau de vie de la population. Le VI^e plan de développement (1982-1986) s'est attaché à promouvoir la création d'un maximum d'emplois afin d'améliorer le niveau de vie des demandeurs d'emplois en leur garantissant un revenu stable. Si le VII^e plan de développement a accordé une large place à un développement continu et accru de l'agriculture, la finalité n'est que l'élévation du niveau de vie du citoyen tunisien en général et notamment pour lui assurer une nourriture suffisante et élever par là même les revenus des agriculteurs qui forment un groupe important de la population.

Les mesures spécifiques adoptées en vue d'élever le niveau de vie du citoyen tunisien ont été développées dans des développements antérieurs et seront exposées dans les chapitres suivants relatifs aux articles 11 et 12 du Pacte ainsi que dans les rapports ultérieurs relatifs à d'autres articles du Pacte.

B. DROIT A UNE NOURRITURE SUFFISANTE

1. Le droit tunisien a consacré le droit des personnes sans ressources à une nourriture suffisante.

Le Code du statut personnel a édicté les normes juridiques pour préserver le droit aux aliments.

Ainsi, outre la femme divorcée dont la créance alimentaire ne se prescrit pas, ont droit aux aliments :

- Les père et mère et les grands-parents paternels à quelque degré qu'ils appartiennent;

- Les descendants à quelque degré qu'ils appartiennent. Il est précisé que les enfants aisés doivent pourvoir aux aliments de leur père, mère et aïeuls paternels dans le besoin, alors que les ascendants pourvoiront aux aliments de leurs descendants jeunes et incapables de gagner leur vie.

En outre, le droit aux aliments peut naître d'une obligation contractuelle. Celui qui s'engage à servir une pension alimentaire est tenu de l'exécuter.

2. Réforme des systèmes agraires

Le secteur agricole continue à supporter des structures foncières incompatibles avec les objectifs du développement agricole. D'importants problèmes subsistent et ils ne peuvent être résolus que dans le cadre d'une politique à long terme de transformation des structures. Dans ce domaine il est prévu de poursuivre les efforts entrepris dans le but de liquider totalement les anciennes tenures foncières et d'apurer progressivement la situation foncière des terres agricoles et en priorité celles dont l'intensification est envisagée à court terme.

Les actions d'aménagement des structures visent la constitution d'exploitations viables par la lutte contre le morcellement, le parcellement, la réglementation des baux ruraux, le remembrement et la constitution de sociétés d'exploitation agricole.

3. Amélioration des méthodes de production

a) La recherche

L'intensification de la production agricole ne peut se passer d'un appareil de recherche performant. Notre politique en matière de recherche vise à restructurer et à renforcer notre capacité d'innovation et à pourvoir le secteur agricole de résultats pratiques à vulgariser auprès du plus grand nombre de producteurs. Les exigences du développement à long terme imposent d'accorder la plus haute priorité à la constitution d'un appareil de recherche à même de soutenir les progrès de développement agricole, notamment au niveau du secteur de l'élevage, des cultures irriguées, des céréales et de la conservation des eaux et du sol.

Il s'agira donc de renforcer les capacités centrales de recherche, de consolider les stations régionales actuelles et de créer de nouvelles stations dans les régions n'ayant pas fait l'objet d'études approfondies.

Le développement des stations régionales a pour but de fournir aux services de développement un outil de travail pour leurs actions de vulgarisation, de démonstration, de formation et de recyclage. Il permet aussi de rapprocher la recherche des agriculteurs et d'établir avec eux un dialogue permanent sur les terrains d'expérimentation.

b) La vulgarisation

Les progrès dans le domaine de vulgarisation seront fonction des résultats disponibles de la recherche et de la capacité de l'Administration agricole à les diffuser. L'action à entreprendre se développera à plusieurs niveaux. Il s'agira de :

- rapprocher au maximum le vulgarisateur de l'agriculteur par la création et la consolidation de cellules territoriales de vulgarisation;
- développer une vulgarisation par "rayonnement" et ce par l'insertion, dans le secteur, de jeunes agriculteurs techniciens;
- consolider la vulgarisation de masse en vue de pouvoir toucher le maximum d'agriculteurs avec le minimum de moyens et dans les meilleurs délais.

La mise en oeuvre de cette approche de la vulgarisation nécessite :

- la réforme du système de formation pour les échelons les plus concernés par la vulgarisation (adjoints techniques et ingénieurs adjoints);
- la coordination et la répartition des tâches entre les différentes structures de vulgarisation, reposant sur le principe du vis-à-vis unique de l'agriculteur.

4. Conservation des aliments et lutte contre la dégradation des ressources

Afin d'atténuer notre dépendance en matière de produits alimentaires et surtout en céréales, un effort particulier sera consenti pour réduire les pertes après récolte par le passage progressif du sac vrac au niveau de la moisson, de la manutention, du transport et du stockage. De même, pour des produits aussi stratégiques que les céréales, une politique de sécurité alimentaire s'est imposée. Il a été ainsi établi un plan directeur de stockage des céréales. Les besoins ont été estimés à 350 000 tonnes supplémentaires de capacités de stockage dont une première tranche de 100 000 tonnes est en cours de réalisation.

A cause des conditions naturelles, les sols tunisiens sont particulièrement vulnérables à l'érosion. Ce phénomène d'érosion est souvent aggravé par une utilisation des sols qui n'est pas toujours conforme à leur vocation et par l'utilisation de techniques culturales inadéquates. Les actions de protection et de développement du patrimoine auront une double finalité :

- assurer l'avenir à long terme de l'agriculture par la protection des sols et des investissements économiques;
- contribuer à la résorption des déséquilibres qui existent entre les régions du pays.

Les actions de protection visent essentiellement les barrages, l'alimentation des nappes phréatiques et la lutte contre les inondations. Les actions de conservation des eaux et du sol portent sur l'aménagement antiérosif des bassins versants des barrages.

5. Commercialisation, approvisionnement et prix

En matière de commercialisation intérieure, des investissements importants ont été prévus pour améliorer le système : accroissement de la capacité de stockage et de réfrigération, installation de centres de collecte de lait, augmentation de la capacité de transformation des industries agro-alimentaires. En plus, les mesures suivantes ont été retenues :

- création d'un fonds de soutien pour certains produits maraîchers dont l'objectif est de régulariser l'approvisionnement et de réduire les fluctuations des prix permettant de stabiliser et soutenir les revenus;
- encouragement à la création de coopération de services;
- incitation des organismes interprofessionnels à une participation plus importante, plus régulière et mieux structurée;
- encouragement et développement du système des contrats de culture.

En matière d'approvisionnement en intrants, il est prévu le réaménagement des structures d'approvisionnement actuelles par :

- l'augmentation de la capacité de stockage des centres de distribution d'intrants;

- l'implantation de nouveaux centres de stockage d'intrants dans les zones où les capacités de stockage sont insuffisantes;
- l'augmentation de la marge bénéficiaire accordée aux revendeurs de façon à les inciter à s'installer dans les zones difficilement accessibles.

En ce qui concerne les prix, et pour les produits dont les prix sont fixés par l'Etat, des révisions périodiques sont faites à la veille de chaque campagne en tenant compte de l'évolution des coûts de production, du volume de la subvention des intrants, et des cours internationaux. Il est aussi tenu compte de marges de profit incitatives pour les producteurs leur permettant une garantie de revenu. Par ailleurs, l'orientation des investissements productifs s'effectue sur la base des anticipations des niveaux des prix à la production. Ces niveaux doivent être sécurisants pour une plus grande incitation à l'investissement dans un secteur comportant des risques spécifiques. Toutefois, les prix des différents produits agricoles doivent être harmonisés de façon à assurer un développement équilibré du secteur.

6. Amélioration des niveaux de consommation alimentaire

L'action tendant à améliorer les niveaux de consommation alimentaire et notamment des groupes de population les plus vulnérables revêt plusieurs formes.

La mise en oeuvre d'une politique d'emploi, l'instauration du planning familial, l'éducation, les programmes de développement régional, pour ne citer que quelques exemples, auront nécessairement une incidence sur l'amélioration du niveau de consommation alimentaire.

Toutefois, le gouvernement a toujours soutenu et maintenu les prix des denrées essentielles à la portée des revenus des groupes les plus vulnérables.

Nonobstant les avantages accordés par les conventions collectives régissant certaines entreprises et qui accordent des facilités de restauration ou les services rendus aux étudiants dans les restaurants universitaires, l'intervention de la Caisse générale de compensation demeure la mesure la plus généralisée et qui profite à toute la population tunisienne.

La Caisse intervient pour maintenir les prix et certains produits à la portée du citoyen à faible revenu. Ainsi les prix de l'huile, du pain, des pâtes (aliments de base du Tunisien), du sucre, du lait, etc., sont compensés. La charge supportée par l'Etat s'amplifie d'une année à l'autre. La Caisse a coûté à l'Etat en 1980 soixante-sept (67) millions de dinars. Ce chiffre est passé à 165 millions de dinars en 1982.

7. Mesures contre la contamination des produits alimentaires

La préservation des aliments destinés à la consommation est opérée par plusieurs intervenants.

Certaines interventions sont effectuées à priori, avant la mise du produit à la consommation.

La loi du 6 août 1982 portant création de l'Institut de la normalisation et de la propriété industrielle lui assigne entre autres la tâche de la certification. L'Institut atteste, au moyen d'un certificat de conformité ou d'une marque de conformité, qu'un produit ou un service est conforme à des normes ou spécifications techniques déterminées.

Il est à signaler que la certification se distingue du contrôle classique dévolu aux divers départements ministériels en vertu de textes spécifiques. Elle intervient bien avant la décision de mettre le produit en vente et en général à la demande du fabricant.

Le contrôle à posteriori est, quant à lui, effectué d'autorité par les départements ministériels, par échantillonnage sur des produits offerts à la vente. Le laboratoire central relevant du Ministère de l'industrie et du commerce est outillé pour ces tâches. En outre les marchés municipaux et le commerce de détail font souvent l'objet de contrôles effectués par les services municipaux.

Depuis quelques années, les hôpitaux, restaurants universitaires, hôtels et autres grands établissements disposent souvent d'un nutritionniste à plein temps pour veiller à la qualité des denrées alimentaires.

8. Connaissance des principes nutritionnels

L'essor du système éducatif est sans conteste la mesure la plus importante pour la connaissance des principes nutritionnels. Les jeunes élèves du primaire découvrent ces principes à travers les cours de travaux pratiques et connaissances usuelles. Cette formation se perpétue dans les lycées par les cours de sciences naturelles.

Il n'en demeure pas moins que l'oeuvre de l'Institut de la nutrition à Tunis est portée à la connaissance du public par les journaux et les moyens audiovisuels. Une émission radiophonique élaborée par un professeur en médecine et le Directeur de l'Institut de la nutrition est diffusée quotidiennement par la première chaîne de la Radiodiffusion tunisienne.

C. DROIT A UN VETEMENT SUFFISANT

1. Promotion du droit à un vêtement suffisant

Le droit à un vêtement a été garanti pour les salariés par le Code du travail.

Ainsi tous les salariés dont les activités sont soumises à la législation du travail doivent recevoir de leurs employeurs le 1er mai de chaque année deux complets de travail, deux chemises, une paire de chaussures et un couvre-chef.

Si les conventions collectives ou les usages prévoient des dispositions plus favorables, ce sont ces dernières qui s'appliquent. L'employeur réfractaire est passible d'amende.

Par ailleurs, le Comité national de solidarité sociale pourvoit à l'habillement de citoyens nécessiteux par les dons qui sont octroyés par les privés ou les institutions.

2. Amélioration de la production d'articles d'habillement

La production et la disponibilité d'articles textiles et d'habillement a connu un grand essor en Tunisie, le lancement d'unités textiles ou de confection a été encouragé pour deux raisons : modestie des investissements, secteur générateur d'emplois.

Cette évolution a été favorisée en outre par une tradition de tissage séculaire. Actuellement la production des usines de Holding SOGITEX pourvoit abondamment aux besoins du pays en tous genres de tissus.

Par ailleurs et malgré les effets de la crise économique, l'introduction de moyens de plus en plus performants a permis de stabiliser les prix des produits textiles. Ainsi le fil de laine n'a pas connu d'augmentation entre 1981 et 1983, ainsi que le fil de coton, les tissus de laine et le tissu vichy pour tablier (Institut national de la statistique 1984).

Les produits finis d'habillement ont vu leurs prix augmenter légèrement entre 1981 et 1983 :

Vêtements de dessus homme :	119,0 à 141,2
Lingerie et bonneterie :	119,8 à 140,8
Chaussures :	140,6 à 164,7

(Indice des prix à la consommation familiale
Institut national de la statistique 1984).

La production a également connu une courbe stationnaire permettant un approvisionnement normal. L'indice de la production industrielle pour le textile et l'habillement a été de 127,9 en 1981 et de 127,2 en 1983, étant signalé que la base est 100 en 1977.

D. DROIT AU LOGEMENT

1. Principaux textes des lois

Les nombreuses mesures, d'ordre législatif et réglementaire, prises dès le lendemain de l'indépendance, traduisent l'intérêt accordé par l'Etat à la production et à l'amélioration du logement en général, et à la construction et à l'aliénation des logements au profit des catégories sociales à faibles revenus, en particulier. C'est ainsi que :

- Pour favoriser les constructions et l'aliénation des logements au profit des catégories sociales à faibles revenus :

* Le décret du 30 mars 1956 a institué une aide de l'Etat, fournie essentiellement sous forme de crédits à long terme et à de faibles taux d'intérêts, pour la construction de logements ouvriers :

* Le décret du 30 mars 1957 a institué un régime qui permet aux "sociétés coopératives ouvrières de logements" (SCOL) de réaliser et de gérer les logements ouvriers qui sont attribués aux bénéficiaires sous le régime de la location-vente. Le prix de cession est ainsi amorti sur une période de trente années moyennant un taux d'intérêt de 2 % par an;

* La loi du 31 mai 1961 a prévu des dégrèvements fiscaux en faveur des sociétés, associations et coopératives de construction de logements à usage d'habitation ou de location à bon marché.

* Le décret-loi No 2 du 4 février 1963 a institué des dispositions particulières permettant l'aliénation au profit des familles économiquement faibles des logements populaires - construits par l'Etat ou par les collectivités publiques locales au moyen des fonds mis à leur disposition sous forme de prêts par le fonds national d'amélioration de l'habitat - en accordant aux bénéficiaires une aide de l'Etat - calculée sur le prix de cession - et des crédits à long terme exonérés d'intérêts.

* La loi 63-17 du 27 mai 1963, portant encouragement de l'Etat à l'agriculture, a institué des conditions très avantageuses pour l'octroi de crédits à la construction de logements à l'intérieur des exploitations agricoles et pour favoriser la production et l'amélioration des logements dans le milieu rural en général.

- Et pour favoriser la promotion et l'amélioration du logement :

* Le décret du 3 août 1956 a institué un fonds national d'amélioration de l'habitat ayant pour objet l'exécution des travaux de réparation, d'assainissement et d'amélioration des immeubles à usage principal d'habitation, professionnel ou administratif, notamment, par l'allocation de subventions aux propriétaires, l'octroi de prêts ou de garanties d'emprunts et la prise en charge, totale ou partielle, de l'intérêt des capitaux investis dans les travaux de réparation.

* La loi 19 du 10 septembre 1957 a créé la Société nationale immobilière de Tunisie chargée, notamment, d'assurer la réalisation et le développement du secteur de l'habitat assisté par l'Etat ou par les collectivités publiques.

* L'arrêté du 20 juin 1960 a accordé une prime pour la construction de nouveaux logements. Cette prime, qui ne concerne que les logements qui répondent aux normes de salubrité, de solidité et d'urbanisme, était accordée pour une période de vingt ans à partir de la date d'achèvement de la construction. En 1976, la période d'octroi de cette prime a été ramenée à dix ans et en 1980 la prime elle-même a été totalement supprimée. Les encouragements de l'Etat à partir de cette date ayant pris une nouvelle forme.

Ces mesures devaient, toutefois, s'avérer insuffisantes pour provoquer un accroissement du parc de logements tel qu'il puisse satisfaire, à la fois à la demande additionnelle et aux besoins des populations mal logées. Elles ont, néanmoins eu le mérite de créer une dynamique dans le secteur de l'habitat que reflète, particulièrement, l'accroissement constant de la part des ménages dans la construction. En effet, sur un total de 109 384 logements construits au cours de la période 1956-1968 (qui correspond à la fin du II^e Plan de développement), 55 309 logements étaient construits par le secteur

public - dont 37 160 (soit plus de 66 %) étaient réalisés, avant la première année du premier Plan de développement, au profit des seules populations non nanties - et 54 075 logements étaient construits par le secteur privé - dont 27 800 (soit plus de 50 %) étaient réalisés au cours de la seule période du II^e Plan.

La croissance économique, le développement de l'emploi, le relèvement du revenu et du niveau de vie de la population, d'une part, et la croissance démographique et l'expansion urbaine, d'autre part, devaient provoquer, dès le début du II^e Plan de développement économique et social (1969 - 1972) et particulièrement au cours des IV^e et V^e Plans de développement (1973-1976/1977-1981), une demande sans cesse croissante de logement, devenu une des principales préoccupations des ménages.

Pour faire face à cette situation et pour remédier à la situation préoccupante, due à la persistance d'un nombre encore important de logements rudimentaires (44 % du parc de logements en 1966), l'Etat a élaboré une nouvelle stratégie qui vise à réaliser une production intensive du logement. Cette nouvelle stratégie prévoit :

* - L'accentuation de l'effort de l'Etat dans le financement des constructions au profit des catégories sociales à faibles revenus. C'est ainsi que la Société nationale immobilière de Tunisie avait été chargée d'exécuter les programmes du gouvernement visant la construction de logements de types rural, suburbain et économique, à la cadence de 5 000 logements par an, à partir de 1969, et de 10 000 logements par an, à partir de 1972.

* - Une participation plus active des ménages au financement de leur logement : la création de la Caisse nationale d'épargne-logement, par la loi 24 du 7 mai 1973, visait à drainer l'épargne des ménages destinée au logement (estimée en 1980 à 44 % de l'épargne destinée à satisfaire les besoins familiaux) et à développer le crédit réservé à l'acquisition ou à la construction de logements.

* - L'intervention des agents économiques, en général, et des établissements financiers, en particulier, dans le circuit de la promotion du logement par, notamment, l'octroi aux particuliers de prêts à des conditions favorables pour la construction ou l'acquisition d'un logement.

* - Une meilleure adéquation de l'offre à la demande des terrains aménagés destinés à la construction de logements et aux besoins et aux possibilités de financement des populations à faibles revenus ; la création de l'Agence foncière d'habitation (AFH), par la loi 21 du 14 avril 1973, vise à répondre à cet objectif et à contrecarrer la spéculation grâce à une politique de prix qui ne tient compte que du coût.

* - La diversification des opérateurs dans le secteur de l'habitat en vue de juguler la crise du logement et de permettre à la Société nationale immobilière de Tunisie (SNIT) de se consacrer principalement à la réalisation des programmes du gouvernement en faveur de la population à faibles revenus : la loi 47 du 2 juillet 1977 qui régleme la profession de promoteur immobilier tend à répondre à cet objectif et à consolider la contribution du secteur privé à la production de logements sociaux - économiques grâce, aux avantages et aux encouragements concédés par l'Etat à cet effet.

* - Une contribution active des caisses de prévoyance sociale au financement des logements destinés à leurs adhérents. C'est ainsi que :

- La Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale a été autorisée à contribuer au financement des logements acquis ou construits par ses affiliés par l'octroi de prêts (remboursables sur quinze ans avec des taux d'intérêts relativement faibles) destinés à parfaire leur épargne auprès de la Caisse nationale d'épargne-logement (CNEL) et de crédits complémentaires destinés à parfaire l'achat d'un terrain pour la construction ou l'acquisition d'un logement neuf.

- La loi 54 du 3 août 1977 a institué un fonds de promotion de logements pour les salariés, alimenté par une contribution versée par les employeurs - égale à 2 % de la masse salariale - dont les salaires mensuels se situent entre une fois et une fois et demie le salaire minimum garanti - des prêts leur permettant la construction ou l'acquisition d'un logement neuf et aux salariés - dont les salaires mensuels se situent entre une fois et une fois et demie le salaire minimum garanti - des prêts leur permettant la construction ou l'acquisition d'un logement neuf et aux salariés - dont les salaires mensuels se situent entre une fois et demie et trois fois le salaire minimum garanti - des prêts pour parfaire l'épargne exigée dans le cadre du régime de l'épargne-logement.

D'autre part, pour contrecarrer la spéculation dans le milieu immobilier, engendrée par une importante demande de location de logements, l'Etat a pris les mesures suivantes :

- Octroi d'un droit de priorité aux locataires pour l'achat du logement qu'ils occupent effectivement à condition, toutefois, de ne pas être, eux-mêmes, propriétaires d'un logement dans le gouvernorat du lieu de l'immeuble à l'intérieur duquel ils sont logés (Loi 39 du 7 juin 1978).

- Création, par la Caisse nationale de sécurité sociale et la Caisse d'assurance vieillesse invalidité survie - en 1977 - d'une Société de promotion de logements sociaux chargée de réaliser et de gérer des logements destinés à la location à des prix modérés au profit de leurs adhérents.

- Création d'offices de logements au sein de trois grands départements ministériels qui comptent un personnel nombreux appelé à changer souvent de résidence administrative, à savoir le Ministère de l'intérieur, celui de la défense nationale et celui de l'éducation nationale.

2. Mesures et programmes spécifiques

a) La politique de financement du secteur de l'habitat : l'épargne

Le régime d'épargne-logement, institué par la loi 24 du 7 mai 1973, répond, entre autres objectifs, à la création d'une tradition d'épargne chez le citoyen et à la recherche d'une solution au problème du financement de l'habitat.

C'est, en effet, en application de cette loi que le décret No 224 du 28 mars 1974 a régleménté l'activité de la Caisse nationale d'épargne-loqement en l'investissant de trois missions essentielles :

- mobiliser l'épargne par la collecte des dépôts des souscripteurs de contrats d'épargne-loqement,
- consentir des prêts aux personnes physiques, titulaires de contrats d'épargne-loqement, pour financer la construction ou l'extension d'immeubles à usage d'habitation ainsi que l'acquisition de loqements neufs construits par des promoteurs immobiliers agréés,
- accorder des crédits de préfinancement en faveur des promoteurs immobiliers agréés pour la réalisation des programmes de loqements destinés aux souscripteurs d'épargne-loqement.

La caractéristique du régime de l'épargne-loqement est qu'il accorde à l'épargnant le droit de bénéficier durant la période contractuelle, des intérêts qui lui sont servis sur les sommes versées dans son compte et, à la fin de cette période, d'un crédit égal à deux fois le montant total de l'épargne en principal et en intérêts. Ce régime prévoit, par ailleurs, différentes catégories de crédits qui sont définies en fonction des revenus de l'épargnant.

Concernant les intérêts servis à l'épargnant, avant le déblocage du crédit, ils sont calculés, actuellement, sur la base des taux suivants :

	<u>Epargne en dinars</u>	<u>Epargne en devises</u>
pendant la période contractuelle	6,75 %	7,5 %
à la maturité du contrat (c'est-à-dire au-delà de la période contractuelle)	8,75 %	10,5 %

S'agissant du régime du crédit, les catégories de crédits instituées lors du démarrage de la Caisse nationale d'épargne-loqement ont été modifiées en 1986 par l'adjonction de trois nouvelles catégories portant le plafond des crédits à 13 000 dinars et la suppression des basses catégories qui ont été remplacées par l'institution du régime du fonds de promotion du loqement au profit des salariés "Foprolos". Cette modification s'explique par l'augmentation du coût du loqement conjuguée avec celle du revenu et répond mieux aux aspirations des épargnants.

La durée de remboursement est de 10 ans pour un régime d'épargne de 4 ans et de 15 ans pour un régime d'épargne de 5 ans. Le taux d'intérêt est uniformément de 8,25 % l'an et la charge de remboursement ne peut dans tous les cas excéder le tiers du revenu de l'emprunteur.

Par ailleurs, et dans le souci d'introduire une certaine souplesse dans le régime du crédit et de permettre à la Caisse nationale d'épargne-loqement de jouer un rôle plus actif dans le financement de l'habitation, trois formes de crédits furent autorisées dont l'une revêtait un caractère transitoire. Il s'agit :

- Du crédit immédiat : ce régime de crédit avait été institué en 1976 soit au cours de la période qui séparait les dates de création de la "CNEL" (1974) et celle de l'arrivée à maturité des premiers contrats d'épargne-logement (1978). Il devait permettre, au cours de cette période transitoire, le financement de la construction ou de l'acquisition d'un logement auprès d'un promoteur immobilier agréé. Il a pris fin avec le démarrage des crédits normaux d'épargne-logement.

- Le crédit anticipé : cette forme de crédit a été instituée par une circulaire de la Banque centrale de Tunisie du 24 février 1977 et vise les épargnants ayant un contrat souscrit depuis 2 ou 3 ans (suivant que le régime de l'épargne soit de 4 ou de 5 ans) désireux d'acquérir un logement auprès d'un promoteur immobilier agréé. Cette forme de crédit a été étendue, depuis le mois de juillet 1981, au financement de l'autoconstruction. Le taux d'intérêt est actuellement de 11,5 % l'an.

- Le crédit de préfinancement : ce crédit est accordé exclusivement aux promoteurs immobiliers agréés pour le financement des programmes destinés aux épargnants c'est-à-dire ceux présentant un coût au logement correspondant au profil de l'épargne souscrite.

Le taux d'intérêt de ce crédit est fixé à 10,5 % l'an et sa quotité est de 90 %, pour les logements du type "suburbain", et de 70 % pour les logements du type "économique".

Pour bénéficier de ce crédit, le promoteur immobilier s'engage à réserver au moins 70 % des logements économiques et 90 % des logements suburbains à des épargnants de la Caisse nationale d'épargne-logement.

L'institution du fonds de promotion du logement au profit des salariés a été effectuée par la loi 54 du 3 août 1977. L'intervention de ce fonds revêt deux formes principales :

- Pour les salariés ayant un revenu se situant entre une fois et deux fois le SMIG, le fonds accorde des crédits directs pour l'acquisition ou la construction d'un logement du type suburbain à un taux d'intérêt de 5 % sous réserve que l'épargnant justifie d'un autofinancement égal à 10 % du coût du logement agréé par le Ministère de l'habitat.

Compte tenu des augmentations enregistrées dans le coût de la construction, un décret de 1983 a modifié le schéma de financement arrêté en 1977 et a porté le coût du logement du type suburbain, qui était fixé à 3 600 dinars, à un prix variant entre 8 000 et 10 000 dinars.

- Pour les salariés dont le revenu se situe entre deux fois et trois fois le salaire minimum garanti, le fonds accorde deux formes de crédits : un crédit pour parfaire l'épargne avec un taux d'intérêt de 8,25 % et un crédit direct au taux de 5 %.

Enfin et pour inciter les entreprises à drainer l'épargne de leurs employés et assister davantage ses épargnants, la CNEL a établi des conventions tripartites, groupant la Société nationale immobilière et certaines entreprises publiques (la Société d'électricité et du gaz,

la Société d'exploitation et de distribution des eaux, la Société nationale de transport ...) qui prévoient des conditions particulières de financement de logements au profit des employés des entreprises concernées épargnants à la CNEL.

Cette politique de l'épargne a permis d'obtenir de très bons résultats. En effet :

- Sur le plan de l'épargne

Le nombre de contrats souscrits, entre 1974 et la fin du premier semestre 1986, a atteint 190 900 contrats totalisant un montant épargné de 186 millions de dinars.

- Sur le plan des crédits

De 1974 au premier semestre 1986, 36 505 crédits (immédiat, anticipé, normal) ont été accordés aux "CNELISTES" pour un montant de 244 millions de dinars.

- Sur le plan du préfinancement

La CNEL a procédé au préfinancement de 44 879 logements SNIT (18 996 de type suburbain et 25 883 de type économique) correspondant à une enveloppe financière de 258 millions de dinars et de 3 827 logements réalisés par les promoteurs immobiliers agréés correspondant à une enveloppe financière de 16 millions de dinars.

- Concernant le crédit Foprolos

Le Fonds de promotion de logements pour les salariés "FOPROLOS" a accordé depuis sa création en 1977 jusqu'au 30.06.1986, 21 795 crédits pour une enveloppe de financement de l'ordre de 64 millions de dinars.

Pour le préfinancement des programmes SNIT, ce fonds a consacré 50 millions de dinars pour la réalisation de 32 829 logements.

Les tableaux ci-après illustrent les résultats des mesures prises tant au niveau institutionnel et réglementaire qu'au niveau de la politique de financement.

b) Le projet national de désaérobification

A l'initiative du Chef de l'Etat, le Président Habib BOURGUIBA, et sur ses instructions, le gouvernement s'est engagé à mettre en oeuvre, au cours des années 1986, 1987, 1988, un programme tendant à résorber la totalité des logements rudimentaires (gourbis et autres formes de taudis) encore existants en Tunisie.

Pour la réalisation de ce programme, le décret No 438 du 12 avril 1986 a créé un comité national et des comités régionaux chargés de le superviser et a fixé les ressources qui doivent le financer.

Le recensement effectué en mars 1986, au niveau régional, a permis à la commission nationale de supervision du programme de vérifier que, sur un total de 135 000 logements rudimentaires encore existants, 92 000 logements doivent être totalement détruits et remplacés et 43 000 entretenus et améliorés.

Ces données ont permis de monter un programme de réalisation et un schéma de financement qui doivent permettre de remplacer, avant la fin de l'année 1988, les 92 000 logements à démolir par de nouveaux logements.

Concernant la réalisation il a été prévu la construction :

- En 1986, de 30 000 logements nouveaux pour un coût estimé à 61 millions de dinars.
- En 1987, de 40 000 logements nouveaux pour un coût estimé à 82 millions de dinars.
- En 1988, de 22 000 logements nouveaux pour un coût estimé à 42 millions de dinars.

C'est ainsi que 20 000 logements sont, actuellement, en cours de construction (dont 1 000 sont déjà achevés) et que les crédits nécessaires à réaliser les 10 000 logements restant pour l'année 1986 ont été mis à la disposition des gouverneurs concernés.

Concernant le financement du programme le décret No 438 précité a fixé les ressources qui doivent contribuer au financement comme suit :

- les dotations budgétaires,
- les prélèvements sur le fonds national d'amélioration de l'habitat (FNAH),
- les prélèvements sur tout autre programme spécial en rapport avec l'habitat (notamment le programme de développement régional),
- le concours du système bancaire,
- les dons et legs, en espèces et en nature, qui lui sont directement consentis par des personnes physiques ou morales.

3. Mesures prises pour les problèmes de logement et d'approvisionnement en eau dans les zones rurales

Le lancement du PDRI : Programme de développement rural intégré avait, et a, pour objectif la promotion des conditions de vie dans les zones rurales par la promotion de l'emploi, la fourniture de matières premières agricoles, le logement et les équipements de base. Il a ainsi permis l'amélioration des conditions de vie des populations rurales par la construction et l'amélioration de logements ruraux et de pistes rurales, la création de centres de santé, l'adduction de l'eau potable, l'électrification et la construction des écoles pour l'enseignement primaire.

Le programme a en effet permis, au cours de la période 1973-1984 :

- Dans le domaine de la santé : le financement de la construction de 366 dispensaires, 31 centres de santé de base et 182 salles de soins.
- En matière de voirie : la création de 12 000 km de pistes et de 200 km de routes bitumées et l'aménagement de 43 600 km de pistes rurales.
- En matière d'adduction de l'eau potable : le financement de 107 forages, 40 châteaux d'eau et 2 000 points d'eau ainsi que la contribution au financement des travaux ayant permis l'alimentation en eau potable de 500 localités.
- En matière d'alimentation en électricité : le branchement de 1 300 localités au réseau électrique national.
- En matière d'équipements sociocollectifs : la réalisation de près de 900 équipements sociocollectifs dont 400 représentent des constructions nouvelles (109 cabines téléphoniques, 81 clubs socioculturels, 83 terrains de sport, 38 salles de classe, etc.).
- Dans le domaine de l'habitat : d'apporter une aide à environ 90 000 ménages, sous forme de participation à l'autofinancement, pour l'acquisition de logements ruraux neufs et l'amélioration de leurs logements. Un montant de 19,5 millions de dinars a été consacré à cet effet.

Le total des crédits alloués à ce programme, pour la période 1973 à 1984, a atteint le montant de 256,6 millions de dinars dont 60 % avaient été alloués aux régions de l'ouest - moins développées - et 40 % aux régions de l'est. Les actions visant à améliorer les conditions de vie ont absorbé 50 % du total des crédits alloués au programme.

L'originalité du programme de développement rural réside dans la méthode adoptée au niveau de son élaboration, sa gestion et son exécution. En effet :

Ce programme est élaboré annuellement par les commissions locales de développement rural au niveau de la délégation. Il est approuvé par les commissions régionales au niveau du gouvernorat et arrêté au niveau national par le Ministère du plan et des finances.

Concernant la gestion du programme, le service du développement rural assure, au niveau de chaque gouvernorat, la gestion et le suivi ainsi que la coordination entre le niveau local, régional et national.

S'agissant de l'exécution du programme, elle est confiée aux services techniques régionaux des divers départements ministériels et des organismes publics concernés.

Pour concrétiser l'intégration qui caractérise ce programme, le PDRI a accordé une place privilégiée à l'infrastructure, aux équipements sociaux et surtout à l'amélioration des conditions de vie des mal logés en leur réservant 37 % des investissements. Il est en effet prévu la construction

de 3 472 logements, l'aide à 3 075 chefs de famille à améliorer leurs logements, l'alimentation en eau potable de 100 agglomérations (par la réalisation de 142 puits publics et de 24 forages, l'aménagement de 92 sources d'eau, la pose de 77 km de canalisations et la construction de 43 citernes publiques et de 890 citernes privées), la réalisation de 1 832,4 km de pistes agricoles et de 76 cassis, l'électrification de 80 agglomérations, la construction de 86 dispensaires et salles de soins.

4. Mesures prises pour la protection des locataires

La loi 76-35 du 18 février 1976 relative aux rapports entre propriétaires et locataires de locaux à usage d'habitation a prévu dans son article 2 le maintien dans les lieux de plein droit et sans l'accomplissement d'aucune formalité des personnes occupant un local à usage d'habitation. La loi qui avait effet jusqu'au 31 décembre 1981 a été prorogée jusqu'au 31 décembre 1986 par la loi 81-100 du 31 décembre 1981, portant loi des finances pour la gestion 1982.

Par ailleurs, le droit au maintien dans les lieux qui était applicable aux constructions bâties avant le 1er janvier 1954 a été étendu à celles bâties avant le 1er janvier 1970 par la loi 78-19 du 1er mars 1978.

L'article 17 de la loi 76-35 a interdit toute augmentation de loyer supérieure à 5 % par an et ce à compter du 1er janvier 1976.

5. Données statistiques

La réalisation des mesures générales et spécifiques a permis à la Tunisie, en dépit de la situation héritée de l'époque du protectorat, de satisfaire les besoins immédiats de sa population, notamment en fournissant un abri pour tous et de réaliser d'importants progrès au niveau de son développement économique et social.

Le recensement général de la population et du logement de mars 1984 révèle en effet :

Sur le plan quantitatif : le nombre de logements excède celui des ménages puisque, pour une population de 6 966 173 habitants correspondant à 1 273 390 ménages (une moyenne de 5,5 personnes par ménage), il existe 1 316 588 logements.

Il ne s'agit, cependant, que de chiffres absolus qui ne tiennent pas compte des ménages disposant de plus d'un logement, d'une part, et de l'état et du niveau d'équipement du logement, d'autre part.

Sur le plan qualitatif : l'analyse des résultats sur le plan qualitatif nous permet à la fois de mieux apprécier l'effort fourni et de mieux cerner l'ampleur des actions qui demeurent à entreprendre pour satisfaire les besoins additionnels d'une population qui demeure marquée par une importante croissance démographique (2,6 % par an) et par la demande des populations.

REPARTITION DES LOGEMENTS PAR TYPE ET PAR MILIEU

Type de logements	En milieu urbain		En milieu rural		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<u>Constructions en dur</u>	<u>704 800</u>	<u>97</u>	<u>493 200</u>	<u>84</u>	<u>1 197 000</u>	<u>91.2</u>
Maisons traditionnelles	460 900	64	471 100	80	932 000	71
Villas	172 000	24	20 500	3	192 500	14.6
Appartements	71 900	9	600	1	72 500	5.6
<u>Appartements rudimentaires</u>	<u>21 000</u>	<u>3</u>	<u>95 100</u>	<u>16</u>	<u>116 100</u>	<u>8.8</u>
Total logements	725 800	100	587 300	100	1 313 100	100

REPARTITION DES POPULATIONS ET DES LOGEMENTS PAR MILIEU

	Milieu urbain		Milieu rural		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Population	3 680 830	52.1	3 285 343	47.2	6 966 173	100
Ménages	694 100	54.5	578 910	45.5	1 273 010	100
Logements	725 800	57	587 300	43	1 313 100	100
Rapport logements	1.04		1.01		1.03	

TROISIEME PARTIE

ARTICLE 12 : DROIT A LA SANTE PHYSIQUE ET MENTALE

A. INTRODUCTION

A la veille de l'indépendance, le potentiel sanitaire du pays se limitait à un médecin tunisien pour 22 000 habitants (1 pour 7 000 en comptant les médecins étrangers), 5 500 lits hospitaliers, en y incluant les 1 000 lits des infirmeries dispensaires, soit 1,5 lit pour 1 000 habitants, un seul laboratoire d'analyse en l'occurrence celui de l'Institut Pasteur.

Voilà qui en dit long sur l'immensité de la tâche qui incombait au nouvel Etat et au peuple pour se sortir du marasme dans lequel s'empêtrait la santé.

La prise en main de ce secteur a nécessité la mise en place d'infrastructures, de système de couverture d'ordre général ou spécifique que nous passerons en revue dans les développements qui suivent.

B. RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES1. Mesures prises pour réduire le taux de mortalité infantile (< à 1 an)

Le taux de mortalité infantile était estimé à 200 pour 1 000 en 1952 puis à 180 pour 1 000 en 1961. Il passe à 120 pour 1 000 en 1975 pour atteindre aujourd'hui un taux de 50 à 60 pour 1 000, d'après les résultats préliminaires de l'enquête nationale sur la mortalité et la morbidité infantiles (hôpital d'enfants - Tunis 1986). Une telle évolution a permis de projeter pour l'an 2000 un taux de mortalité situé entre 18 et 28 pour 1 000.

Le rapport annuel de l'UNICEF 1985 chiffre à 60 pour 1 000 la mortalité infantile en Tunisie pour les années 75/81 et montre que la situation est, en Tunisie, beaucoup plus favorable qu'elle ne l'est dans la plupart des pays ayant atteint un stade de développement analogue.

La Tunisie avait entrepris, à cet effet, des mesures positives dont nous citerons les plus importantes :

- La promulgation d'une législation en faveur de la mère et de l'enfant (examen médical prénuptial, âge minimum en mariage).
- Le lancement d'une politique de PMI protection maternelle et infantile qui permit en 1966 de doter le pays de 89 centres répartis à travers le territoire national. Ce réseau a été renforcé au cours des années 70. La gestion technique de ces centres est confiée à l'Institut national de santé de l'enfance. En 1985, on comptait 119 centres PMI.
- La création en 1975 d'une filière universitaire spéciale pour la pédiatrie préventive.

L'action menée contre la malnutrition est polyvalente : amélioration des conditions de vie, l'éducation nutritionnelle, la promotion des aliments de sevrage. D'où un recul de certaines maladies de l'enfant : le rachitisme a pratiquement disparu, la poliomyélite (525 cas en 1959, 19 en 1985), la coqueluche : 262 cas en 1976 dans les PMI et 28 en 1980.

La vaccination

Outre la vaccination antivariolique, dont l'obligation remonte au 5 mai 1922 (d'ailleurs supprimée par l'OMS), les principales maladies dites à vaccination obligatoire sont au nombre de 6 : la tuberculose 1959, la poliomyélite 1963, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la rougeole.

La mortalité juvénile (1-4 ans)

Si la mortalité infantile était estimée à 77 pour 1 000 entre 1975 et 1978, la mortalité juvénile représentait 28 pour 1 000. On peut affirmer aujourd'hui que ce taux est allé en décroissant.

Ces mesures ont eu des répercussions sur l'espérance de vie à la naissance. De 47 ans vers les années 50, l'espérance de vie atteint actuellement une moyenne de 62 ans avec une année de plus en faveur de la femme. On estime qu'elle sera de 70 ans (entre 68 et 71 ans) vers l'an 2000.

2. Mesures prises pour assurer le bon développement de l'enfant

La santé scolaire

L'enseignement et la santé sont les deux grandes priorités qui ont dominé les choix de la Tunisie indépendante. L'amélioration de la santé des écoliers par le biais de la médecine scolaire a bénéficié pour cela d'un intérêt particulier.

Instantanée en 1948, cette forme de médecine préventive relevait du Bureau de l'Inspection médicale scolaire et universitaire (Tunis) et était généralement assurée par des médecins vacataires secondés par des infirmiers itinérants ou des assistantes sociales.

Le premier élan apporté à cette importante action est en réalité l'oeuvre du troisième plan de développement, qui a sensiblement renforcé les équipes mobiles de santé scolaire chargées du dépistage systématique et du traitement des maladies les plus courantes et des maladies contagieuses ainsi que le programme de vaccination.

A la fin des années 60, la médecine scolaire connut un second souffle grâce à la création de la sous-direction de la médecine préventive et sociale qui eut pour attribution : l'hygiène scolaire, la nutrition et l'hygiène alimentaire, l'éducation sanitaire, l'appareillage et la rééducation des handicapés et aussi la prévention des accidents.

La médecine scolaire et universitaire relève aujourd'hui d'une direction (DMSU) qui a trois prérogatives majeures :

- L'identification de la situation en milieu scolaire et universitaire et par conséquent la définition précise des objectifs à atteindre.
- La programmation des objectifs du plan dans le domaine de la médecine scolaire dans les régions.
- La création de commissions nationales techniques appelées à améliorer les activités de médecine scolaire et universitaire.

Les résultats de cette expérience sont éloquentes :

Sur le plan logistique, la médecine scolaire couvre aujourd'hui toutes les régions du pays et repose sur 9 centres régionaux implantés à Tunis, Sfax, Sousse, Bizerte, Monastir, Kasserine, Gafsa, Kairouan et Mahdia; 21 médecins scolaires à plein temps en plus des 417 médecins de la Santé publique occupés à temps partiel, essentiellement dans les régions à faible densité; 196 infirmiers employés à plein temps et 510 infirmiers occupés à temps partiel.

La couverture réalisée en 1985 a atteint 90 % des élèves des classes obligatoires, c'est-à-dire des élèves appelés à subir un examen médical systématique et approfondi et 80 % des étudiants de la région de Tunis. La couverture vaccinale a également connu une évolution régulière : 80 % des élèves sont immunisés en 1985 contre la tuberculose, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, soit un niveau suffisant pour constituer une barrière collective contre les maladies traditionnellement répandues, handicapantes ou responsables d'absentéisme scolaire.

3. Protection de l'hygiène du milieu

a) L'action du Ministère de la santé publique

Au départ, cette action était confiée pour son volet sanitaire à un bureau de l'épidémiologie (rattaché à la direction de la préventive) qui concentrait ses interventions sur la lutte contre les insectes et la désinfection en cas de maladies contagieuses,

En 1969, les attributions du Ministère de la santé dans ce domaine ont été confiées à un service chargé du contrôle des eaux et de la pollution, de l'assainissement et de l'hygiène du milieu, particulièrement dans les zones rurales.

En 1974, ce service est remplacé par une sous-direction de l'assainissement et de l'hygiène du milieu puis par une direction en 1981, dont les principales missions sont : le contrôle de l'hygiène dans les collectivités publiques locales et dans les établissements hospitaliers et sanitaires publics et privés; le contrôle de la qualité de eaux de consommation et des eaux thermales ainsi que l'amélioration des points d'eau publics; le contrôle des réseaux d'égouts et des stations d'épuration et d'évacuation ainsi que des eaux usées d'irrigation; le contrôle de la lutte contre les rongeurs et les insectes vecteurs de maladies; la participation à l'élaboration des plans d'aménagement et des projets d'habitat; le contrôle de la protection de l'environnement et de la lutte contre la pollution; le contrôle de l'application des normes sanitaires dans les domaines d'activités relevant de son ressort, en collaboration avec les organismes et services intéressés.

Pour la réalisation de tous ces objectifs, la Direction dispose de deux ingénieurs sanitaires, un ingénieur des travaux de l'Etat, quatre ingénieurs adjoints et 300 techniciens sanitaires.

Contrôle des eaux de boissons :

En milieu urbain :

- * Contrôles du traitement des eaux : 82 750 jours de contrôle
- * Contrôles bactériologiques des
eaux des réseaux de distribution : 22 810 analyses
- * Contrôles physico-chimiques des
eaux des réseaux de distribution : 360 analyses

En milieu rural :

- * Désinfection des points d'eau
publics : 34 275 opérations
- * Contrôles bactériologiques (puits,
sources et citernes) : 9 923 analyses

Contrôle des eaux de baignade :

- * Piscines : 1 199 analyses
- * Plages : 4 159 analyses

Contrôle de l'évacuation des eaux usées : 12 505 analyses

A ces actions s'ajoutent le contrôle de la réutilisation en agriculture des eaux usées et épurées à la Soukra, Nabeul, Sousse et Kairouan, le contrôle des établissements publics et des denrées alimentaires, la surveillance de l'utilisation des pesticides, la lutte contre les insectes, le contrôle de l'évacuation des ordures ménagères, le contrôle de l'hygiène hospitalière.

Toutes ces opérations visent à juguler la propagation des maladies d'origine hydrique et fécale. Elles sont renforcées par d'autres actions comme la construction de latrines et l'aménagement de points d'eau publics essentiellement en milieu rural. C'est ainsi que 859 points d'eau et 810 latrines ont été aménagés ou construits dans le nord et le centre du pays grâce au projet Tunisie-Care Médico. C'est ainsi aussi qu'un projet Tunisie-UNICEF "d'alimentation en eau potable et assainissement" a été mis en oeuvre à Kairouan.

De même, les efforts déployés depuis 1982 par le Ministère de la santé publique dans le cadre de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (DIEPA) visent à protéger la santé des populations rurales et lutter contre les maladies d'origine hydrique en assurant une fourniture d'eau saine et des méthodes adéquates d'évacuation des excréta.

b) L'action d'autres départements

Le Ministère de l'agriculture lutte contre certaines maladies infectieuses dont l'animal est le réservoir ou le vecteur telles la brucellose, l'hydatidose ou la rage, etc. C'est à lui également qu'incombe l'aménagement des points qui alimentent en eau potable les centres de moins de 500 habitants.

Ce ministère qui traite l'eau publique, améliore l'habitat, veille à la voirie et à l'électrification en milieu rural, intervient donc dans l'assainissement, dans le contrôle de la pollution hydrique, et apparaît dès lors comme un partenaire indispensable à l'édification de la santé. Des organismes comme la SONEDE et les commissariats agricoles disposent, pour mener à bien leur tâche, de nombreux instruments législatifs dont : le code des eaux, institué par la loi du 13 mars 1975 qui définit les effets utiles de l'eau, ses nuisances et prévoit les infractions et les sanctions en la matière. La loi du 26 juillet 1966, qui régleme l'abattage des animaux de boucherie, la circulation et la commercialisation de leurs viandes et abats inspectés par des vétérinaires, enfin la loi du 7 juillet 1961 qui règle le commerce et l'utilisation des pesticides à usage agricole.

Le Ministère de l'équipement et de l'habitat, qui dote le pays en infrastructure et équipements collectifs, participe également à l'action sanitaire par le biais de l'assainissement urbain, de l'adduction principale des eaux, de la protection des villes contre les inondations et par la lutte contre la pollution hydrique. Dans ce cadre, c'est à l'Office national de l'assainissement (ONAS) créé par la loi du 3 août 1974 que reviennent la gestion, l'exploitation, l'entretien, le renouvellement et la construction de tout ouvrage d'assainissement urbain dont, essentiellement, les stations d'épuration, les émissaires en mer, les collecteurs d'eaux usées ou fluviales installés dans les communes, les zones touristiques et industrielles. Cet office peut également prêter son concours aux collectivités pour le traitement des ordures ménagères. Toujours dans le domaine de la protection des individus contre la pollution le Ministère de l'économie se charge de la protection de l'environnement contre les nuisances industrielles, de même qu'il réprime fraudes et falsifications des denrées alimentaires ou agricoles.

Pour donner un exemple, le lait qui figure au nombre des aliments de première nécessité fait, de par la loi du 24 décembre 1964, l'objet d'un contrôle rigoureux au niveau de la production, du traitement et de la commercialisation.

Un environnement non pollué, une eau bonne à boire, des aliments sains ne peuvent se concevoir sans un habitat salubre et une urbanisation cohérente. C'est au Ministère de l'équipement et de l'habitat qu'incombe la responsabilité de veiller sur l'application de normes en matière d'habitat au-delà de la vaste campagne de décaourbification qui implique toutes les énergies du pays. Ce Ministère dispose depuis la loi du 15 août 1979 d'un code de l'urbanisation qui régleme et harmonise le développement des agglomérations urbaines, il est aidé dans cette action par le Ministère des transports et communications qui joue un rôle majeur en matière de sécurité routière (code de la route défini par la loi du 6 juillet 1970), tant du côté de la santé physique des conducteurs que du bon fonctionnement des véhicules, de même qu'il lutte contre la pollution et les nuisances qui pourraient incommoder la population.

C'est dans cet environnement physique des plus adaptés possibles que peuvent s'inscrire les actions sociales à visée indirectement sanitaire. L'instruction et le travail constituent ces deux pôles indispensables à une bonne définition de l'état de santé. Le Ministère des affaires sociales par le code du travail promulgué le 30 avril 1966 prescrit notamment les mesures d'hygiène et de sécurité du travail, il exige également la création d'un service médical au sein de toute entreprise non agricole employant 40 salariés

ou apprentis. Il oblige tout chef d'entreprise à déclarer les chantiers de 50 personnes et plus, et se doit d'informer des cas de maladies fébriles suspectes. Le Ministère de l'éducation nationale a, quant à lui, la charge d'assurer et de promouvoir cette instruction considérée comme la meilleure arme préventive contre de nombreux fléaux liés à l'ignorance, mais il se doit également de veiller à la santé des enseignants soumis à une visite médicale obligatoire et à celle des élèves qui va de la vaccination à l'éviction temporaire dans les cas de maladies hautement contagieuses. La médecine scolaire obéit depuis 1980 à une politique de concertation et de coordination entre le Ministère de la santé et celui de l'éducation nationale.

Enfin à l'instar d'un véritable tissu conjonctif le Ministère de l'intérieur intervient tant au niveau central que périphérique par la voie des collectivités locales dans de nombreux domaines liés à la santé. La réglementation municipale qui obéit à la loi organique du 14 mai 1975 concerne de ce fait la salubrité publique : nettoyage, voirie et enlèvement des ordures ménagères, éclairage, inhumation, mesure contre les incendies, lutte contre la divagation des animaux errants, lutte contre les moustiques (décret du 23 février 1933), lutte contre la rage (décret du 19 février 1966) par dépistage et vaccination.

4. La lutte contre les maladies épidémiques, endémiques et professionnelles

La vaccination. Bien que pratiquée depuis plusieurs décennies, la prévention par la vaccination n'est devenue obligatoire en Tunisie que vers la fin des années cinquante, exception faite de la vaccination antivariolique dont l'obligation remonte au 5 mai 1922.

Actuellement, les principales maladies dites à vaccination obligatoire sont au nombre de six : la tuberculose "BCG" (20 février 1959), la poliomyélite (4 janvier 1963), la diphtérie, le tétanos, la coqueluche "DTC" (22 septembre 1978) et la rougeole (8 mai 1981).

En raison de l'insuffisance de la couverture sanitaire, la politique vaccinale s'est appuyée, au lendemain de l'indépendance, sur les campagnes de masse selon des rythmes variables en fonction des vaccins et des populations cibles. Aujourd'hui, cette action repose sur une approche permanente, essentiellement destinée aux enfants qui sont les victimes les plus fréquentes des maladies. En plus, elle est intégrée dans toutes les structures sanitaires fixes et dans les points de rassemblement visités à dates fixes et de façon régulière par les agents itinérants.

Grâce à ces efforts et à l'intensification apportée au cours des dernières années au programme national de vaccination, la Tunisie bénéficie aujourd'hui d'une couverture vaccinale qui la rapproche fortement de l'objectif fixé à l'échelle mondiale par l'OMS et le FISE, à savoir la vaccination de tous les enfants avant 1990.

Cette couverture atteint en effet 88 % pour le BCG, 82 % pour la première prise de DTC Polio, 73 % pour la 2ème, 61 % pour la 3ème et 63 % pour la rougeole.

L'analyse de l'expérience tunisienne est très riche en enseignements. Elle montre en premier lieu qu'il est possible de lutter efficacement contre plusieurs maladies meurtrières ou handicapantes. C'est le cas de la diphtérie qui a connu un recul spectaculaire : 128 cas en 1955 (avec certainement une déclaration fortement insuffisante, particulièrement en milieu rural) contre 101 en 1965, 6 en 1975 et 1 cas en 1985. C'est aussi le cas de la poliomyélite qui a failli connaître le même destin, n'étant la négligence des rappels par certaines familles pour lesquelles il convient d'intensifier la motivation et l'éducation : 525 cas en 1959 contre 192 en 1962, 78 en 1978 et 19 en 1985. En 1965, grâce à l'adhésion massive de la population qui venait de sortir du cauchemar d'une épidémie, le nombre de cas est même tombé à deux.

L'analyse de l'expérience tunisienne montre aussi que la réussite d'un programme élargi de vaccination implique : l'éducation intensive de la population ; l'intégration de l'acte vaccinal dans toutes les activités pédiatriques préventives et curatives aussi bien dans les centres fixes que dans les "points de rassemblement" destinés aux populations dispersées ; la "prévention" des défections pour les vaccins qui nécessitent plusieurs injections et ce, par le suivi vigilant de la population cible ; l'identification préalable ou concomitante des contraintes géographiques, culturelles ou autres susceptibles de freiner les élans de la population ou des agents de la santé ; la persévérance dans l'action car le relâchement de l'effort vaccinal conduit inmanquablement à la résurgence des maladies cibles.

Comme plusieurs pays en développement, la Tunisie est décidée à intensifier son "Programme national de vaccination". Les progrès réalisés au cours des dernières années et l'engagement sans limites des décideurs en matière de santé publique pour la promotion du bien-être des enfants sont deux atouts qui donneront à cette oeuvre toutes les garanties de réussite.

La lutte antituberculeuse

La tuberculose a également fait l'objet d'un programme de lutte particulièrement énergique. Tout au long de la première moitié du siècle, les victimes se comptaient en effet par milliers et se recrutaient essentiellement parmi les musulmans, qui accédaient difficilement aux soins et à la prévention.

La stratégie retenue pour faire face à ce fléau a connu trois grandes périodes :

Avant 1959, en dehors de la campagne internationale de vaccination par le BCG qui s'est déroulée de 1949 à 1951, cette phase était caractérisée par : l'absence d'une stratégie réelle de lutte ; une très forte endémicité tuberculeuse ; une infrastructure sanitaire insuffisante, concentrée à Tunis et à vocation essentiellement curative.

Entre 1959 et 1975, cette phase a été marquée par l'institution de l'obligation vaccinale, la naissance des "campagnes de masse" et surtout l'adoption d'objectifs plus précis à savoir le dépistage et le traitement de tous les malades atteints ; la surveillance régulière des porteurs de lésions apparemment stabilisées ; la protection des enfants et des adultes jeunes par la vaccination (BCG).

Cette approche s'est prolongée jusqu'en 1975 et a utilisé tour à tour différents procédés : la campagne nationale de vaccination par le BCG; la campagne de "masse radiographique" dans les Gouvernorats de Sousse, Kairouan, Gabès, Bizerte et Nabeul; la campagne de dépistage par la recherche du germe causal (bacilloscopie) dans les Gouvernorats de Sfax et du Kef.

Parallèlement à ces opérations, le pays a développé son infrastructure sanitaire, et multiplié le nombre de médecins spécialistes.

Entre 1975 et 1985, période qui correspond au passage de la stratégie des campagnes au système de la lutte permanente basée sur : la décentralisation des services et notamment l'intégration de certaines activités au niveau de tous les centres de santé; l'intégration de la vaccination par le BCG au programme national de vaccination; de dépistage sélectif dans toutes les formations sanitaires, grâce aux examens bactériologiques des crachats, particulièrement parmi les consultants suspects et les contacts des malades dépistés; la meilleure déclaration des cas; le traitement selon un schéma standard jusqu'à la guérison de tous les malades dépistés; la gratuité des prestations.

Pour concrétiser ces objectifs, les moyens suivants ont été prévus : l'équipement de tous les centres par des moyens de dépistage, de traitement et de surveillance; l'affectation d'un médecin phthisiologue dans chaque région et d'un médecin coordinateur dans chaque circonscription; la multiplication des laboratoires de bacilloscopie et de culture; l'augmentation du nombre de lits pour les malades tuberculeux.

L'ensemble de ces efforts a conduit à une nette régression du péril tuberculeux dans le pays comme le prouve la diminution du nombre de malades sous traitement : 130 000 cas au cours des années 60, 11 310 en 1978, 7 454 en 1984 et 6 514 en 1985.

Les résultats les plus spectaculaires ont concerné la population infantile.

L'un des effets les plus significatifs de ce succès est la transformation du préventorium de l'Ariana prévu en 1959 uniquement pour les enfants (500 lits) en hôpital de pneumophthisiologie en 1965 pour tous les âges. Actuellement, les enfants n'occupent dans cette importante structure hospitalo-universitaire qu'une fraction infime des lits. En outre, ils y sont hospitalisés pour des pathologies respiratoires très diverses.

La quasi-disparition des tuberculoses graves parmi les enfants (méningite et miliaire tuberculeuses) illustre ainsi de façon qui ne laisse guère de place au doute que la vaccination antituberculeuse constitue une arme nécessaire dans les pays du tiers monde.

Au total, et en dépit des efforts qui restent à déployer pour délivrer totalement le citoyen tunisien du risque de tuberculose, la lutte contre le bacille de Koch a été efficace. Cette lutte reposera dans l'avenir sur le renforcement des moyens déjà mis en oeuvre et aussi sur l'intensification de l'éducation des malades, car certains échecs s'expliquent dans une large mesure par l'insouciance des malades - essentiellement les adultes - qui arrêtent précocement leur traitement.

L'échec au paludisme

Maladie connue depuis longtemps en Tunisie, cette parasitose a été la cible de quelques mesures spécifiques depuis 1903, date de la création d'un département de lutte antipaludique à l'Institut Pasteur de Tunis. A cette date, des opérations de chimioprophylaxie à base de quinine et des larvicides, à l'intérieur ou autour des grandes villes ont été utilisées.

En fait, malgré ces efforts, les épidémies ont sévi, souvent de façon dramatique dans le pays, et leurs victimes se recrutaient essentiellement parmi la population musulmane. En 1931/32 par exemple, 20 % de l'ensemble de la population était touchée. Les épidémies de l'après-guerre n'étaient pas moins sévères.

Il fallait réellement attendre l'indépendance pour voir une offensive de grande envergure contre ce fléau. En effet, c'est en 1957 qu'une enquête de pré-éradication a été organisée dans la partie septentrionale du pays. Par la suite, un programme d'éradication a été mis en oeuvre dans une zone pilote de 620 000 habitants. Le succès éclatant de cette opération a conduit les responsables à étendre l'expérience à la quasi-totalité du pays (1968) puis à l'ensemble du territoire (1972). Quelques années plus tard, l'interruption de la transmission de la maladie devint un fait indiscutable. Depuis 1979, le succès est régulièrement confirmé par l'absence de cas autochtones.

Ce succès place la Tunisie en tête des pays arabes, musulmans et africains qui ont pu vaincre ce fléau séculaire... Un fléau qui semble en résurgence dans plusieurs pays du tiers monde et qui continue à poser de graves problèmes en raison des résistances que manifestent le parasite et le moustique vecteur, aux armes disponibles. Toutefois, et malgré ce succès, la vigilance continue et la recherche des cas importés est systématique. Le programme actuel repose sur le dépistage passif des cas et ce, de façon routinière dans les structures périphériques : chaque année, des milliers de lames sont examinées par les techniciens affectés dans les unités des laboratoires du paludisme, éparpillées dans tous les gouvernorats.

Depuis 1980, aucun cas autochtone, c'est-à-dire contracté en Tunisie même, n'a été constaté.

La lutte contre la bilharziose

Depuis le début du siècle, le Sud tunisien était classé parmi les zones endémiques pour la bilharziose urinaire. Mais là aussi la lutte réelle faisait défaut.

C'est seulement au cours des années cinquante et soixante que les prémices d'un programme de grande envergure ont commencé à faire surface contre cette parasitose transmise à l'homme par un mollusque d'eau douce.

La véritable lutte contre cette maladie débuta après cette période, précisément en 1970 date du démarrage d'un programme d'éradication avec l'aide de l'OMS.

Comme pour les autres programmes, cette offensive est passée par plusieurs phases successives :

- l'étude des données sur la maladie dans le pays,
- la formation du personnel appelé à participer au programme,
- l'organisation d'une enquête parasitologique dans les zones endémiques,
- le recensement des points d'eau et la localisation des gîtes du mollusque vecteur,
- la sélection et l'exécution des méthodes de contrôle,
- l'évaluation des résultats.

Grâce à cette approche, il devint possible de cerner les zones à risque, d'interrompre la transmission de la maladie, de traiter et de contrôler les malades et enfin de vaincre le fléau. En 1982, le dernier foyer à Gafsa fut maîtrisé. Depuis, les cas résiduels sont en diminution continue : 20 cas en 1984 contre 4 856 en 1971.

b) La protection contre les maladies professionnelles

La promulgation du décret instituant les services médicaux du travail quelques mois à peine après l'indépendance mérite d'être classée parmi les grands événements de la politique sociale adoptée par la Tunisie indépendante. Cette mesure simple en apparence est en effet très significative quand on sait que la médecine dite d'entreprise était à l'époque une création récente dans le monde. Elle illustre l'intérêt constant et profond porté par le Combattant suprême, Habib BOURGUIBA, à la protection de la santé des ouvriers. Autres faits significatifs, ce décret a été rapidement et régulièrement renforcé par d'autres mesures non moins importantes : l'institution de l'inspection médicale du travail (20 septembre 1955), la révision et le renforcement des textes relatifs à l'inspection médicale et aux services médicaux du travail et la promulgation du Code du Travail (30 avril 1966), la description des attributions du Ministère de la santé publique en matière de médecine du travail (19 janvier 1970), la transformation du service central de la médecine du travail rattaché au Ministère des affaires sociales en direction rattachée au Ministère de la santé publique (1981), la nomination des médecins de la santé publique chargés de l'inspection médicale du travail au sein des Directions régionales de la santé à partir de 1983, la création d'un organisme technique destiné à veiller sur la prévention médicale et technique des risques professionnels : le Centre de médecine du travail et des maladies professionnelles créé en 1970 et transformé en 1985 en un Institut de médecine du travail et d'ergonomie, la promulgation des textes relatifs à la manipulation des produits toxiques et l'exposition aux poussières, etc.

L'ensemble de ces mesures et le cortège des investissements qui les a accompagnées ont conduit à améliorer de manière très significative la santé et la protection des travailleurs malgré l'entrée rapide du pays dans une phase d'industrialisation toujours croissante. Elles ont donné à la médecine du travail une place saillante dans la politique préventive et sociale.

Actuellement, les structures chargées de la protection de la santé des travailleurs et de l'amélioration des conditions de travail relèvent soit du Ministère de la santé publique, soit des services de médecine du travail autonomes ou inter-entreprises.

Au Ministère de la santé, la direction de la médecine du travail et des maladies professionnelles a plusieurs tâches complémentaires : elle participe à l'élaboration, à la promotion et au développement de la législation et de la réglementation en matière d'hygiène du travail et de protection de la santé des travailleurs et veille à leur application; elle assure, en collaboration avec les services et organismes psychotechniques l'examen médical des travailleurs en vue de leur orientation professionnelle, de leur reclassement et de leur réadaptation; elle contrôle les services médicaux du travail et les soins donnés aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles; elle effectue les enquêtes et les études et recueille les données destinées à améliorer la protection sur les lieux du travail.

A l'échelle régionale, le contrôle et la surveillance médicale de la main-d'oeuvre sont confiés aux directions régionales de la santé publique et plus précisément aux médecins de santé publique chargés de l'inspection médicale du travail.

A toutes ces actions s'ajoutent les tâches accomplies par le centre de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles qui joue un rôle de première importance en matière de formation et de recherche et qui sert de support logistique à la direction de la médecine du travail. Cet Institut assure en effet, l'assistance médicale et apporte son concours technique à tous les organismes et à toutes les personnes que la prévention des risques professionnels intéresse, comme les jeunes âgés de moins de 18 ans, les candidats aux centres de formation professionnelle ou à l'émigration, les ouvriers exposés aux produits toxiques, les assurés sociaux en litige avec les assurances ou les victimes d'accidents ou de maladies professionnelles... En plus, il contrôle les facteurs d'ambiance (aération, chaleur, bruit...) et développe l'esprit de sécurité dans le travail grâce à ses actions éducatives.

Les tâches dévolues aux services autonomes ou inter-entreprises instaurés par les dispositions de l'article 153 du Code du travail complètent ces actions sur les lieux du travail.

Selon les statistiques établies au mois de janvier 1985, le pays dispose de plus de 200 services autonomes et de 15 associations inter-entreprises de médecine du travail employant 36 médecins à plein temps, 156 médecins vacataires et 251 agents paramédicaux. Avec cet effectif la surveillance médicale concerne plus de 100 000 salariés dans les secteurs non agricoles.

Ce bilan place la Tunisie au premier rang des pays en développement dans le domaine de la médecine du travail. Il est appelé à être renforcé au cours des prochaines années par l'amélioration quantitative et qualitative des services offerts aux ouvriers pour faire face avec plus d'efficacité à l'apparition de nuisances dues à l'emploi de produits chimiques et toxiques imposés par les progrès de l'industrialisation et aussi à l'émergence sur les lieux du travail d'équipements et de machines de plus en plus complexes.

Certaines dispositions de la législation en vigueur sont également appelées à être revues car, désormais, il importe d'élargir la surveillance médicale aux travailleurs agricoles.

5. Plan d'ensemble pour des services de santé suffisants

Le réseau sanitaire public s'est diversifié et enrichi d'année en année par des réalisations grandioses, ce qui a entraîné de nouvelles classifications.

a) Les établissements spécialisés

Ces établissements reçoivent des personnes atteintes d'une maladie spécifique (exemple : l'Institut de Carcinologie) ou d'une affection d'un système organique donné (exemple : le centre de neurologie) ou des malades d'un âge déterminé (exemple : l'hôpital d'enfants).

b) Les centres hospitalo-universitaires

Ces établissements assurent une gamme variée de services différenciés à des malades d'âge divers et souffrant d'affections diverses. Ils constituent le terrain propice pour l'enseignement et la formation en médecine.

c) Les hôpitaux régionaux

Sont pour la plupart situés dans les chefs-lieux de gouvernorats. Ils assurent une gamme moyenne de cinq services.

d) Les hôpitaux de circonscription (ou auxiliaire)

Couvrent une ou deux délégations et assurent une gamme de trois services au plus (médecine générale, maternité et pédiatrie).

Ces hôpitaux qui étaient rattachés aux hôpitaux régionaux ont acquis leur autonomie de gestion financière à partir de 1980.

e) Les groupes de maternités

Sont le dernier maillon de l'infrastructure hospitalière. Outre leur vocation d'assurer les accouchements, ils participent aux soins et à la protection maternelle et infantile.

L'extension du réseau hospitalier et sanitaire s'est bien entendu accompagnée de l'extension du nombre de lits. C'est ainsi que celui-ci a pratiquement doublé entre 1957 et 1985 passant de 7 560 à 15 452.

Par ailleurs, il y a lieu de souligner la création de nouvelles spécialités médicales et chirurgicales offrant à la population une nouvelle gamme de prestations sanitaires qui placent la Tunisie à un niveau appréciable sur le plan international.

La Tunisie qui ne comptait en 1962 que huit disciplines médicales et chirurgicales (médecine générale, contagieux, tuberculeux, maternité, ophtalmologie, ORL, psychiatrie et chirurgie), en compte 32 en 1984 à savoir : la pédiatrie, l'orthopédie, l'urologie, la gastro-entérologie, la dermatologie, la cardiologie, la neurologie, la neurochirurgie, la néphrologie, la stomatologie, la toxicologie, la radiothérapie, l'hémodialyse, la chirurgie cardio-vasculaire, la chirurgie thoracique, etc. Il y a lieu également de noter la création de services de brûlés et la mise en place de tout un réseau de services d'urgence couvrant une grande partie du territoire.

Si le secteur public est resté, il est vrai, le principal élément du système sanitaire tunisien, le développement qu'a connu l'infrastructure sanitaire du pays s'est étendu aussi au secteur privé. En effet, on ne comptait que 114 établissements privés en 1970, 102 officines, 7 laboratoires et 5 cliniques privées, 262 cabinets médicaux en 1972. Ces chiffres ont enregistré un bond prodigieux en 1985, passant à 818 officines, 53 laboratoires, 35 cliniques privées et 974 cabinets médicaux.

En ce qui concerne les hôpitaux régionaux, la transformation de quelques hôpitaux auxiliaires (de circonscription) a permis de créer :

- en 1974, quatre hôpitaux régionaux localisés à : la Marsa, Siliana, Sidi Bouzid et Tozeur,
- en 1976, deux hôpitaux régionaux à Khereddine et Jerba,
- en 1977, un hôpital régional à Zaghouan,
- en 1978, un hôpital régional à Metlaoui.

Quant à l'ensemble des hôpitaux de circonscription, il s'est enrichi par la création de quatre nouvelles unités : à la Chebba en 1974, à Soliman en 1975, à Nefta et Mareth en 1978.

Trois groupes de maternité/PMI ont été érigés à Nefza (1971) à Ksour Essaf (1974) et à Dégache (1977).

Ainsi, la capacité en lits hospitaliers est passée de 12 532 en 1970 à 13 077 en 1976 et à 13 445 en 1979.

Cette évolution paraît moins rapide que l'évolution démographique puisque, en 1970, on disposait d'un lit d'hôpital pour 399 habitants.

Cela est dû entre autres facteurs aux délais que requiert parfois la construction de nouveaux hôpitaux. En effet, si l'on tient compte de la capacité en lits des projets en cours, on peut dire que la densité lit-population sera améliorée de façon spectaculaire comme on le verra plus loin.

Cette augmentation de la capacité hospitalière (de 1 000 lits en 10 ans) aura conduit à la réduction des disparités régionales et au renforcement de certains services spécialisés. Ainsi :

Le Gouvernorat de Gabès a été pourvu de 75 lits additionnels (dont 53 pour la médecine générale et 22 pour la pédiatrie).

Le Gouvernorat de Sfax a enregistré un accroissement de 73 lits passant de 909 lits en 1970 à 982 lits en 1979.

Le Gouvernorat de Médenine a bénéficié de 119 lits supplémentaires dont : 40 pour la médecine générale, 43 pour la pédiatrie, 20 pour l'ophtalmologie...

La région sanitaire de Tozeur a été dotée de 52 lits additionnels suite à la création de l'hôpital de circonscription de Nefta et de la maternité de Dérache.

Le Gouvernorat de Tunis a vu sa capacité hospitalière augmenter de 586 lits passant de 4 980 en 1970 à 5 566 en 1979.

Cette extension concerne en particulier :

- l'orthopédie (210 lits en 1979 contre 96 en 1970);
- la cardiologie (266 lits en 1979 contre 196 en 1970);
- la gastro-entérologie (197 lits en 1979 contre 105 en 1970);
- la neurologie (55 lits créés).

Enfin, des lits hospitaliers ont été créés pour les besoins du planning familial. On en dénombre 152 en 1979 dont : 8 à Nabeul, 35 à Sousse, 32 à Sfax, 15 à Kasserine, 12 à Jendouba, 30 au Kef...

Au total, en 1979, on dispose de 20 hôpitaux régionaux (contre 12 en 1970) alors que les hôpitaux de circonscription sont passés de 54 en 1970 à 50 en 1979, du fait des aménagements évoqués précédemment.

Quant aux cliniques privées, elles se sont multipliées dans les grands centres urbains, essentiellement à Tunis, Bizerte et Sousse. En 1980, leur collectif a atteint 32 (21 à Tunis, deux à Bizerte, deux à Sousse, quatre à Sfax, un à Nabeul, un à Kairouan et un à Jendouba).

En ce qui concerne les établissements périphériques de soins, la Tunisie disposait de 638 dispensaires en 1979 dont 10 antituberculeux contre 379 en 1970. Ainsi, 259 dispensaires ont été construits et équipés au cours de la deuxième décennie, particulièrement dans le cadre du programme de développement rural. Le nombre de salles de soins est passé de 60 en 1970 à 124 en 1979.

Par ailleurs, 14 centres d'hygiène ont été créés, s'ajoutant aux 13 centres qui existaient en 1970.

Ceci étant, l'infrastructure s'est nettement renforcée après 1970 particulièrement en ce qui concerne les unités de consultations externes implantées dans les dispensaires et les centres de PMI. En 1979, la répartition de ces unités se présentait comme suit : 873 unités de consultations de premier degré dans les dispensaires et 299 dans les centres de PMI.

Dans les établissements hospitaliers, le nombre d'unités de consultations (de second degré) s'élevait à 502.

Il est à noter que presque un tiers des unités de consultations (601 sur un total de 1 674) était consacré à la médecine générale. Ceci illustre particulièrement le degré de spécialisation de la médecine en Tunisie, au niveau des consultations externes de premier degré (dispensaires et centres de PMI).

Au début de la troisième décennie s'est achevée la réalisation des centres hospitalo-universitaires de Sfax, Monastir, Tunis, des hôpitaux régionaux : Jendouba, Mahdia, Gabès, Médenine, Jerba et Kasserine, des hôpitaux de circonscription : Menzel Témime, Moknine et Ras Jebel.

Cette période verra également l'achèvement des projets qui ont démarré au début du VI^e plan. Il s'agit notamment des centres hospitalo-universitaires de Sousse, de la Marsa et du service de pédiatrie de Sfax, des hôpitaux de Siliana, Sidi Bouzid, Kébili et Métlaoui, et des hôpitaux de circonscription de Boumerdès, Ouled Chamak, Chorbane, Sidi Alouane, Zéramdine, Bekalta, Teboulba, Sidi Makhoulf, Béni Khadach, Remada, Tamaghza, Hazoua, Bazma, Souk El Ahad, Douz, Chbika, Gbollat, El Jem, Midoun.

D'autres structures comme les maternités de Skhira, El Hencha (Sfax), Jérissa (Kef), Didi Bourouis (Siliana) et quatre structures de type 4 (centre de soins polyvalent avec les hospitalisations de jour) : Sidi Alouane (Mahdia) Souk El Ahad (Kébili), Hazoua (Tozeur), Zéramdine.

Une procédure d'appel d'offre est faite pour l'exécution de sept CSB (centre de santé de base) de type IVam (CS polyvalent + hospitalisation de jour) à l'Ariana, à Aqareb, à Sakiet Ezzit Nord (Sfax), à M'hamdia (Ben Arous), à Bouhjar (Monastir), à Ksour Essaf et à Mellouleche (Mahdia).

Toutes ces structures urbaines appelées centres de santé intermédiaires de circonscription sont réalisées totalement sur le budget de l'Etat. D'autres projets lancés en partie par un financement extérieur - ou des programmes spéciaux - ont contribué à améliorer la carte sanitaire.

Le projet santé communautaire en milieu rural de la Tunisie centrale

Essentiellement financé par un prêt de l'USAID, ce projet a débuté en 1977. Il concerne deux gouvernorats de la Tunisie centrale : Siliana et Sidi Bouzid. Ce projet s'est étendu dans le cadre du VI^e plan à deux autres gouvernorats de la Tunisie centrale : Kasserine et Gafsa.

Le projet santé et population

A l'aide d'un prêt de la BIRD, le projet santé et population a débuté en 1981, huit gouvernorats en ont bénéficié : Bèjà, Jendouba, Kairouan, Sousse, Mahdia, Monastir, Zaouan et le Kef.

Ce projet prévoyait la construction de CSB, d'écoles de santé et de logements de fonction dans les zones rurales. Sur 65 salles de soins et 95 centres de santé de base prévus par ce projet, 53 SS et 80 CSB ont été déjà réceptionnés et sont fonctionnels à 60 et 67 % respectivement.

Le programme de développement rural et le programme de développement rural et intégré

La contribution de ces projets au développement de l'infrastructure et à l'amélioration de l'état sanitaire n'est plus à démontrer.

Au cours du VI^e plan, une décentralisation consolidée et une programmation des projets plus pertinente et plus rationnelle ont rendu possible une meilleure adéquation entre les besoins et les services. Parallèlement, une sensibilisation des autorités locales, par le biais des conseils de santé, a permis aux priorités sanitaires de connaître le meilleur développement grâce à la prise de conscience des liens étroits qui existent entre la santé et les facteurs sociaux et économiques tels que les routes, l'approvisionnement en eau potable, les écoles, la formation professionnelle, la création d'emplois...

A côté de ces efforts considérables déployés au niveau de l'infrastructure périphérique, les grands centres universitaires et les instituts ont connu, au cours des V^e et VI^e plans, les aménagements et les extensions leur permettant de répondre aux exigences de la médecine moderne.

Les bénéficiaires de ces efforts se situent :

- à l'hôpital Charles Nicolle : les services de néphrologie, de dermatologie, de chirurgie, de gastro-entérologie, d'otorhinolaryngologie (ORL);
- à l'hôpital la Rabta : les services de cardiologie vasculaire, de chirurgie cardiaque, d'ORL, d'urologie, de gastro-entérologie, des maladies infectieuses (en cours), de laboratoire (en cours), de radiologie (en cours);
- à l'hôpital Aziza Othmana : les services des maladies du sang, de neurologie, d'urgence et la maternité;
- à l'hôpital d'enfants : les laboratoires, les services de radiologie, de chirurgie infantile;
- à l'hôpital Abderrahman Mami de l'Ariana : les services de radiologie, de réanimation et d'exploration, d'hospitalisation;
- à l'institut d'ophtalmologie : le service de consultations;
- à l'hôpital de la Marsa : les services de chirurgie et de radiologie;
- au centre de neurologie : le service du scanner et les services généraux;
- à l'hôpital "Razi" : les services de consultations, les laboratoires, l'internat, le service d'hospitalisation;
- à l'hôpital universitaire de Sousse : les services de consultations, d'urgence, de chirurgie cardiaque, les laboratoires, les services de pharmacie, d'hospitalisation...;

- à l'hôpital de Kairouan ; les services de consultations d'urgence, les laboratoires;
- à l'hôpital de Souassi ; la maternité, le service de chirurgie;
- à l'hôpital de Béjà ; les services de chirurgie et d'ORL (en cours);
- à l'hôpital de Bizerte ; les services de consultations et les laboratoires.

D'autres efforts ont été consentis dans un autre secteur qui revêt une importance capitale : les services d'urgence. Un centre d'assistance médicale d'urgence (CAMU) a été créé en 1980 et doté de tous les équipements nécessaires (équipement médical, ambulances SAMU lourdes, équipement de télécommunication).

Trois nouveaux services d'urgence ont été construits dans les hôpitaux "Charles Nicolle", "la Rabta" et "l'hôpital d'enfants".

Un programme d'implantation de services d'urgence à travers les grands axes et les régions où les accidents de la circulation sont fréquents a été réalisé grâce à l'institution d'un fonds d'amélioration des services d'urgence. Ces services couvrent les régions de Menzel Bourguiba, Medjez El Bab, Béja, Tabarka, le Kef, Nabeul, Grombalia, Enfidha, El Jem, Kébili, M'D'hilla, Moularès. Ils seront tous opérationnels au courant de l'année 1986.

Parallèlement à l'effort en matière d'infrastructure, un programme a été arrêté. Ce programme d'équipement concernait à la fois l'acquisition des équipements des nouveaux CHU et hôpitaux régionaux et le remplacement notamment des équipements lourds dans presque tous les hôpitaux, en tables de radiologie, tables d'opération, monitoring, matériel de laboratoire, chaises dentaires, etc.

La plupart des centres hospitalo-universitaires et instituts ont été dotés d'équipements sophistiqués répondant à la fois aux besoins en matière de diagnostic approfondi et permettant le meilleur encadrement des étudiants : matériel de cathétérisme aux services cardio-vasculaires (à Tunis, Sfax, Sousse et Monastir), équipement de radiothérapie à l'institut Salah Azaïez, scanner-tête au centre de neurologie, équipement des services d'ophtalmologie en laser, enfin fourniture de matériel médical pour la microchirurgie (aux services de chirurgie cardio-vasculaire à Tunis et à Sousse et aux services de neurochirurgie à Tunis, Sfax et Monastir).

Ces équipements sont appelés à être renforcés, ceux déjà installés au cours des IV^e et V^e plans ayant déjà été largement amortis. A cet effet et à partir de 1985, un plan d'équipement par étapes a été arrêté, outre l'enveloppe des crédits répartis et affectés chaque année (2 MD) aux différents hôpitaux pour l'acquisition des équipements au niveau régional, des lignes de crédits spéciaux ont été inscrites en vue de doter les centres hospitalo-universitaires et sanitaires en matériel médical hautement performant. Ces crédits toucheront le renouvellement du parc radiologique (2,5 MD) avec une gamme d'appareils allant des plus simples aux plus sophistiqués tels que les tables vasculaires digitalisées, l'acquisition de trois scanners corps entiers (3 MD), le renouvellement du parc des laboratoires (1 MD).

Le matériel roulant bénéficie chaque année d'un programme de renouvellement et de renforcement en ambulances, en véhicules utilitaires, en minibus et en camionnettes. Un effort particulier a été consenti dans ce domaine au cours des quatre premières années du VI^e plan avec l'acquisition de 536 unités dont 188 ambulances standard tout terrain.

Les nouveaux services d'urgences et les hôpitaux universitaires et régionaux - notamment à l'intérieur - ont été dotés d'ambulances SAMU équipées en matériel médical lourd de soins et de réanimation. Ce programme de renouvellement du parc-auto se poursuit en vue de renforcer les moyens de transport pour couvrir les besoins de toutes les régions celles notamment dont l'accès est difficile.

6. Le système de soins médicaux

a) Les régimes de base

L'on distingue quatre régimes de base, à savoir : l'assistance médicale gratuite, le régime géré par la CNRPS, le régime géré par la CNSS et le régime des accidents de travail et des maladies professionnelles.

L'assistance médicale gratuite

Est régie par la loi 81-12 du 2 mars 1981. Ce régime couvre les catégories de la population à faible revenu qui ne sont pas couvertes par un régime de prestations sociales. Dans le cadre de ce régime, la gratuité des soins dans les établissements publics de soins est plus ou moins intégrale en fonction des revenus des intéressés.

Avant la réforme du 2 mars 1981 :

Le nombre de cartes de soins gratuits accordées en 1973 est de l'ordre de 432 270. Il est passé à 668 110 en 1978.

Ce nombre continue à augmenter et atteint de ce fait près de 720 000 en 1980.

Après la réforme du 2 mars 1981 :

Le quota accordé par le Ministère de la santé publique en 1983 est de 500 000 carnets de soins.

- en 1984, ce nombre a augmenté de 48 229 à la suite des demandes additionnelles satisfaites, d'où un total de 548 229 carnets.

- en 1985, suite à de nouvelles demandes additionnelles de 102 242 cartes, le nombre total de carnets accordés jusqu'en 1985 a atteint 650 471 pour les trois catégories de carnets de soins.

Le régime géré par la CNRPS

A été institué par le décret d'avril 1951. Ce régime couvre les longues maladies et les interventions chirurgicales. Il est financé par une cotisation de 2 % des salaires (1 % à la charge de l'assuré et 1 % à la charge de l'employeur). Ce système a été remanié, par la loi du 15 février 1972,

complété par les décret et arrêté du 12 mars 1973, pour permettre à l'affilié de choisir entre le maintien du système précédent, éventuellement complété par une adhésion volontaire à un régime de remboursement des dépenses afférentes à la maladie ordinaire, et un système de prestation directe de soins dans les formations hospitalo-sanitaires publiques.

Depuis l'indépendance du pays jusqu'à aujourd'hui, l'effectif des affiliés à ce régime a été multiplié par 9 (41 290 en 1953 et 374 483 en 1985), couvrant ainsi 6 % en 1953 et 23,6 % en 1985 de la population du pays.

Les recettes du régime légal de l'assurance maladie gérée par la CNRPS ont considérablement augmenté au cours des dix dernières années passant de 3,488 MD en 1976 à 12,245 MD en 1985. Elles ont été ainsi multipliées par 3,5. De même, les dépenses de ce régime ont plus que quintuplé passant de 1,778 MD en 1976 à 9,3 MD en 1985. Une part importante de ces dépenses est accaparée par les soins à l'étranger. Les placements à ce titre sont passés de 0,824 MD en 1976 à 2,089 MD en 1980 et à 3,700 MD en 1985 représentant respectivement 46 %, 54 % et 40 % des dépenses de ce régime.

Le régime géré par la CNSS

Dans le secteur privé, le régime institué par la loi 60-30 du 14 décembre 1960 et géré par la CNSS prévoit uniquement l'octroi direct de soins dans les formations sanitaires et hospitalières publiques.

Le nombre d'affiliés à ce régime est passé de 148 654 en 1965 à 600 966 en 1985 quadruplant ainsi au cours des vingt dernières années. Cet accroissement de l'effectif des affiliés a permis de faire passer la proportion de la population couverte par ce régime de 16,6 % en 1965 à 37,9 % en 1985.

Les recettes de la CNSS au titre de l'assurance maladie ne sont pas connues avec précision puisque l'affilié cotise globalement avec 26,5 % de son salaire pour couvrir l'ensemble des risques sans individualisation de la part revenant au risque maladie.

En ce qui concerne les dépenses au titre de la couverture du risque maladie, la CNSS verse au trésor une subvention forfaitaire annuelle fixée à 0,300 MD en 1962. Celle-ci passe à 1 MD en 1966, 3 MD en 1970, 5,5 MD en 1980 et 17,000 MD en 1985 dont 2 MD comme contribution aux recettes propres des hôpitaux.

Les dépenses de santé de la CNSS couvrent également les frais de soins à l'étranger pour ses affiliés. Les dépenses effectuées à ce titre sont passées de 0,847 MD en 1977 à 2,914 MD en 1980 et à 6,113 MD en 1985.

Enfin, les dépenses de santé de la CNSS englobent depuis 1975 les frais de construction et de gestion de six polycliniques. Ce programme s'est traduit par un investissement de 13,8 MD et a nécessité au titre des années 1980 et 1985 respectivement 0,363 MD et 8 MD.

Au total, les dépenses de la CNSS en matière de santé sont passées de 5,147 MD en 1977 à 9,614 MD en 1980 et à 31 MD en 1985.

Le régime des accidents de travail et des maladies professionnelles

Le régime d'assurance maladie, obligatoire, a été institué par la loi du 11 décembre 1957. Toute entreprise doit assurer ses travailleurs contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Ce risque est géré par les compagnies d'assurance privées. Dans le secteur public l'Etat lui-même couvre ce risque pour ses employés, il est son propre assureur.

Les dépenses de soins effectuées par ce régime sont passées de 4,223 MD en 1976 à 5,7 MD en 1980 et 7,4 MD en 1984.

b) Les régimes conventionnels d'assurance maladie

Parallèlement à ces régimes de base s'est développé un système conventionnel de remboursement de frais de soins géré par les compagnies d'assurance et les mutuelles.

Le régime des assurances groupes

Il s'agit d'un contrat conclu entre un employeur et une compagnie d'assurance et moyennant le versement d'une prime (actuellement de l'ordre de 10 à 15 % des salaires), la compagnie s'engage à couvrir les salariés de l'entreprise contre le risque maladie, invalidité et décès. Cependant, les contrats diffèrent d'une entreprise à une autre. Cent soixante-dix mille salariés en 1980 relèvent de ce régime. Cet effectif est passé à 220 000 en 1984. Les dépenses de ce régime sont passées de 9,540 MD en 1980 à 18,600 MD en 1984. Elles ont ainsi presque doublé en cinq ans.

Le régime de l'assurance mutualiste

Institué par le décret du 18 février 1954, ce régime est financé au moyen d'une cotisation des adhérents dont le taux varie de 1 % à 3 % des salaires.

Le nombre des mutuelles est passé de 30 en 1979 à 36 en 1984. En même temps l'effectif des personnes adhérentes est passé de 93 616 en 1979 à 110 000 en 1984.

Les dépenses de l'assurance mutualiste ont doublé entre 1979 et 1984 passant de 4 MD à 8 MD.

Conformément à la dimension sociale de la politique de développement, la couverture pour l'ensemble de la population des différents risques et particulièrement le risque maladie a été toujours recherchée. Aussi bien en 1976 qu'en 1985, plus de 90 % de la population bénéficie de la couverture du risque maladie dans le cadre de l'un des régimes de base.

Cependant, les changements intervenus au cours de la dernière décennie définissent la place de chacun de ces régimes dans le système d'assurance maladie.

En effet, compte tenu de l'évolution socio-économique du pays, l'assistance médicale gratuite de l'Etat ne concerne plus en 1985 que 32 % de la population contre 42,4 % en 1976.

Un grand nombre de bénéficiaires de ce régime est passé sous les systèmes CNRPS et CNSS.

Ces caisses couvraient à peu près 61,5 % de la population du pays en 1985 contre 39,5 % en 1976. Cependant, les dépenses de santé de ces organismes qui se situent à 17 % en 1976 et 24 % en 1985 des dépenses de la santé publique demeurent sans correspondance aucune avec la population qu'ils couvrent.

C. STATISTIQUES

1. Evolution du nombre de médecins par habitants :

1956 : 548 médecins soit 1,4 médecin/10 000 habitants
1985 : 4 000 médecins soit 4,2 médecins/10 000 habitants

2. Evolution du nombre des institutions hospitalières :

- Hôpitaux publics : 1956 : 52
1985 : 139

- Cliniques privées : 1970 : 5
1985 : 35 */

3. Evolution du nombre de lits actifs dans les hôpitaux :

1979 : 13 449 lits soit 21,6 lits/10 000 habitants
1985 : 15 452 lits soit 21,6 lits/10 000 habitants.

La population tunisienne est passée entre ces deux dates de :

6 238 200 à 7 143 800 habitants.

*/ Les dispensaires, les centres PMI, salles de soins ne sont pas comptabilisés dans ces statistiques.