



Bruxelles, le 31.7.2020
C(2020) 5393 final

DÉCISION D'EXÉCUTION DE LA COMMISSION

du 31.7.2020

**modifiant la décision d'exécution de la Commission C(2016)7859 du 30.11.2016 adoptant
le programme d'action annuel 2016 partie II en faveur de la Tunisie**

DÉCISION D'EXÉCUTION DE LA COMMISSION

du 31.7.2020

modifiant la décision d'exécution de la Commission C(2016)7859 du 30.11.2016 adoptant le programme d'action annuel 2016 partie II en faveur de la Tunisie

LA COMMISSION EUROPÉENNE,

vu le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne,

vu le règlement (UE, Euratom) 2018/1046 du Parlement européen et du Conseil du 18 juillet 2018 relatif aux règles financières applicables au budget général de l'Union, modifiant les règlements (UE) n° 1296/2013, (UE) n° 1301/2013, (UE) n° 1303/2013, (UE) n° 1304/2013, (UE) n° 1309/2013, (UE) n° 1316/2013, (UE) n° 223/2014, (UE) n° 283/2014 et la décision n° 541/2014/UE, et abrogeant le règlement (UE, Euratom) n° 966/2012¹, et notamment son article 110,

vu le règlement (UE) n° 236/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 énonçant des règles et des modalités communes pour la mise en œuvre des instruments de l'Union pour le financement de l'action extérieure², et notamment son article 2, deuxième alinéa,

considérant ce qui suit:

- (1) La Commission et le haut représentant de l'Union pour les affaires étrangères et la politique de sécurité ont adopté, le 8 avril 2020, la Communication conjointe sur la réaction de l'UE au niveau mondial face à la pandémie de COVID-19.³ La Communication énumère les priorités suivantes pour l'action collective de « l'équipe Europe » : i) apporter une réaction d'urgence à la crise sanitaire immédiate et aux besoins humanitaires qui en résultent ; ii) renforcer les systèmes de santé et ceux qui concernent l'eau et l'assainissement, ainsi que les capacités de nos partenaires en matière de recherche dans la lutte contre la pandémie et de préparation à de telles crises ; et iii) faire face aux conséquences sociales et économiques immédiates.
- (2) Par sa décision C(2016)7859 du 30.11.2016, la Commission a adopté le programme d'action annuel 2016 partie II en faveur de la Tunisie, comprenant deux actions.
- (3) Dans ce contexte sans précédent, et en ligne avec les priorités i) et ii) mentionnées ci-dessus, il s'avère maintenant nécessaire de modifier l'action intitulée « Programme d'appui au secteur de la santé en Tunisie » (annexe II) afin de renforcer la contribution du budget de l'Union de 50 millions d'EUR. Tout en conservant la logique de l'action, ce renforcement permettra d'en étendre la couverture à tous les 24 gouvernorats tunisiens ; de couvrir non seulement la première (soins primaires) mais, essentiellement, la deuxième (hôpitaux régionaux) et, partiellement, la troisième (Centre Hospitaliers Universitaires et centres spécialisés) ligne de soins médicaux ; de

¹ JO L 193 du 30.7.2018, p. 1.

² JO L 77 du 15.3.2014, p. 95.

³ Communication conjointe au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Communication sur la réaction de l'UE au niveau mondial face à la pandémie de COVID-19 (JOIN(2020)11).

renforcer les systèmes de surveillance des maladies infectieuses, les services d'urgences qui traitent le plus de patients dans le pays, et la digitalisation des hôpitaux régionaux.

- (4) Il convient aussi d'autoriser l'octroi de subventions sans appel à propositions en vertu de l'article 195 du règlement (UE, Euratom) 2018/1046.
- (5) Par conséquent, la décision C(2016)7859 devrait être modifiée.
- (6) L'aide envisagée doit respecter strictement les conditions et procédures prévues par les mesures restrictives adoptées en vertu de l'article 215 du TFUE⁴.
- (7) Cette modification est conforme à l'avis du comité de l'instrument européen de voisinage institué par l'article 15 du règlement (UE) 232/2014⁵.

DÉCIDE:

Article unique

La décision d'exécution de la Commission C(2016)7859 du 30.11.2016 adoptant le programme d'action annuel 2016 partie II en faveur de la Tunisie est modifiée comme suit :

1. L'article 2, premier alinéa, est remplacé par l'article suivant :

« Le montant maximal de la contribution de l'Union destinée à la mise en œuvre du programme est fixé à 130 000 000 d'EUR, à financer par les crédits inscrits sur les lignes suivantes du budget général de l'Union :

- ligne budgétaire 22.040303: 80 000 000 d'EUR pour 2016 ;
- ligne budgétaire 22.040102: 50 000 000 d'EUR pour 2020. »

2. Après l'article 4, l'article suivant est introduit :

*« Article 5
Subventions*

Des subventions peuvent être octroyées sans appel à propositions aux organismes sélectionnés conformément au point 5.3.1. de l'annexe II. »

3. L'annexe II est remplacée par l'annexe de la présente décision.

Fait à Bruxelles, le 31.7.2020

*Par la Commission
OlivérVÁRHELYI
Membre de la Commission*

⁴ www.sanctionsmap.eu. Il est à noter que la carte des sanctions est un outil informatique permettant de répertorier les régimes de sanctions. Les sanctions résultent d'actes législatifs publiés au *Journal officiel* (JO). En cas de divergence, le JO fait foi.

⁵ Règlement (UE) n° 232/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 instituant un instrument européen de voisinage (JO L 77 du 15.3.2014, p. 27).



ANNEXE

de la décision d'exécution de la Commission modifiant la décision d'exécution de la Commission C(2016)7859 du 30.11.2016 adoptant le programme d'action annuel 2016 partie II en faveur de la Tunisie

Document d'action concernant le
« Programme d'appui au secteur de la santé en Tunisie »

PROGRAMME ANNUEL

Le présent document constitue le programme de travail annuel au sens de l'article 110, paragraphe 2, du règlement financier et le programme d'action/la mesure au sens des articles 2 et 3 du règlement n° 236/2014.

1. Intitulé/acte de base/numéro CRIS	Programme d'appui au secteur de la santé en Tunisie Numéro CRIS : ENI/2016/039-819 financé par l'instrument européen de voisinage (IEV)	
2. Zone bénéficiaire de l'action/localisation	L'action sera menée à l'endroit suivant: Tunisie	
3. Document de programmation	Cadres uniques d'appui de l'UE à la Tunisie 2014-2016 et 2017-2020	
4. Objectifs de développement durable (ODD)	OOD principal : ODD 3 « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » OOD secondaires : ODD 5 « Parvenir à l'égalité entre les sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles » et ODD 10 « Réduire les inégalités dans les pays (et d'un pays à l'autre) »	
5. Secteur d'intervention / domaine thématique	Renforcer la cohésion sociale entre les générations et les régions	Aide Publique au Développement : OUI
6. Montants concernés	Coût total estimé : 71 000 000 EUR Montant total de la contribution du budget de l'UE : 70 000 000 EUR (dont 20 000 000 EUR financés dans le cadre du programme faitier de 2016). La présente action est cofinancée par des bénéficiaires de subvention potentiels pour un montant indicatif de 1 000 000 EUR.	

7. Modalité(s) d'aide et modalité(s) de mise en œuvre	Modalité de projet Gestion directe avec : - subventions ; - passation de marchés.			
8. a) Code(s) CAD	12110 – Politique de la santé et gestion administrative 12191 – Services médicaux 12220 – Soins et services de santé de base 12261 – Education sanitaire 12281 – Formation de personnel de santé			
b) Principal canal de distribution	Canal 1 (code 10000) : Secteur public Canal 2 (code 20000) : Société civile			
9. Marqueurs (issus du formulaire CRIS CAD)	Objectif stratégique général	Non ciblé	Objectif significatif	Objectif principal
	Développement de la participation/bonne gouvernance	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	Aide à l'environnement	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	Égalité entre les hommes et les femmes et émancipation des femmes et des jeunes filles	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	Développement du commerce	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Santé génésique, maternelle, néonatale et infantile	<input type="checkbox"/>	X	
	Marqueurs de la convention de Rio	Non ciblé	Objectif significatif	Objectif principal
	Diversité biologique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lutte contre la désertification	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atténuation du changement climatique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptation au changement climatique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Programmes thématiques phares «Biens publics mondiaux et les défis qui les accompagnent»				

RESUME

Le droit à la santé, l'accès à des soins de qualité et la protection sociale sont reconnus explicitement dans la nouvelle constitution de 2014 (article 38) en Tunisie. De même, le droit à l'information et le rôle des collectivités locales (articles 139 et 140 de la constitution) invitent à renforcer la gouvernance locale et la participation citoyenne. Le plan de développement 2016-2020 du gouvernement, dans son 3^{ème} axe « Développement humain et inclusion sociale », vise, précisément, la couverture sanitaire universelle, l'amélioration de la qualité des prestations sanitaires, et le rapprochement des services de santé du citoyen. Le plan de réforme sectoriel 2016-2020 développé par le ministère de la santé s'articule autour de cinq axes : (i) prioriser la prévention et agir sur les déterminants de santé, (ii) mettre en place un service territorial de santé pour améliorer la prise en charge des Tunisiens, (iii) faire le pari de l'innovation, (iv) développer une nouvelle gouvernance pour une politique de santé plus performante et (v) renforcer le secteur public de santé. Ce plan de réforme doit être remplacé par la Politique nationale de santé, présentée le 27 juin 2019 par la Ministre de la Santé, et qui tend à (i) faire de la santé familiale et de proximité le pivot du système de santé et à (ii) développer un paquet de services essentiels pour tous, (iii) assurer un régime de base unifié pour tous et (iv) donner au secteur public les moyens nécessaires pour ses missions de service public.

Le programme d'appui au secteur de la santé, "Essaha Aziza" (la santé précieuse) s'inscrit dans la continuité du programme d'appui aux zones défavorisées, phase 2 (PAZD2) et de la composante santé du programme d'appui à la relance phase 2 (PAR2), qui ciblaient 13 gouvernorats dits prioritaires. L'extension (sous forme de renforcement budgétaire) du programme Essaha Aziza doit permettre de passer de 13 à 24 gouvernorats en appui à la première ligne de soins, mais aussi d'investir dans la digitalisation des hôpitaux régionaux, la qualité des services d'urgence et celle des systèmes de surveillance, y compris au niveau des centres hospitaliers universitaires (CHU) et services spécialisés. Ce programme entre dans le secteur d'intervention 3 – renforcer la cohésion sociale entre les générations et les régions – du cadre unique d'appui UE-Tunisie 2017-2020, et est notamment pertinent afin d'atteindre les deux résultats attendus suivants : (i) le système de sécurité sociale et de santé est réformé en vue d'assurer une couverture universelle ; (ii) l'accès de la population à des services publics de qualité est amélioré et étendu à l'ensemble du territoire.

La survenance d'une pandémie mondiale en 2020 suite à l'émergence du COVID-19 a substantiellement modifié l'ordre des priorités du gouvernement tunisien et de la Commission européenne. Cette pandémie représente un réel défi pour les structures sanitaires nationales qui, à l'instar des systèmes de santé de nombreux pays (y compris en Europe), doivent mettre en place une réponse d'envergure adaptée. Si le présent programme conserve comme objectif d'accompagner la Tunisie dans l'amélioration des conditions de vie en bonne santé de sa population, il vise également à renforcer la résilience du système de santé tunisien pour faire face à la pandémie de COVID-19 ainsi qu'à de nouvelles épidémies qui peuvent surgir à tout moment. Le soutien au renforcement des systèmes de santé est d'ailleurs l'une des 3 priorités identifiées dans la Communication conjointe sur la réaction de l'UE au niveau mondial face à la pandémie de COVID-19 (JOIN(2020)11).¹

L'**objectif général** de ce programme est d'accompagner la Tunisie dans l'amélioration des conditions de vie en bonne santé et la promotion du bien-être de tous et à tout âge.

¹ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/IP_20_604

L'**objectif spécifique** est d'améliorer la performance du système de santé en Tunisie, en particulier en termes de services de première ligne, de surveillance, d'urgence, de télémédecine et de prise en charge, familiale, communautaire et hospitalière.

Les six **résultats attendus** sont les suivants :

R1) La qualité des services de santé de première ligne est améliorée.

R2) L'accessibilité des services de santé de première ligne est améliorée.

R3) Une plus grande décentralisation de la gestion des structures sanitaires permet un fonctionnement plus rationnel, efficace et efficient du système de santé de première ligne.

R4) Une nouvelle gouvernance locale dans le secteur de la santé est mise en place.

R5) La digitalisation des hôpitaux régionaux est améliorée.

R6) Les services de surveillance et d'urgence des trois lignes de soins sont améliorés.

1. ANALYSE DU CONTEXTE

1.1. Description du contexte

La Tunisie a connu depuis la révolution du 14 janvier 2011 de profonds bouleversements politiques, institutionnels et économiques, ouvrant une période de transition démocratique. L'adoption d'une nouvelle Constitution le 27 janvier 2014 suivie par la tenue d'élections législatives et présidentielles en 2014 et 2019 ont été des étapes majeures dans la mise en place de nouvelles institutions démocratiques. Cependant, le contexte politique interne, les risques macroéconomiques, l'instabilité régionale, et le défi sécuritaire, notamment avec les attentats de 2015 et 2016, ont fortement affecté les performances socio-économiques du pays.

La croissance, qui était en moyenne de 4,5% par an avant 2011, a décéléré à environ 2,5% jusqu'en 2014 pour tomber à 1% en 2016, avant de remonter à 2,7% en 2018 et de baisser à nouveau à 1% en 2019, des niveaux insuffisants pour diminuer significativement le chômage et réduire les déficits budgétaires. Le chômage s'est élevé à 14,9% de la population active en 2019, affectant particulièrement les jeunes diplômés et les femmes. La Tunisie continue aussi de faire face à d'importantes disparités socio-économiques et régionales et est confrontée à une dégradation de ses finances publiques. Le déficit budgétaire, qui s'élevait à 4,9% du produit intérieur brut (PIB) en 2018 contre 1% en 2010, est descendu à 3,9% en 2019 grâce à une combinaison de mesures appropriées en matière de collecte de revenus et de maîtrise des dépenses. Néanmoins, les effets de la pandémie en 2020 risquent fortement de grever le déficit budgétaire. La dette publique, qui atteignait 44,7% du PIB à la fin 2013, a nettement augmenté, atteignant 75% du PIB à la fin 2019.

Dans l'immédiat, le principal défi du nouveau gouvernement en place est de garantir la paix sociale et la sécurité, conditions préalables à la redynamisation de l'activité économique et à la relance de la croissance, ainsi que de faire face à l'épidémie de COVID-19. A moyen terme, la Tunisie poursuit l'objectif d'adopter un nouveau modèle de développement économique et social fondé sur l'inclusion comme base de la justice sociale permettant, entre autres, de réduire le chômage, de circonscrire le secteur informel et les disparités régionales (différentiel de 1 à 3 entre les taux de pauvreté du nord-ouest et du centre-ouest et ceux du centre-est et du Grand Tunis), d'introduire des formes de gouvernance participative, et d'améliorer les conditions de vie dans l'ensemble du pays.

Par ailleurs, la pandémie mondiale liée à l'émergence du COVID-19 a profondément modifié l'ordre des priorités du gouvernement tunisien et de la Commission européenne. Il apparaît dorénavant nécessaire de soutenir le système de santé tunisien ainsi que le programme d'urgence mis en place par le gouvernement afin de tenter de juguler la récession à laquelle fait face l'économie du fait de l'arrêt quasi-total des activités et du commerce. Depuis l'émergence de la crise, le Gouvernement a annoncé successivement l'instauration d'un couvre-feu (18 mars), la fermeture de son espace aérien et maritime (20 mars) et une mise en confinement généralisée du pays (22 mars) pour tenter d'endiguer la propagation du virus. A ces mesures s'ajoute la mise en place d'un programme d'urgence qui consiste en un ensemble de mesures de nature financières et fiscales d'un montant total de 2,5 milliards de dinars (800 millions d'EUR) destinées à permettre entre autres 1) aux salariés mis en chômage technique de bénéficier d'un revenu de substitution, 2) aux entreprises d'être exemptées de leurs obligations fiscales et sociales, 3) de pouvoir bénéficier de prêts bonifiés par l'Etat.

1.2. Cadre stratégique de l'action (mondial, l'UE)

L'appui proposé se fera dans le cadre institutionnel de l'accord de Partenariat entre l'Union européenne et la Tunisie pour la période 2013-2020 et plus particulièrement en lien avec les documents de programmation Cadres uniques d'appui (CUA) 2014-2016 et 2017-2020. L'appui proposé contribuera notamment à l'atteinte des deux résultats attendus suivants du secteur 3 : renforcer la cohésion sociale entre les générations et les régions : (i) le système de sécurité sociale et de santé est réformé en vue

d'assurer une couverture universelle, et (ii) l'accès de la population à des services publics de qualité est amélioré et étendu à l'ensemble du territoire.

En outre dans le cadre de la communication conjointe du 29 septembre 2016 intitulée « Renforcer le soutien de l'UE à la Tunisie », l'UE réaffirme son engagement en faveur de la transition démocratique en Tunisie. La communication conjointe expose une série de mesures que l'UE pourrait prendre, collectivement avec les états membres, pour renforcer son soutien aux efforts déployés par la Tunisie pour relever les défis cruciaux auxquels elle est confrontée. Un effort sera assuré par l'UE pour réduire les disparités sociales à travers un soutien aux projets d'infrastructures sociales afin d'améliorer les services essentiels.

Finalement, le 8 avril 2020, la Commission européenne et le haut représentant de l'Union pour les affaires étrangères et de sécurité ont adopté la *Communication conjointe sur la réaction de l'UE au niveau mondial face à la pandémie de COVID-19* (JOIN(2020)11).² La communication insiste sur la nécessité d'agir de concert et de façon solidaire au niveau international. Elle place l'Union, en tant que premier donateur au niveau mondial et puissance économique majeure, en première ligne de cette action. Par ailleurs, elle énumère les priorités suivantes pour l'action collective de « l'équipe Europe » : i) apporter une réaction d'urgence à la crise sanitaire immédiate et aux besoins humanitaires qui en résultent ; ii) renforcer les systèmes de santé et ceux qui concernent l'eau et l'assainissement, ainsi que les capacités de nos partenaires en matière de recherche dans la lutte contre la pandémie et de préparation à de telles crises ; et iii) faire face aux conséquences sociales et économiques immédiates. L'appui proposé est en ligne avec les priorités i) et ii).

1.3. Analyse des politiques publiques du pays partenaire

1.3.1. Objectifs de la politique de développement du secteur de la santé en Tunisie

Le plan stratégique de développement du secteur de la santé 2016 à 2020 (PSDS), se décline en cinq axes prioritaires :

- i) Prioriser la prévention et agir sur les déterminants de santé ;
- ii) Mettre en place un service territorial de santé pour améliorer la prise en charge des Tunisiens ;
- iii) Faire le pari de l'innovation ;
- iv) Développer une nouvelle gouvernance pour une politique de santé plus performante ;
- v) Renforcer le secteur public de santé.

Ce plan stratégique répond aux opportunités et défis identifiés au cours d'un processus de dialogue sociétal (DS) inclusif et participatif sur la politique de santé en Tunisie, dialogue engagé depuis 2012 grâce à l'appui du partenariat « couverture universelle santé » entre l'UE et l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Par ailleurs, le projet de Politique nationale de la santé (PNS), présenté le 27 juin 2019 par la Ministre de la Santé, vise à progresser vers la couverture santé universelle à l'horizon 2030. La PNS cherche, en premier lieu, à (i) faire de la santé familiale et de proximité le pivot du système de santé, (ii) développer un paquet de services essentiels pour tous, (iii) assurer un régime de base unifié pour tous et (iv) donner au secteur public les moyens nécessaires pour ses missions de service public.

1.3.2. Identification des opportunités et des défis, appropriation locale de la politique

Le DS aura permis d'intégrer un large spectre de groupes d'intérêt et un échantillon représentatif de la population des 24 gouvernorats. Il a consisté en i) un état des lieux sur les plans institutionnel et organisationnel, économique, financier et sanitaire ; ii) l'établissement de manière consensuelle d'un diagnostic détaillé du secteur ; iii) l'organisation des rencontres régionales dans les 24 gouvernorats, à

² <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020JC0011&from=EN>

raison de deux réunions par gouvernorat, une pour les citoyens et une pour les professionnels de la santé ; iv) le recueil des conclusions des jurys citoyens³ ; et v) l'organisation de la conférence nationale de la santé du 2 au 4 septembre 2014 ayant pour objectif de partager les résultats synthétisés dans un Livre blanc⁴ et d'en assurer l'appropriation par tous les acteurs de la société.

Le Livre blanc rappelle les trois piliers de la santé : i) l'accès universel à des services de santé de qualité (depuis la promotion de la santé, la prévention, le traitement et la réadaptation jusqu'aux soins palliatifs), ii) la participation citoyenne et le respect des droits individuels et collectifs des usagers, et iii) la gestion rationnelle des déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Ce document fait une proposition d'action structurée autour de huit chantiers importants visant la réforme du secteur de la santé pris en compte dans le PSDS :

- i) Rassembler les facteurs clés de la réforme du système de santé (assurer les préalables) ;
- ii) Promouvoir la santé et le bien-être dans toutes les politiques (déterminants de la santé) ;
- iii) Promouvoir les soins centrés sur le patient et améliorer les relations entre les personnes ;
- iv) Offrir des soins de proximité et assurer la continuité de la prise en charge sanitaire ;
- v) Etablir les mécanismes pour le respect de l'éthique professionnelle et pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins ;
- vi) Promouvoir l'excellence et l'innovation dans le secteur public ;
- vii) Réformer le système de financement de la santé, et
- viii) Réformer la gouvernance du système de santé.

La période 2017-2019 a permis d'impliquer ces mêmes acteurs du DS autour de la formulation du projet de PNS, développé de façon structurée, sur la base de groupes thématiques menés par des experts dans chaque domaine et de réunions régionales, interrégionales et nationales très participatives.

1.3.3. Ressources nationales mobilisées pour le secteur

Les derniers comptes nationaux de santé disponibles datent de 2014. Ils montrent que la part des dépenses totales de santé (DTS) dans le PIB plafonnent à 7.1% en 2013 et la part de dépenses publiques de santé (DPS) dans les DTS à 62%. La part des paiements directs des ménages dans les DTS restent très élevés, à 37%. Les diverses estimations sur la période 2014-2019 ne donnent pas d'amélioration notable. Quant aux trésoreries de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et de la Pharmacie centrale de Tunisie (PCT), elles restent à ce jour très fragiles. Le secteur reste donc fortement sous tension d'un point de vue financier.

Par ailleurs, il convient de remarquer que le décret 98-1812 du 21 septembre 1998 précise que « le bénéfice de la gratuité des soins et de l'hospitalisation dans les structures sanitaires publiques relevant du ministère de la santé publique est accordé à tout tunisien indigent, à son conjoint et à ses enfants légalement à charge ». On estime en effet que les patients déclarés « indigents », pris en charge par les structures sanitaires, représenteraient entre 50 et 60% des patients. La responsabilité médicale, technique et financière incombe aux structures de santé, plaçant le système de santé dans de réelles difficultés.

Dans ce contexte, faire face à la pandémie de COVID-19 et, par ailleurs, prendre en charge des populations migrantes, qu'elles proviennent de Libye, d'Algérie ou d'ailleurs, mettent d'autant plus sous tension le système de santé, déjà en grande difficulté.

³ Constitués de 92 citoyens et professionnels, tirés au sort lors des 48 rendez-vous de la santé, et 15 experts et facilitateurs nationaux et internationaux. Conclusions des jurys citoyens : <http://www.hiarsaha.tn/upload/1409232944.pdf>

⁴ "Propositions soumises à la conférence nationale de la santé" (Livre blanc): <http://www.hiarsaha.tn/upload/1409228805.pdf>

1.3.4. Les capacités institutionnelles existantes

L'offre de services est assurée par les secteurs publics, parapublics et privés. La répartition géographique de la première ligne est globalement satisfaisante, plus précisément celle des centres de santé de base (CSB). Le nombre d'habitants par CSB était de 5 174 en 2013⁵. La deuxième composante du premier niveau dans le secteur public est l'hôpital de circonscription (HC) qui a une compétence territoriale à l'échelle d'une ou plusieurs délégations. 108 HC en Tunisie représentent le premier accès aux consultations internes avec une capacité de 2 891 lits et des taux d'occupation très variables, généralement faibles. Le fonctionnement de ces structures (CSB et HC) est organisé au sein de 207 circonscriptions sanitaires (CS), entités définies territorialement et gérées collégialement par les équipes sanitaires de terrain. Le deuxième niveau est composé de 33 hôpitaux régionaux qui ont une compétence territoriale à l'échelle d'un gouvernorat ou de plusieurs délégations. Le troisième niveau est représenté par les établissements sanitaires à vocation universitaire qui ont une compétence territoriale nationale. Diverses situations sanitaires critiques au cours de ces dernières années, en particulier la pénurie de médicaments essentiels en 2018 et les décès de nouveau-nés dans des maternités publiques début 2019, ont exposé au grand jour les défaillances de ces mêmes services, qu'il s'agisse d'hôpitaux régionaux (2^e ligne), de centres hospitaliers universitaires ou de centres spécialisés (3^e ligne).

Moins que l'absence ou la carence de capacités institutionnelles, le système de santé tunisien semble davantage souffrir de sa centralisation excessive, du manque de transparence, de responsabilité, de concertation avec les parties prenantes ou encore de régulation du secteur privé. Pour répondre à ces dysfonctionnements, l'offre de services devrait être réorganisée selon un principe de décentralisation des pouvoirs et des responsabilités ; les pôles territoriaux de santé (axe 2 du PSDS) devraient permettre à cette nouvelle organisation de rendre plus dynamique et plus fonctionnelle la pyramide sanitaire à chaque niveau, mais également entre les trois niveaux. La réforme du système de santé devrait également toucher la gouvernance au niveau central. Il s'agit d'une réforme institutionnelle indispensable qui devrait permettre au ministère de renforcer sa capacité de planification, gestion et évaluation stratégique et d'assurer par ailleurs son rôle en matière de sécurité sanitaire. Il faut en outre prévoir une réforme également dans la gestion des ressources (humaines, techniques et financières) afin d'autonomiser, de responsabiliser et de promouvoir la performance à tous les niveaux de gestion.

Le faible niveau de digitalisation et la faible interconnexion des systèmes d'information des services de santé, au sein et entre les 3 lignes, est un réel défi qui affecte tant le suivi des patients que la capacité d'analyse, et donc de réaction, sanitaire. Les problèmes sont tant au niveau de l'accès à des réseaux connectés qu'au développement d'applications adaptées, ainsi qu'au déploiement, la formation et l'accompagnement de l'utilisation de ces applications. Les besoins sont tant au niveau d'outils digitalisés pour l'amélioration de la gestion administrative, technique, humaine et financière des services de santé qu'au niveau de la télémédecine dans son ensemble, soit la prise en charge médicale des pathologies, mais aussi en termes de surveillance, en temps réel.

Dans un contexte dans lequel les systèmes de santé de première ligne sont souvent peu performants, les services d'urgence de 1^e, 2^e et 3^e ligne sont par ailleurs très sollicités par la population tunisienne. Ceci engendre à la fois une surcharge des services, un mécontentement des patients, et affecte d'autant le niveau de confiance entre patients et praticiens de santé. Les services d'urgence jouent par ailleurs un rôle fondamental dans la gestion des patients atteints de maladies transmissibles telles que le COVID-19. Une gestion, une organisation, des systèmes d'information et de communication efficaces ainsi que des équipements suffisants et adaptés de ces services vitaux sont donc essentiels.

Enfin, en termes d'équipements, il est important de noter que, si depuis la révolution de 2011 les régions les plus défavorisées ont reçus des appuis ciblés, paradoxalement, les services publics des gouvernorats

⁵ Carte sanitaire 2013.

historiquement mieux lotis, n'ont pratiquement reçu aucun appui en termes d'équipements et de maintenance. Le pays se retrouve donc dans une situation paradoxale où des régions dites "défavorisées" sont aujourd'hui beaucoup mieux équipées que des régions dites "fastes".

1.3.5. Les résultats de la politique

Aujourd'hui, la Tunisie demeure éloignée de l'objectif de réduction des trois quarts du taux de mortalité maternelle (TMM). Le dernier chiffre disponible⁶ s'établit à 44,8 pour 100 000 naissances vivantes (NV). Or, selon les projections actuelles, la Tunisie n'a pu aller au-delà de 39 pour 100 000 NV en 2015 alors que la cible était de 24,9 pour 100 000 NV. Le taux le plus bas est observé au Nord-Est (27,9 pour 100 000 NV) et le plus élevé dans la région du Nord-Ouest (67 pour 100 000 NV). Selon le ministère de la santé, le TMM est assez stable ces dernières années mais les cas de mortalité maternelle sont beaucoup plus reportés par les médias, donnant l'impression à la population d'un recul plus important de cet indicateur qu'il ne l'est en réalité. Par ailleurs, le taux de couverture des consultations post natales, estimé à 53%⁷, reste encore assez faible, dénotant un manque d'information ou d'accessibilité de la jeune mère.

La Tunisie fait maintenant face à des taux très élevés de morbidité et de mortalité dus aux maladies non transmissibles (MNT). Parmi les 82% de décès imputables aux MNT en 2012, 49% sont dus à des maladies cardiovasculaires, 12% à des cancers, 5% au diabète, 5% à des maladies chroniques respiratoires et 11% à d'autres MNT. De plus, il est inquiétant de constater que, parmi les adolescents scolarisés entre 13 et 15 ans en 2008⁸, 3,8% avaient utilisé une drogue une ou plusieurs fois dans leur vie (5,7% de garçons, 1,9% de filles), 19,8% avaient sérieusement envisagé le suicide au cours des 12 derniers mois (16,8% garçons et 23,2% de filles) et 7,5% d'entre eux avaient fumé des cigarettes une ou plusieurs fois par jour durant les 30 derniers jours (12,7% de garçons et 2,7% de filles). Bien qu'un projet de stratégie nationale d'hygiène et de sécurité des soins existe depuis 2008, l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales (IN)⁹ démontre que, sur les 144 établissements de santé étudiés, la prévalence d'au moins une IN était de 6,6%. Elle est de 9,8% dans le secteur privé et de 6,2% dans les établissements publics. Par spécialité, la valeur la plus élevée a été enregistrée en réanimation (28,8 %) suivie par les services polyvalents (18,9%). Par ailleurs, selon la coordinatrice de cette étude, la prévalence des résistances aux antibiotiques parmi les agents infectieux est de 43,3%, dont 35,2% aux bêta lactamines, 9,6% aux quinolones et 6,5% aux aminosides.

Enfin, bien que la situation géographique de la Tunisie et la fragilité de ses écosystèmes la rendent particulièrement vulnérable, le PSDS ne prend pas explicitement en compte le risque lié à l'environnement. Pourtant, l'aridité continue à avancer en Tunisie et à affecter les terres agricoles et, par conséquent, la sécurité alimentaire et la qualité de vie. Le coût de la dégradation de l'environnement est estimé à 2,7% du PIB¹⁰. D'autre part, malgré un bon accès de la population aux services d'eau potable et d'assainissement (96% de la population tunisienne utilise une source d'eau améliorée), l'accès est inégal entre milieux urbain et rural (100% en milieu urbain contre 88% en milieu rural). De même pour l'assainissement : 84% des ménages en zone rurale utilisent des installations sanitaires améliorées contre 98% en zone urbaine. Par ailleurs, la pollution de l'environnement est devenue un fléau qui affecte très fortement la population dans sa vie quotidienne. Cette pollution est surtout marquée par les industries lourdes telles que l'extraction minière, la transformation des phosphates ou l'industrie des matériaux de construction. La pollution du littoral de Gabès et de Sfax pose notamment de très sérieux problèmes de santé publique.

⁶ UNICEF, Enquête nationale sur la mortalité maternelle en 2009.

⁷ MICS4.

⁸ Tunisie, MS, Global School-based Student Health Survey, factsheet, 2008 : <http://www.who.int/chp/gshs/tunisia/en/> consulté le 7 août 2016.

⁹ NosoTun 2012.

¹⁰ République tunisienne, MDICI, Plan de développement 2016-2020, juin 2016.

1.4. Analyse des parties prenantes

Le ministère du développement, de l'investissement et de la coopération internationale (MDICI) est chargé d'assurer, avec le concours des ministères, départements et organismes concernés, l'élaboration et la coordination des politiques, plans, stratégies et budgets de développement globaux et sectoriels, ainsi que de participer à l'élaboration des négociations avec les agences, instances, et conférences bilatérales, régionales et internationales, et d'assurer le suivi des accords et conventions s'y rapportant. Le MDICI, en collaboration avec le ministère de la santé, est chargé de la coordination des interventions des partenaires techniques et financiers dans le secteur de la santé.

Le ministère de la santé (MS). Les structures sanitaires de première ligne (CSB et HC), et la circonscription sanitaire (CS) dont celles-ci dépendent, sont dotées de ressources insuffisantes pour assumer leurs missions. Les budgets disponibles à ces niveaux sont particulièrement faibles et les ressources propres représentent environ 20% des dépenses totales. Ces ressources proviennent d'un pourcentage prélevé sur le prix des analyses biologiques et des examens de radiologie. Les médicaments, y compris ceux qui sont prescrits gratuitement sont alloués sous forme de ligne de crédit à la pharmacie centrale de Tunis, représentent entre 40 et 65% du budget total de ces structures. Malgré cette faible autonomie financière et les lacunes dans la gestion des ressources décrites dans la section 1.5.3, les services régionaux de santé démontrent un réel dynamisme et une collaboration intersectorielle et multi acteurs parfois productive. Au niveau central, la coordination interservices au sein du ministère gagnerait à être renforcée, pour une efficacité accrue de chaque service/direction/programme, ainsi que de l'action globale du ministère. Les services de 2^e et 3^e ligne sont sous forte tension. Ceci s'explique par la faible performance de la 1^e ligne, qui joue de plus en plus mal son rôle de prévention, de détection et de filtre, les populations allant directement aux services d'urgence des 2^e et 3^e ligne, mais aussi par le manque de moyens humains, techniques et financiers, et des problèmes d'organisation des soins et de systèmes de gestion.

La direction de l'hygiène du milieu et de la protection de l'environnement (DHMPE) au sein du ministère de la santé est, entre autres, chargée du contrôle sanitaire des eaux, de l'hygiène dans les établissements ouverts au public, du contrôle de l'hygiène dans les établissements hospitaliers publics et privés, de la santé environnementale, de l'éducation sanitaire et de la sensibilisation dans les domaines relevant de ses attributions. Malgré ce rôle officiel en matière d'hygiène, cette direction nationale ne comprend qu'une « unité » d'hygiène hospitalière. De même, au niveau régional, le décret n° 2010-1668 du 5 juillet 2010 fixant les attributions et l'organisation des directions régionales porte création d'une direction de la santé préventive chargée dans le domaine de l'hygiène de l'environnement de : (i) contribuer à la détermination des objectifs et des priorités de la politique de la prévention et de l'hygiène ; (ii) organiser, à l'échelle régionale, des activités de contrôle visant à assurer l'hygiène de l'environnement et la sécurité sanitaire des aliments en collaboration avec les collectivités locales ; (iii) inspecter et contrôler les conditions de l'hygiène en milieu de soins dans les secteurs public et privé ; et (iv) contribuer à assurer un environnement sain en milieu rural et urbain.

Les unités d'hygiène hospitalière sont responsables de tous les établissements hospitaliers d'une même région mais n'apparaissent pas dans l'organigramme des hôpitaux. Depuis deux décennies, seuls certains établissements hospitaliers universitaires disposent de services d'hygiène hospitalière (services universitaires : établissement public sanitaire (EPS) Sahloul de Sousse, EPS Farhat Hached de Sousse, Hôpital Militaire de Tunis ; services administratifs : EPS Fattouma Bourguiba de Monastir, EPS Charles Nicolle de Tunis, EPS de La Rabta ; et récemment services hospitalo-sanitaires : l'hôpital Ibn El Jazzar de Kairouan et l'Institut Kassab d'orthopédie de Tunis).

De même, les services d'aide médicale d'urgence (SAMU) et les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), acteurs clés dans la prise en charge des urgences, collaborent dans l'organisation du service d'urgence. Ces services pourraient voir leur charge de travail optimisée grâce à une meilleure prise en charge des urgences au niveau des hôpitaux de circonscription, à une mise à jour de certains

équipements et outils de travail et à l'amélioration du fonctionnement des services d'urgences au niveau des trois lignes de soins, y compris en lien avec les systèmes de surveillance des maladies nouvelles et émergentes. Il serait par ailleurs utile de capitaliser sur la bonne coopération intersectorielle avec la médecine militaire et la protection civile dans le cadre de la réponse au COVID-19 pour l'optimisation de ces services d'urgence.

Le ministère de l'environnement (MEnv) sera impliqué essentiellement dans la composante portant sur les déchets des activités sanitaires (DAS) mais aussi, de façon plus générale, dans tout ce qui touche à l'impact environnemental généré par divers activités, produits, médicaments et équipements, et leur gestion, particulièrement lorsqu'ils ont été utilisés et/ou sont périmés/hors d'usage. Une collaboration plus étroite et efficace entre le MEnv et le ministère de la santé doit être mise en place afin d'aider les régions et les circonscriptions sanitaires à gérer efficacement et économiquement leurs déchets de tout type.

Une collaboration renouvelée et plus dynamique entre le ministère de la femme, de la famille et de l'enfance (MFFE) et le ministère de la santé devra aussi être mise en place, notamment dans le domaine de la prévention et de la gestion de la violence basée sur le genre, ainsi qu'en matière de campagnes d'information/sensibilisation et de gestion des données relatives à la santé maternelle et infantile.

Le MS a mis en place une cellule de crise qui conseille le Ministre face à la pandémie de COVID-19. La Direction des soins de santé de base (DSSB) est fortement impliquée dans la réponse sanitaire tunisienne tandis que l'Observatoire national des maladies nouvelles et émergentes (ONMNE) analyse les données et publie quotidiennement un bulletin d'information sur le COVID¹¹. Par ailleurs, l'ONMNE est partenaire du programme européen MediPIET¹², dont le but est de renforcer les compétences et les réseaux en termes d'épidémiologie. L'Observatoire pourrait aussi être intégré à la récente Initiative de l'UE pour la sécurité sanitaire, coordonnée par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies¹³.

La société civile tunisienne, surtout au niveau local, manifeste une volonté certaine de participer à la fois au dialogue pour une meilleure prise en compte des patients par le système de santé, et aux actions concrètes de sensibilisation et d'information des communautés. Pour autant, la disparité des objectifs et des capacités institutionnelles représente un handicap à la participation active et constructive du tissu associatif local. Dans ces conditions, les opérateurs de la société civile intervenant dans le domaine de la santé, mais aussi dans des domaines complémentaires, gagneraient à être appuyés et mobilisés de façon structurée dans le cadre du programme proposé. Ceci permettrait une mise en œuvre locale plus efficace d'actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé auprès des communautés ; de défense des intérêts des patients ; de participation à l'accompagnement des familles indigentes ; mais aussi de responsabilisation des citoyens-patients dans un cadre de santé publique. Cette implication de la société civile locale peut se faire d'autant plus facilement qu'elle s'appuie sur le travail et les mécanismes de consultations mis en place au niveau régional depuis 2013 par le processus de dialogue sociétal. Elle s'appuie aussi sur le travail de démocratie sanitaire au niveau local réalisé par Médecins du monde Belgique (MDM), avec le soutien de l'UE, dans les gouvernorats de Gafsa et de Sidi Bouzid, entre 2016 et 2019, puis dans les 13 gouvernorats du programme Essaha Aziza depuis fin mars 2019.

Par ailleurs, face à la pandémie de COVID-19, la société civile tunisienne se mobilise fortement. A titre d'exemple, l'association Jamaity fait partie d'une commission au sein du ministère de la santé, la Commission soins à domicile. Dans la prochaine phase de propagation du virus, la stratégie de cette Commission tourne autour de trois axes: (i) télémédecine, (ii) hospitalisation à domicile, et (iii) distribution de vivres et de médicaments. Jamaity coordonne avec d'autres acteurs de la société civile

¹¹ http://onmne.tn/fr/publications.php?id_rub=5&id=123

¹² <https://medipiet.org/>

¹³ <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/new-eu-initiative-health-security-eu-neighbours>

tunisienne la partie distribution de médicaments dans les 24 gouvernorats et relaie toutes les initiatives de la société civile dans la lutte contre le COVID-19.

De plus, les opérateurs du secteur privé de la santé qui fournissent pour certains des prestations de qualité, et qui, notamment au niveau local, sont souvent bien implantés individuellement mais peu structurés collectivement, gagneraient à être consultés et impliqués dans une démarche visant à rationaliser le fonctionnement du système de santé aux niveaux régional et local. Les synergies et les complémentarités devraient être recherchées dans le cadre de partenariats bien compris entre les secteurs public et privé, pour améliorer la santé des populations. On note cependant également une importante mobilisation du secteur privé, et industriel, face à la pandémie de COVID-19, qui pourrait donner lieu à des partenariats plus prometteurs.

Les partenaires techniques et financiers (PTF) de la Tunisie interviennent essentiellement sous forme de projets spécifiques, mais se nourrissent du travail du DS, guidé par le Partenariat EU-OMS pour la couverture sanitaire universelle (CSU). Sous l'impulsion de la Délégation de l'UE (DUE) et de l'Agence française de développement (AFD), l'OMS a mis en place en 2018 une plateforme de coordination qui se réunit, selon les thèmes et les priorités, avec des représentants du ministère de la santé. Les 3 thèmes les plus importants abordés en 2019 ont été : financement, accréditation et numérisation. En 2020, la coordination s'est faite autour de la réponse au COVID-19, de façon plus élargie et structurée, coordonnée par le ministère de la santé et l'OMS, avec l'appui et l'implication de l'ensemble des agences des Nations unies, du FMI et de nombreuses ambassades et agences de coopération. Cet effort de coordination s'est matérialisé en un plan de réponse nationale, centré autour d'actions gérées par le ministère de la santé, budgétisé à environ 200 millions d'EUR. Le présent programme d'appui, en raison même des thèmes qu'il soutient, en particulier au niveau de la gouvernance et de la décentralisation, mais aussi de la numérisation, de l'accréditation, des services d'urgences, des hôpitaux régionaux et de la médecine de famille, ainsi que de son approche multisectorielle et multi-acteurs, offre de multiples opportunités de renforcer la dynamique de coordination et de concertation des PTF, y compris en termes de réponse au COVID-19.

Les autorités locales élues ont légalement un rôle à jouer dans différentes instances décisionnaires du secteur de la santé et notamment : (i) en tant que membre du conseil de santé chargé d'assister le directeur régional dans l'accomplissement de ses attributions¹⁴, et (ii) en tant que membre du conseil d'administration chargé d'administrer l'établissement public de santé¹⁵. Suite à la révolution, tous les conseils régionaux et les communes ont été dissous et remplacés par des délégations spéciales désignées par le gouvernement. Cependant, avec la tenue des élections locales en mai 2018, la Tunisie est en phase de transition vers la décentralisation. Les autorités locales devraient donc, à terme, progressivement recouvrer leurs droits et prérogatives et à nouveau siéger dans ces diverses instances.

Les « citoyens-usagers », placés au centre du système de santé par le PSDS, le Livre blanc et la PNS, seront les bénéficiaires finaux du programme d'appui. Le programme cible toute la population mais une attention particulière sera portée aux femmes, aux adolescents et aux enfants, qui paraissent plus vulnérables, à plusieurs égards. Le manque d'accès à l'information et le manque de mobilité ou d'autonomie ont souvent un impact négatif sur l'accès à des services de santé dont ils auraient besoin, particulièrement en milieu rural.

¹⁴ Décret n° 2010-1668 du 5 juillet 2010, fixant les attributions et l'organisation des directions régionales de la santé publique.

¹⁵ Décret n° 91-1844 du 2 décembre 1991 fixant l'organisation administrative et financière ainsi que les modalités de fonctionnement des établissements publics de santé.

1.5. Analyse des problèmes/domaines d'appui prioritaires

L'analyse sectorielle relève une série de carences et de faiblesses ayant une incidence directe sur les performances du système de santé. Celles-ci peuvent être catégorisées suivant les thématiques présentées ci-après, constituant autant de domaines d'appui prioritaires.

1.5.1. *Qualité des services*

Dès l'avènement des soins de santé de base au début des années 1980, la Tunisie a connu une extension considérable des structures de soins de première ligne avec comme corollaire un développement spectaculaire des soins extrahospitaliers sans soucis particulier au départ des impératifs d'hygiène et de sécurité des soins. Plus tard, vers la fin des années 1990, avec la création des circonscriptions sanitaires, la qualité et la sécurité des soins sont devenues des préoccupations majeures au niveau des structures de première ligne.

L'Instance nationale d'évaluation et d'accréditation en santé (INEASanté), créée en 2012 avec l'objectif de promouvoir la qualité, la sécurité et l'équité dans l'offre de soins au bénéfice de la santé du citoyen et de la communauté, est venue consolider cette orientation en accordant une place de choix à la promotion des bonnes pratiques de gestion du risque infectieux dans les structures de la première ligne.

L'hygiène hospitalière au niveau de la première ligne peine cependant à se mettre en place par manque d'équipement de base, et ce malgré la présence de textes et de programmes structurés. Tout d'abord, la promotion de l'hygiène des mains en milieu de soins, régie par deux circulaires ministérielles : la circulaire n° 30-2002 du 08 avril 2002, qui a donné le coup d'envoi du programme national de promotion de l'hygiène des mains en milieu de soins, et la circulaire n° 41/2009 du 11 Juin 2009, qui prône le renforcement de l'hygiène des mains en milieu de soins. Le traitement des dispositifs médicaux est réglementé par (i) l'arrêté du ministre de la santé du 18 avril 2014 qui a donné lieu à la création du comité technique de mise à niveau et de développement du système de stérilisation au sein des établissements de santé publics et privés ; (ii) la circulaire n°75-06 du 6 septembre 2006, relative à l'organisation des activités de stérilisation des dispositifs médicaux et le renforcement de sa qualité et de son efficacité et (iii) la circulaire n°8 du 29 janvier 2015 organisant les prestations de stérilisation des dispositifs médicaux au sein des établissements publics et des structures sanitaires privées. Enfin, le décret n° 2008-2745 du 28 juillet 2008 fixant les conditions et modalités de gestion des DAS. Le contexte actuel de la pandémie du COVID-19 ne fait que rappeler la pertinence de toutes ces mesures, et surtout l'importance de leur application effective.

Bien qu'un programme national ainsi que le Programme d'appui aux zones défavorisées phase 2 (PAZD2) aient équipé de nombreux CSB en autoclaves de 22 litres, il reste encore des stérilisateur à chaleur sèche à remplacer dans de nombreuses structures afin que le traitement des dispositifs médicaux thermostables soit conforme aux procédures en vigueur. De même, pour la désinfection des surfaces par voie aérienne, on utilise des désinfectants toxiques pour l'environnement (formaldéhyde) qui sont à remplacer.

Dans la plupart des structures sanitaires publiques, des politiques et programmes de prévention du risque infectieux restent à définir. Une fois ceci effectué, le personnel devra être formé en conséquence. Un programme visant spécifiquement l'amélioration de la gestion des DAS financé par la Banque mondiale (BM) et mis en œuvre par l'Agence nationale de gestion des déchets (ANGED) verra sa zone d'intervention étendue sous peu à l'ensemble du territoire. Cependant, ce programme s'arrête au niveau des HC, laissant les CSB sans appui dans ce domaine.

Un CSB produirait environ deux kilos de déchets par jour dont un demi-kilo serait des DAS à risque infectieux (DASRI). Ces structures ne peuvent établir un contrat avec une société de gestion des DASRI autorisée par le ministère chargé de l'environnement comme le demande le décret n° 2008-2745. Sachant que le seuil de rentabilité de telles sociétés est estimé à 500 tonnes par an et par région, les

structures sanitaires publiques à partir de l'HC s'adressent dans plus de la moitié des cas à une structure autorisée d'une région voisine qui refuse de collecter les DASRI au niveau des CSB. Aussi est-il indispensable d'organiser un système de gestion de ces déchets à ce niveau incluant un transport jusqu'au premier niveau de collecte des sociétés, les groupements de santé de base (GSB) ou les HC.

L'HC faisant partie de la 1^{ère} ligne pourrait être considéré comme réservé à la prévention et aux soins de santé de base. Pourtant, i) la configuration des régions parfois peu peuplées et assez vastes, ii) la présence d'une salle d'urgence prévue dans les textes¹⁶ au niveau de l'HC, iii) la surcharge évidente des services d'urgence des hôpitaux régionaux et des SAMU pour des cas pouvant souvent être traités en amont, et iv) le risque terroriste non négligeable pouvant avoir pour conséquence un afflux massif dans les structures d'urgences disponibles, abondent clairement en faveur d'un appui à ces salles d'urgences à l'HC. Actuellement, des médecins généralistes ou des techniciens urgentistes sont en charge de ces salles d'urgence dans les HC à taux de transfert élevé. Le nombre de ressources humaines affectées aux services de laboratoires et de radiologie détermine la possibilité de leur fonctionnement 24/24 heures dans les HC. Celui-ci n'est pas toujours suffisant.

Par ailleurs, des problèmes d'accueil et de disponibilité des professionnels de santé, et de confidentialité dans leurs entretiens, ont été identifiés dans la plupart des services de santé de première ligne. Les équipements sont en général insuffisants ou obsolètes et mal répartis entre les structures. Les médicaments prescrits sont souvent indisponibles. Tout ceci a un impact négatif sur la qualité de l'offre de soins et représente une priorité d'action.

Enfin, parallèlement à l'approche basée sur le patient, la démarche d'accréditation au niveau de la première ligne démarrée récemment exige des services de santé la recherche d'efficacité dans la gestion de la structure, d'efficacité dans la prise en charge du patient et de traçabilité des informations. Ce processus devrait avoir un impact positif sur la qualité de l'offre de soins et devra être suivi avec attention.

1.5.2. Accessibilité des services de santé

62% des CSB ne sont ouverts qu'un à deux jours par semaine, et sur une plage horaire très limitée (le matin). Dans les CSB qui offrent des consultations plus de trois jours par semaine, la fréquentation est fortement liée à la présence de médicaments, et au ressenti des patients sur la qualité de leur prise en charge. Compte tenu des dysfonctionnements expliqués ci-dessus, un faible taux d'occupation de la première ligne est observé. Ceci se traduit par une surcharge de la seconde et de la troisième ligne. Cette affluence de consultations compromet l'accès à, et la qualité, de ces services spécialisés.

La répartition des médecins spécialistes est particulièrement inéquitable avec une concentration sur le littoral. Ceci diminue considérablement l'accès à des services spécialisés publics aux populations de l'intérieur du pays qui, bien que particulièrement vulnérables, ne souffrent pas moins de maladies chroniques. Ainsi, les ordonnances des traitements des maladies chroniques sont attribuées dans les services de seconde ou de troisième ligne et destinées à être renouvelées au niveau de la 1^{ère} ligne. Or, la nomenclature des médicaments disponibles à la première ligne ne permet pas toujours de dispenser ces traitements tels que par exemple les psychotropes, dont la présence en 1^{ère} ligne est liée à la présence d'un pharmacien dans la structure sanitaire de santé.

Par ailleurs, une fréquence élevée de ruptures de stock des médicaments est corrélée à un usage peu rationnel correspondant souvent à une demande excessive de la part du patient mais aussi à un suivi inconstant des recommandations des standards thérapeutiques.

Dans la zone péri-urbaine du Grand Tunis, le problème d'accès est lié à la densité de la population puisque le groupement de santé de base comprend six circonscriptions sanitaires (CS) pour une

¹⁶ Article 12 du titre II de la loi n°91-63 du 29 juillet 1991

population de 550 000 habitants. A titre de comparaison, la région de Siliana comprend huit CS pour une population inférieure à la moitié de celle du GSB Tunis Sud (223 087 habitants). Le Grand Tunis a vu sa population s'accroître considérablement sans que cette zone souffrant de surpopulation ne devienne une zone prioritaire. Pourtant, la promiscuité et la pauvreté urbaine engendrent abandons scolaires, violences et addictions chez les jeunes, et une population de séniors grandissante en l'absence de structures d'accueil.

Enfin, la prise de rendez-vous d'un niveau à un autre du système de santé représente un difficile parcours pour le patient. Au manque d'information dont il dispose, se superposent des attitudes non professionnelles de la part de certains membres du corps médical visant à « monnayer » les délais de prise de rendez-vous.

1.5.3. Décentralisation

Le fonctionnement de ces structures (GSB, CSB et HC) est organisé au sein de 207 circonscriptions sanitaires qui doivent assurer (i) une mission spécifique de prise en charge de l'état de santé des populations à travers les activités promotionnelles, préventives, curatives et de réhabilitation, des soins de santé de base, de la santé scolaire et universitaire, de l'hygiène du milieu et de la protection de l'environnement, et (ii) une mission de coordination intra et intersectorielle impliquant tous les intervenants dans le domaine de la santé. Ces entités, définies territorialement, sont administrées par une « équipe de gestion » pour assurer l'organisation, l'évaluation et le suivi des activités qui relèvent de la circonscription.

Des instances participatives sont également prévues : (i) un comité technique est chargé de planifier et de programmer les activités de la circonscription, d'évaluer les ressources nécessaires à mobiliser, définir les priorités locales, etc. ; et (ii) le conseil de santé de la structure sanitaire concernée et le conseil local de santé publique contribuent à la mise en œuvre des programmes élaborés par le comité technique et au renforcement de leurs activités.

Le système de santé a montré ses limites notamment en raison de la faiblesse des ressources et de leur gestion peu rationnelle : (i) une valorisation du capital humain défailante qui se manifeste par une insuffisance des effectifs, un problème de déploiement des personnels dans certaines régions, des plans de carrière peu évolutifs, une formation professionnelle et continue insuffisante voire inexistante, etc. ; (ii) des ressources financières insuffisantes et un système de financement qui ne permet pas aux structures sanitaires de disposer de l'autonomie indispensable et nécessaire pour assurer leur fonctionnement régulier (il est important de rappeler à ce sujet les difficultés du système de santé à supporter la politique sociale décidée par l'Etat en matière de prise en charge gratuite des familles indigentes) ; (iii) un parc d'équipements et de matériels vieillissant qui ne fait l'objet d'aucune stratégie de maintenance et d'entretien et des procédures administratives trop lourdes pour permettre une gestion dynamique et efficace de ces matériels et équipement ; (iv) une gestion des médicaments défailante occasionnant d'importantes et longues ruptures de stocks, trop faiblement compensées par des commandes d'urgence peu efficaces ; et enfin (vi) des systèmes d'information qui ne s'appuient que trop peu sur les outils modernes de gestion de l'information, en particulier via l'informatisation des données de façon plus structurée, systémique et coordonnée.

1.5.4. Gouvernance locale

La problématique de gouvernance locale est indissociable du concept de décentralisation. Elle reflète l'exercice du pouvoir dans un Etat moderne adapté à l'évolution de la société avec ses exigences de responsabilité, de liberté et de proximité. Elle porte aussi sur la manière de rendre plus efficace et efficiente la gestion des affaires locales grâce une plus grande implication des acteurs locaux : les populations, les associations et organisations représentatives de groupes d'intérêts divers, en particulier des usagers et du personnel médical et para-médical, le secteur privé, les administrations publiques locales et les autorités locales élues. Dans le cadre d'une approche « gouvernance locale », il est capital

de reconnaître et de respecter le rôle et les prérogatives de chaque acteur (notion de responsabilité commune, mais différenciée, des acteurs). Au regard de ces postulats, les principales faiblesses du système de gouvernance locale du secteur de la santé sont les suivantes :

Des autorités locales élues absentes du système

Suite aux élections de 2019, les autorités locales ont commencé à recouvrer leurs droits et prérogatives et leur place légitime (processus démocratique) dans le système de gouvernance locale. Ainsi, le programme se doit d'anticiper le retour à la normale et de prévoir des mesures de renforcement des compétences des autorités locales élues, en particulier en termes sanitaires. La question qui se pose n'est d'ailleurs pas uniquement liée à la connaissance des problèmes de santé mais aussi à la mise en œuvre de services, par les autorités locales elles-mêmes. Un travail de coordination entre autorités locales d'un côté, et autorités sanitaires locales et régionales de l'autre, est donc essentiel.

Une société civile insuffisamment formée et structurée pour agir en tant qu'acteur et partenaire du système

A l'heure actuelle, la société civile tunisienne n'occupe pas la place et ne joue pas le rôle qui devrait être le sien. Il s'agit pour l'essentiel d'organisations de la société civile (OSC) émergentes, disparates, peu structurées et aux capacités limitées, œuvrant dans un contexte caractérisé par (a) l'absence ou la faiblesse de cadres de concertation inter-OSC et entre OSC et acteurs étatiques (concurrence, manque de confiance) et (b) une « monopolisation » du débat par les organisations partenaires traditionnelles de l'Etat souvent localisées dans la capitale.

Il apparaît nécessaire de renforcer et de structurer la société civile, au niveau régional et local en premier lieu. Celle-ci a en effet un rôle important à remplir dans la gouvernance du système, notamment lorsqu'il s'agit de rapprocher les soins de santé du citoyen et d'adapter les services aux besoins, préférences et attentes de la population. Elle peut aussi jouer le rôle de médiateur entre le citoyen et les administrations publiques et les structures chargées de leur prise en charge. « L'implication citoyenne devrait se faire à tous les niveaux mais le milieu local est un espace privilégié pour la concertation, la participation citoyenne et l'appropriation à travers le renforcement du rôle de la société civile »¹⁷.

Des secteurs public et privé peu enclins à coopérer

La complémentarité entre secteurs public et privé est faible. L'évocation du « secteur privé » et de sa contribution à l'amélioration du système de santé est un sujet sensible et la définition d'actions de promotion d'un quelconque partenariat un défi. Le Livre blanc stipule que « le secteur privé peut offrir des solutions pour améliorer l'accès aux soins de qualité en tenant compte des aspects géographiques, temporels et des spécificités de chaque région. »

De fait, dans l'intérêt du patient, il faut accompagner les démarches conduisant à la définition, à la promotion et à la mise en œuvre d'une politique de complémentarité et de partenariat.

Des mécanismes et cadres de concertation et de coopération déficients

Les mécanismes de concertation et de coopération multi sectoriels (santé, environnement, justice, police, affaires sociales, eau, éducation), multi acteurs (administrations publiques locales, autorités locales élues, société civile, secteur privé) et interrégionaux (entre les directions régionales de la santé) sont insuffisants, de faible qualité, voire inexistantes.

Dans la mesure où l'existence et la qualité des mécanismes et cadres de responsabilité, d'échange d'informations et de dialogue constituent le socle du système de gouvernance locale, le programme portera une attention particulière à la promotion de tels mécanismes.

¹⁷ Livre blanc, chantier 8, Orientation 5.

1.5.5. La pandémie de COVID-19

En date du 29 avril 2020, le nombre total de cas confirmés de COVID-19 est de 994, sur un total de 22 957 prélèvements, et de 41 décès répartis sur l'ensemble du territoire¹⁸. L'évaluation actuelle par le ministère de la santé du risque d'extension communautaire est élevé et dépend largement de l'application des mesures de prévention : dépistage ciblé, auto-isolement et confinement.

Les besoins identifiés pour permettre au système de santé tunisien de faire face à la pandémie de COVID-19 ont été estimés à environ 200 millions d'EUR pour 3 priorités principales : (i) l'achat de tests PCR (« polymerase chain reduction ») et de tests rapides (malgré les difficultés à les obtenir sur le marché international, 400 000 tests ont été commandés), (ii) l'achat de matériel de protection du personnel soignant (masques, gants, etc.), et (iii) l'achat d'équipements médicaux, en premier lieu des respirateurs. Le MDICI assure la coordination des partenaires extérieurs et de la liste des besoins en équipements.

2. RISQUES ET HYPOTHESES

Risques	Niveau de risque	Mesures d'atténuation
Politique La fragmentation des forces politiques au sein de l'Assemblée des Représentants du Peuple a rendu la formation d'un gouvernement très difficile. Le gouvernement en place bénéficie d'un soutien ténu de la part du Parlement, rendant ainsi toute action réformatrice particulièrement difficile.	Elevé	Continuité du soutien de la communauté internationale. Programmes adoptés au moment du démarrage d'une nouvelle législature (fin 2019-début 2020)
Macroéconomique Du fait de la crise COVID-19, la stabilité du cadre macroéconomique sera vraisemblablement affectée par (i) l'absence de croissance, (ii) les risques de récession mondiale, et (iii) la détérioration de la situation budgétaire (structure de la dépense publique, déficit, endettement, glissement du dinar, etc.).	Elevé	Montée en puissance de l'assistance macro-économique et des appuis budgétaires par la communauté internationale pour répondre aux difficultés macroéconomiques causées par la crise sanitaire et la récession en cours. Mise en œuvre du programme d'appui à la gouvernance économique.
Gestion des finances publiques La stratégie de réformes engagée devrait se poursuivre suite à l'adoption par l'ARP de la Loi organique du budget en février 2019.	Moyen	Mise en œuvre de l'axe 1 « réformes des finances publiques » du PAR V et du programme d'appui à la gouvernance économique.
Corruption/Fraude Malgré les progrès accomplis, les indicateurs de mesure de la perception de la corruption restent mauvais.	Moyen	Mise en œuvre du programme d'appui à la gouvernance économique. Appui aux initiatives pertinentes de la société civile. Réformes structurelles de l'administration de la TVA et révision du système d'incitation à l'investissement.

¹⁸ <http://www.onmne.tn/fr/images/COVID-19-dernier-bulletin.pdf>

<p>Développement La mise en œuvre de la réforme pourrait être handicapée par (i) des difficultés à mobiliser les ressources budgétaires nécessaires, (ii) des capacités institutionnelles insuffisantes, et (iii) un manque d'adhésion et de mobilisation des principales parties prenantes.</p>	Moyen	Mise en œuvre d'activités d'assistance technique et de transfert d'expertise au titre du : (i) renforcement des capacités des acteurs publics, parapublics et non étatiques et (ii) de l'amélioration du système de gouvernance du secteur de la santé
<p>Sanitaire La pandémie de COVID-19 représente un réel défi pour la résilience du système de santé tunisien.</p>	Elevé	Efforts nationaux efficaces et pérennes dans la lutte contre la pandémie, y compris via la mise en œuvre ajustée des appuis des PTF sous la coordination de la partie tunisienne.
<p>Hypothèses</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La stabilité macroéconomique est rapidement restaurée malgré la forte récession engendrée par la crise COVID, grâce notamment aux appuis financiers des bailleurs internationaux. ▪ La stabilité politique et sociale est maintenue malgré les tensions engendrées par la crise. ▪ L'adhésion et la mobilisation des principales parties prenantes permettent une mise en œuvre efficace de la réforme et des politiques sectorielles. ▪ Les acteurs ont les capacités nécessaires pour mettre en œuvre les politiques dans le cadre d'un système de gouvernance rénové et pertinent. ▪ Les réformes initiées se poursuivent et celles qui seront identifiées dans le cadre du processus de modernisation de l'administration publique seront engagées. ▪ Le ministère équipe les structures de 1^{ère} lignes pilotes pour la prise de rendez-vous et le transfert du dossier médical unique de clés permettant la connexion desdites structures au réseau <i>very high speed digital subscriber line</i> (VDSL)/ligne d'abonné de très haute vitesse qui sera mis en place par Tunisie Telecom dans les structures publiques. ▪ La pandémie de COVID-19 ne déstabilise pas complètement le système de santé tunisien et/ou l'économie tunisienne. 		

3. ENSEIGNEMENTS TIRES ET COMPLEMENTARITE

3.1. Enseignements tirés

Le programme s'appuie en premier lieu sur l'expérience du secteur acquise dans la préparation et la mise en œuvre d'un double programme d'appui au secteur de la santé financé par l'UE : la composante santé du programme d'appui à la relance phase 2 (PAR2) et le programme d'appui aux zones défavorisées –phase 2 (PAZD2), qui ciblent tous les deux les 13 régions dites prioritaires, pour un montant total cumulé de 20 millions d'EUR. Le PAR2 a financé la construction de 13 centres médicaux intermédiaires proposant une large offre de soins et la réhabilitation de 60 CSB. Ces travaux ont eu pour but de doter ces unités médicales des moyens nécessaires aux consultations de dépistage et de diagnostic préalable à la fois pour les besoins courants du service ambulatoire et pour les domaines plus spécialisés (ophtalmologie, gynécologie et soins dentaires notamment). Le PAZD2, quant à lui, a mis à disposition 43 ambulances équipées (3 par région), 67 véhicules tous-terrains pour les équipes médicales d'intervention, et 48 véhicules utilitaires pour le transport du personnel médical, ainsi que du matériel médical et paramédical qui facilitent l'accès à un meilleur service de santé (appareils de radio fixe, échographes, unités dentaires, électrocardiographes, spectrophotomètres, unités de consultation ophtalmologiques, unités de consultation oto-rhino laryngologie (ORL), etc.). Le PAZD2 comportait par ailleurs un volet de renforcement des capacités afin de pérenniser les acquis du programme, en

particulier concernant la carte sanitaire, la prise en charge des pathologies chroniques ou encore la surveillance épidémiologique et la formation des personnels de santé et du personnel administratif. Une évaluation externe du PAZD2, réalisée fin 2017, a relevé plusieurs enseignements utiles. Les rénovations et les équipements des CSB ont permis d'améliorer très sensiblement l'accueil et la qualité des services, en particulier pour les analyses de laboratoire. La construction des nouveaux centres intermédiaires a posé par contre plusieurs problèmes, certains centres restant peu ou pas utilisés, souvent par faute de personnel. Il a donc été suggéré de ne plus investir dans de nouveaux bâtiments mais, à l'inverse, de travailler sur la gouvernance, la gestion et l'organisation des soins, inter et intra gouvernorats, ainsi que sur l'accès, la qualité et la sécurité des soins.

Le programme tire également parti d'autres interventions de l'UE, en particulier : le volet santé du programme d'appui à la compétitivité des services (PACS) ; trois jumelages, (i) auprès de l'agence nationale de contrôle sanitaire et environnemental des produits (ANCSEP, organisme sous tutelle de la santé en charge du contrôle sanitaire des produits), (ii) auprès des établissements de santé portant sur la consolidation et sur la généralisation du dispositif d'information médico-économique, (iii) auprès de l'inspection médicale et de la sécurité au travail ; et, enfin, un projet régional de veille épidémiologique. Ces programmes n'ayant pas été évalués à ce stade, il est difficile d'en tirer des enseignements. La participation accrue du ministère de la santé et de l'ONMNE à divers programmes européens de veille, surveillance et contrôle épidémiologique, et la réponse à la crise du COVID-19, devraient cependant permettre de mettre prochainement à jour les besoins de façon précise.

Enfin, le plan sectoriel 2016-2020 du ministère s'inspire très largement des recommandations du Livre blanc, lui-même financé par l'UE en partenariat avec l'OMS. Le présent programme s'appuyant à la fois sur le Livre blanc et sur le plan sectoriel, il puise de nombreux enseignements tirés de l'analyse de diagnostic très détaillée générée par le processus du DS (organisé dans le cadre d'un projet financé par l'UE).

3.2. Complémentarité, synergie et coordination des donateurs

Le programme a été réalisé en prenant en compte six principes majeurs de cohérence :

- Cohérence avec les priorités du système de santé tunisien. Celui-ci s'appuie sur une pyramide sanitaire organisée autour de : (i) 208 circonscriptions sanitaires comprenant, en 1^{ère} ligne, 2 104 CSB, et 109 HC ; (ii) 33 hôpitaux régionaux ; (iii) 21 CHU et établissements spécialisés.
- Cohérence avec d'autres programmes financés par l'UE dans le secteur de la santé. L'UE apporte son soutien pour la réalisation de deux importants programmes de construction de centres intermédiaires, de réhabilitation de CSB (deuxième programme d'appui à la relance, PAR2) et d'équipement en matériel biomédical (PAZD2) dans 13 gouvernorats déclarés prioritaires en raison du niveau économique et social des populations résidentes. Dans le cadre du programme PACS, l'UE a soutenu l'INEASanté dans sa mission d'accréditation au niveau d'hôpitaux publics et de cliniques privées. Ce programme d'appui au secteur de la santé s'inscrit dans la continuité de ces appuis en termes de démarches qualité et sécurité des soins. Le programme européen MediPIET et l'Initiative européenne pour la sécurité sanitaire sont d'autres activités pertinentes en lien avec l'extension du présent programme d'appui.
- Cohérence et synergies avec d'autres programmes de l'UE. En particulier, l'UE apporte son soutien à un programme d'appui à la décentralisation et au développement local dans six gouvernorats.
- Cohérence et synergies avec les autres PTF impliqués dans le secteur de la santé. Même si le degré de coordination est variable, le programme s'appuie systématiquement sur les synergies existantes,

qu'elles soient thématiques ou régionales, en particulier avec l'OMS (dialogue sociétal, protection sociale) ; la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit – GIZ (accréditation) et l'AFD (numérisation ; hôpitaux régionaux de Sidi Bouzid et Gafsa) ainsi que tout nouveau PTF intervenant en faveur de la lutte contre le COVID.

- Cohérence avec la feuille de route de l'UE pour l'engagement avec la société civile en Tunisie et synergie avec les autres soutiens des acteurs de la société civile financés par l'UE, soutiens structurels ou thématiques. L'accent sera mis sur l'optimisation de l'engagement constructif de la société civile aux niveaux local et régional.
- Cohérence avec le programme de l'UE de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes visant l'intégration du genre, l'amélioration de la participation des femmes à la vie économique et publique et la réduction des discriminations et des violences fondées sur le genre.

La complémentarité sera également assurée avec 5 autres programmes d'envergure soutenus par l'UE dans des régions similaires :

- Le programme cap vers la décentralisation et le développement intégré des territoires (CAP2D) dont l'objectif général est d'accompagner la Tunisie dans sa démarche de renforcement du développement territorial et de réduction des disparités régionales et locales, dans les gouvernorats de Bizerte, Jendouba, Sidi Bouzid, Sfax, Gabes, Médenine, Gafsa, Kasserine.
- Le programme d'appui à la gouvernance locale: « Ettamkeen Elmahalli » qui soutient : (i) le financement d'initiatives issues des plans d'investissement communaux dans des municipalités nouvelles ou étendues et la mise en place d'un système institutionnel de gouvernance locale, impliquant, société civile, communes, services déconcentrés de l'Etat, et administration territoriale.
- L'initiative régionale d'appui au développement économique durable (IRADA) vise les mêmes régions que ci-dessus. IRADA vise à appuyer les réformes socio-économiques pour la croissance inclusive et l'emploi ainsi que le développement régional et local durable.
- L'initiative pilote de développement local intégré place l'emphase sur le développement des communes comme structures de base avec une innovation notable : le développement est abordé et appuyé sous l'angle du développement local.
- Le programme d'appui à l'inclusion sociale, qui comprend, entre autres, une composante liée à la mise en œuvre progressive de la couverture santé universelle, via une assistance technique fournie par l'OMS, et une composante liée à l'égalité entre les femmes et les hommes, et en particulier la lutte contre les violences faites aux femmes.

Ce programme pourrait bénéficier de synergies avec les interventions, en cours ou récentes, des autres PTF – et en particulier :

- La santé maternelle et néo-natale du Fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF), l'OMS et le Fonds des nations unies pour la population (FNUAP).
- Les financements du Fonds mondial, et en particulier le programme « improving access to prevention and treatment services as well as human rights for key populations in Tunisia », d'un budget de 12 millions d'USD, signé avec l'Office national de la famille et de la population (ONFP). Il arrive à échéance fin 2021 mais a fait l'objet de remaniements liés au COVID-19.
- La prise en charge des femmes et des enfants victimes de violence grâce à la gouvernance locale développée (ONU, ONFP).

- Les activités de renforcement du système de santé (appui au développement de la médecine de famille, à l'amélioration de la performance hospitalière, à la réforme du financement, à la production de données probantes pour la prise de décision, etc.) menées par l'OMS dans le cadre du Partenariat UE-OMS pour la couverture sanitaire universelle.

Concernant l'assistance envisagée en terme d'appui à l'émergence, au renforcement des capacités et à la structuration des OSC du secteur de la santé, le programme pourra être complémentaire et capitaliser sur les soutiens antérieurs ou en-cours de l'UE en la matière, et principalement :

- Le DS financé par l'UE et piloté par l'OMS a permis à un nombre conséquent de représentants de la société civile au sens large, de s'exprimer sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé et devrait leur permettre d'être associés au suivi de la mise en œuvre de la réforme et à son évaluation périodique (2019-2021).
- Un projet mené par le Réseau Euro-Méditerranéen des Droits de l'Homme (REMDH) dont l'un des objectifs était de créer et organiser des espaces de dialogue entre société civile, instances de l'UE et structures gouvernementales tunisiennes autour de thématiques clés portant sur les droits de l'homme et la démocratisation, y compris au niveau régional (2016-2018).
- Un projet coordonné par Médecins du Monde Belgique dont l'objectif principal était de faire émerger dans les gouvernorats de Gafsa et Sidi Bouzid un réseau d'associations capable de se positionner en tant qu'acteur et partenaire des autorités locales sanitaires et sociales (2015-2017).
- Le Programme d'appui à la société civile et aux instances indépendantes, dont l'un des buts est de renforcer les capacités des OSC tunisiennes afin qu'elles soient en mesure de jouer leur rôle dans le cadre du développement en Tunisie, en particulier aux niveaux local et régional.
- Initialement conçu comme un projet, Jamaity.org se veut une plateforme associative, interactive et participative ayant pour missions de i) collecter et diffuser les informations concernant les associations et les PTF, et ii) favoriser le réseautage et la communication entre associations, autorités gouvernementales et locales, et PTF. Jamaity offre un fort potentiel en termes de partage de l'information et de capitalisation.

Les appuis déployés mondialement par la Commission européenne (enveloppe totale de 232 millions d'EUR) pour lutter contre le COVID-19 seront pris en compte durant la mise en œuvre, étant donné les bénéfices qu'ils représentent, directement ou indirectement, pour la Tunisie :

- 114 millions d'EUR en soutien au Plan mondial de l'OMS de Préparation et Réponse au COVID-19 via des fonds de développement pour aider à renforcer les systèmes de santé (DEVCO) et des fonds d'urgence pour gérer des situations de crise (ECHO).
- 100 millions d'EUR en termes de recherche et innovation, dont pas moins de 17 projets sélectionnés en février liés au coronavirus afin de produire des résultats, rapidement, tant sur la gestion clinique des cas que sur la préparation et la réponse à la pandémie. De nombreux autres projets en cours permettent d'avancer vers la recherche de vaccins.
- 15 millions d'EUR via l'instrument pour la Paix et la Stabilité en soutien, entre autres, à l'Institut Pasteur de Dakar et à son réseau en Afrique en termes de formation, diagnostic rapide et surveillance épidémiologique.

Enfin, une quinzaine de PTF interviennent dans le domaine de la santé. L'efficacité de l'aide devrait être améliorée par une meilleure coordination. L'organisation d'un groupe thématique spécifique à la santé mis en place à partir de 2018 y contribue. L'enveloppe de leurs interventions dans le secteur est faible

(moins de 1% du total de l'aide publique au développement à la Tunisie) et, le plus souvent, le montant moyen de ces interventions ne dépasse pas quelques centaines de milliers d'euros, ne permettant ni d'atteindre la masse critique nécessaire, ni d'intégrer une vision stratégique. La pandémie de COVID-19 pourrait néanmoins redéfinir de façon positive la carte des PTF et le montant de leurs appuis dans le secteur de la santé. Ceci pourrait être l'occasion, en particulier, de mettre en application l'esprit « Team Europe » souligné par la Communication conjointe JOIN(2020)11.

4. DESCRIPTION DE L'ACTION

4.1. Objectif général, objectif(s) spécifique(s), produits attendus et activités indicatives

Objectif général :

Accompagner la Tunisie dans l'amélioration des conditions de vie en bonne santé et la promotion du bien-être de tous et à tout âge¹⁹.

Objectif spécifique :

Améliorer la performance du système de santé en Tunisie, en particulier en termes de services de première ligne, de surveillance, d'urgence, de télémédecine et de prise en charge, familiale, communautaire et hospitalière.

Les six **résultats attendus** sont les suivants :

R1) La qualité des services de santé de première ligne est améliorée.²⁰

R2) L'accessibilité des services de santé de première ligne est améliorée.

R3) Une plus grande décentralisation de la gestion des structures sanitaires permet un fonctionnement plus rationnel, efficace et efficient du système de santé de première ligne.

R4) Une nouvelle gouvernance locale dans le secteur de la santé est mise en place.

R5) La digitalisation des hôpitaux régionaux est améliorée.

R6) Les services de surveillance et d'urgence des trois lignes de soins sont améliorés.

Principales activités

Résultat 1 : La qualité des services de santé de première ligne est améliorée

Il s'agit de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la qualité des programmes de prévention et de promotion de la santé. En particulier, il s'agit d'améliorer l'hygiène hospitalière et les services d'urgence de première ligne au sein de la circonscription sanitaire.

Les activités principales suivantes sont prévues :

- Amélioration des pratiques en termes de qualité de services de première ligne et suivi des transformations initiées, pour le bénéfice des usagers en premier lieu, mais aussi du personnel, dans le plus grand nombre de circonscriptions sanitaires possibles. La priorité est mise sur les services publics mais concerne aussi les acteurs du service privé et associatif.
- Renforcement des capacités de mise en œuvre de la stratégie nationale hygiène et sécurité des soins dans les HC et les CSB. Des mesures de formation et d'accompagnement viseront la mise en œuvre d'un programme de prévention du risque infectieux, ainsi que la mise en œuvre de la gestion des DAS²¹ au niveau des structures sanitaires de première ligne, et l'amélioration continue de l'organisation des activités de soins et des conditions de travail. Enfin, un plan de suivi et d'évaluation et l'amélioration continue de la gestion des DAS et des pratiques d'hygiène sera mis en œuvre.

¹⁹ Plan de développement du MDICI (axe 3, Développement humain et inclusion sociale) et ODD3.

²⁰ Axe 1, Stratégie MS, prévention et Livre blanc, chantier 5 (<http://www.hiarsaha.tn/upload/1409228805.pdf>).

²¹ Projet DAS et PCB Tunisie, convention de Stockholm, ANGED.

- Appui à la mise à niveau des structures de médecine d'urgence. Il s'agit notamment de renforcer les capacités des HC à assurer la prise en charge des urgences en collaboration avec les SAMU et les SMUR, grâce à des formations réalisées par des spécialistes en médecine d'urgence de l'hôpital, en présentiel et à distance.
- Achat, livraison et formation à l'utilisation et la maintenance de matériel et équipement, médical, paramédical et logistique, relatifs à la mise en place de la démarche qualité, ainsi qu'à l'amélioration de la gestion de l'hygiène hospitalière et des services d'urgences déployés au niveau de la première ligne.

Résultat 2 : L'accessibilité des services de santé de première ligne est améliorée

Il s'agit de contribuer à l'amélioration de l'accès aux services de santé, que ce soit pour des services de soins, de prévention ou de promotion de la santé. Il s'agit de travailler, entre autres, sur les questions du parcours du patient, du rôle des équipes mobiles, de l'informatisation du dossier du patient, du système de référence entre les trois lignes, mais aussi de l'information, de la sensibilisation et de la mobilisation communautaire. Sont particulièrement concernés les facteurs clefs influant sur l'accès tels que la proximité de l'offre de soins, l'information relative aux services, la disponibilité du personnel, la disponibilité des médicaments, la disponibilité des spécialistes ou types de services requis, ou l'origine sociale et les capacités financières des usagers.

Les activités principales suivantes sont prévues :

- Mobilisation des communautés via des actions de sensibilisation, de prévention et de promotion de la santé, en particulier dans les domaines suivants : principaux programmes nationaux (vaccination, santé reproductive, tuberculose, etc.) ; santé environnementale ; prévention des MNT et éducation thérapeutique ; risques liés à la consommation de tabac et de substances illicites ; usage rationnel des médicaments ; sensibilisation sur toutes formes de violences (basées sur le genre et violence envers les enfants) ; influence des inégalités de genre sur l'accès aux services de santé ; promotion d'espaces sportifs en zones urbaines ou péri-urbaines ; soutien aux personnes à faible revenu.
- Accompagnement de la promotion des équipes de santé mobiles des CSB vers les villages éloignés. Il s'agit de mettre en place des systèmes de services mobiles adaptés aux contextes, opportunités et contraintes locaux, de suivre la mise en place de ces systèmes, et de promouvoir les bonnes pratiques par des visites intra et inter gouvernorats. Le but est d'augmenter en particulier l'accessibilité des services de prévention et de santé reproductive et de faciliter la gestion de routine des maladies chroniques (renouvellement d'ordonnances, tests rapides ou collection d'échantillons, implication/formation des membres de la famille, etc.).
- Formation, suivi et évaluation des pratiques relatives à l'usage rationnel des médicaments des prescripteurs, dans le respect des nomenclatures de chaque niveau et des recommandations de conduites thérapeutiques. Le but est d'améliorer l'accessibilité aux médicaments, en particulier aux médicaments essentiels.
- Appui au développement du système d'information des services sanitaires. Le but premier est d'améliorer l'accès aux informations concernant les programmes et services de santé accessibles aux usagers, qu'il s'agisse de l'existence de ces services et programmes, ou des résultats de ces services et programmes. In fine, il s'agit d'améliorer l'accès aux services et l'impact de ces services sur la santé des usagers.
- Appui à la généralisation (avec adaptation/amélioration) du système de prise de rendez-vous à distance. Le but est d'améliorer le parcours de l'utilisateur du CSB et sa prise en charge au sein de la 1ère ligne et avec la 2ème et la 3ème ligne, notamment via les rendez-vous à distance. Il s'agit de mettre en place un système de gestion de prise de rendez-vous informatisé entre les

circonscriptions périphériques et l'hôpital régional (ou les hôpitaux régionaux) du gouvernorat, d'une part, et entre les circonscriptions et quelques EPS spécialisés de Tunis, d'autre part. Ce système, pratiqué depuis des années dans certaines régions côtières, facilite grandement l'accès des usagers à des centres de soins complémentaire.

- Appui à l'informatisation d'un dossier de santé unique de l'utilisateur du CSB permettant une meilleure prise en charge (globalité et continuité) de l'utilisateur en décloisonnant les multiples dossiers et registres indépendants auxquels l'utilisateur est confronté (fiche consultation médicale, dossiers de chaque service spécialisé, traitement ambulatoire, soins infirmiers, vaccination, etc.).
- Achat, livraison et formation à l'utilisation et la maintenance de matériel et équipement, médical, paramédical et logistique, relatifs au renforcement de la proximité et de l'accessibilité des services de santé de première ligne et inter-lignes (systèmes de référence).

Résultat 3 : Une plus grande décentralisation de la gestion des structures sanitaires permet un fonctionnement plus rationnel, efficace et efficient du système de santé de première ligne

Il s'agit de contribuer à optimiser les ressources existantes au niveau des circonscriptions sanitaires, en premier lieu au sein des hôpitaux de circonscriptions (HC), les groupements de CSB (GSB) et les CSB ouverts 5 ou 6 jours par semaine (CSB 5/6 et 6/6), et les centres intermédiaires (CI) dans la circonscription sanitaire (CS).

Alors que les résultats 1 et 2 s'attachent à améliorer directement l'expérience de l'utilisateur par rapports aux services de santé de première ligne, le résultat 3 se focalise sur la gestion « interne » des services et systèmes de santé, au niveau de la première ligne. L'axe central est la « gestion » des services et des systèmes, plus que l'« offre de services » elle-même.

L'intervention n'entend certainement pas pousser à la décentralisation de toutes les fonctions ou à l'autonomie financière totale. Elle entend cependant accompagner un processus où la décentralisation et une meilleure gestion au niveau local sont promues, dans le but d'optimiser les ressources existantes, pour un meilleur impact, à moyen et long terme, sur la santé des populations.

Les activités principales suivantes sont prévues :

- Appui à l'élaboration d'un projet de circonscription sanitaire. Ce projet sera réalisé sur base de la carte sanitaire de la CS (tenant compte des particularités de chaque zone et des besoins exprimés par les populations pour un meilleur accès aux soins au profit des populations vulnérables) et des projets d'établissement établis par les HC et les GSB (incluant les CSB relevant de leur champ de compétence respectif).
- Appui au renforcement des capacités de gestion des circonscriptions sanitaires et des structures sanitaires publiques de première ligne (HC, GSB, CSB ouverts 5 ou 6 jours par semaines (CSB classés 5/6 et 6/6) et CI). En particulier, appui à une meilleure gestion des ressources humaines (élaboration et mise en œuvre d'un plan de développement professionnel continu adapté aux objectifs et aux besoins présentés notamment dans les projets d'établissement ; gestion plus dynamique des ressources humaines notamment via l'utilisation d'outils informatiques, au minimum au niveau de l'HC ou du GSB), une meilleure gestion budgétaire et financière (développement et mise en place d'outils budgétaires en cohérence avec les projets d'établissement et le programme d'action annuel et permettant de travailler à une plus grande autonomisation des structures sanitaires – HC et GSB y compris les CSB classés 5/6 et 6/6) et une meilleure gestion des infrastructures et du matériel (renforcement des capacités locales des HC pour l'identification et l'élaboration de projets d'aménagements, la gestion des inventaires des matériels et des équipements ainsi que pour la mise en place d'un système de suivi et des procédures adaptées pour une maintenance plus rigoureuse).

- Appui au renforcement des capacités de gestion des médicaments. En particulier, mise en place et développement de systèmes de gestion informatisés et interconnectés, à titre pilote, au sein des HC et des GSB et des CSB classés 5/6 et 6/6 et des CI dans un certain nombre de CS par gouvernorats, permettant d'améliorer à court terme la gestion des médicaments et donc leur disponibilité, et, à moyen terme, de préparer les structures sanitaires à l'e-pharmacie.
- Appui à la mise en place d'un système de gestion de l'information. En particulier, mise en place de tableaux de bord nécessaires à une gestion plus rationnelle et efficace des ressources humaines, matérielles et financières, et des médicaments.
- Appui au renforcement des capacités institutionnelles des directions régionales de santé (DRS). En particulier, programmation et planification des activités au niveau régional ; consolidation et analyse de l'information ; suivi et supervision ; identification, coordination et mise en œuvre de la stratégie de développement professionnel continu ; conduite des projets à un niveau régional.
- Achat, installation et formation à l'utilisation de matériel informatique pour renforcer les capacités de gestion des structures sanitaires publiques de première ligne, la gestion des médicaments et de l'information au niveau de la circonscription sanitaire, et les capacités institutionnelles des DRS.

Résultat 4 : Une nouvelle gouvernance locale dans le secteur de la santé est mise en place

Alors que le résultat 3 est focalisé sur les services et les systèmes gérés directement par le MS, le résultat 4 est ouvert sur les autres secteurs et acteurs qui interviennent dans le domaine de la santé au sens large.

S'il existe certains recoupements entre les résultats 1 et 2 d'un côté, et le résultat 3 d'un autre, il en va de même entre les résultats 3 et 4, en particulier concernant l'implication, et la coordination avec, les autorités locales élues, qui auront un rôle de plus en plus important à jouer en termes de décentralisation ou de gestion des ressources locales, y compris pour les populations les plus défavorisées.

Les activités principales suivantes sont prévues :

- Mise en place d'indicateurs de santé de première ligne nécessaires à une bonne gouvernance locale des services de santé.
- Promotion d'une coordination multi sectorielle (santé, environnement, justice, police, affaires sociales, eau, éducation, etc.) et multi acteurs (administrations publiques locales, autorités locales élues, société civile, secteur privé).
- Appui au renforcement des compétences des autorités locales élues impliquées dans les programmes de santé.
- Appui à l'émergence, au renforcement des capacités et à la structuration des OSC (institutionnalisation) capables d'agir en tant que partenaires des administrations publiques locales dans l'amélioration et le développement du système de santé.
- Appui à la définition, à la promotion et à la mise en œuvre d'une politique de complémentarité et de partenariat entre le secteur public et le secteur privé permettant au patient de bénéficier d'une offre de soins de santé plus large et de meilleure qualité.
- Promotion d'une coopération inter-régionale pour une rationalisation de l'utilisation des structures de santé et une optimisation des ressources disponibles.
- Appui à l'accréditation d'une structure de santé pilote de première ligne au niveau de chaque région.
- Achat, installation et formation à l'utilisation d'équipement et/ou production d'outils pour faciliter une meilleure gouvernance au niveau régional et local.

Résultat 5 : La digitalisation des hôpitaux régionaux est améliorée

Il s'agit de développer, d'améliorer et d'optimiser les services digitalisés, ceci afin d'améliorer et d'optimiser l'accès et la qualité des services des hôpitaux régionaux, mais aussi d'améliorer les systèmes de référence et la bonne gestion des patients au sein de la deuxième ligne, d'une part, et entre la première et la troisième ligne, d'autre part.

Les activités principales suivantes sont prévues :

- Appui à la mise en place de la digitalisation de toute la boucle d'activité, à savoir, le dossier médical informatisé, les analyses médicales, le bloc opératoire, la pharmacie, le magasin, l'inscription, la facturation, l'administration, la gestion des ressources humaines et financières, surveillance et planification stratégique.
- Achat, livraison, installation et formation à l'utilisation et à la maintenance de logiciels spécialisés et d'équipements liés à la digitalisation des services.
- Déploiement des services de télé-médecine pour une meilleure prise en charge en évitant la multiplication des expérimentations locales et en exigeant a minima leur intégration au sein des règles définies dans un schéma directeur de sorte à pouvoir les déployer sur l'ensemble du territoire.
- Mise en place d'un service de télé-RDV avec rappel afin de limiter les déplacements et optimiser la gestion des flux de patients.
- Animation d'un groupe de travail impliquant fortement les DRS dont l'objectif est d'aligner les indicateurs de pilotage du système de santé avec les données produites lors de l'administration des soins, produire des tableaux de bord en temps réel à partir de ces mêmes données, avec l'objectif de ne saisir l'information qu'une seule fois.
- Amélioration de la qualité des données pour les rendre exploitables et produire des indicateurs à partir des données d'activité sur des données pseudonymisées et anonymisées.

Résultat 6 : Les services de surveillance et d'urgence des trois lignes de soins sont améliorés

Il s'agit de contribuer à l'amélioration du système de surveillance des maladies transmissibles, dans le cadre de l'application du Règlement Sanitaire International (RSI)²² et selon les recommandations de l'évaluation externe conjointe (JEE). Il s'agit par ailleurs de l'organisation, de l'équipement et de la performance des 60 services d'urgences qui traitent environ 80% des cas d'urgences dans tout le pays.

Les activités principales suivantes sont prévues :

- Appui à la mise en place d'une meilleure organisation des services d'urgences en fonction de la gravité de l'urgence, en instaurant un système de triage pour la priorisation de la prise en charge des accidents et malades dans les services des urgences, grâce à la mise en place de circuits individualisés tel que : (i) circuit des urgences graves (dit malades chaud) ; (ii) circuit de traumatologie ; (iii) circuit d'urgences différés (UD) indépendant des autres circuits.
- Développement et mise en place d'un dossier informatisé spécifique aux services des urgences.
- Développement des capacités des ressources humaines des services de surveillance et d'urgence.
- Élaboration d'un guide normatif des urgences selon leurs débits adapté au contexte tunisien.
- Achat, livraison, installation et formation à l'utilisation et à la maintenance d'équipements tant pour le système de surveillance que pour les urgences.

²² <https://www.who.int/ihr/fr/>

- Appui à la mise à niveau en équipements des services de radiologie, des blocs opératoires de chirurgie et de maternité, des laboratoires d'analyses médicales et des stérilisations centrales.
- Développement des capacités de communiquer en interne et en externe, aux niveaux local, régional et national, en situation de crise, ou en période d'épidémie.
- Application des recommandations du JEE les plus pertinentes pour la Tunisie²³, en matière de surveillance des maladies transmissibles, sur la base des moyens et des capacités disponibles, et dans un ordre séquencé basé sur des priorités.

4.2. Logique d'intervention

La participation du citoyen-patient à l'élaboration du projet d'établissement de son centre de santé assurera une offre de soins prenant en compte ses besoins et ses attentes, augmentant ainsi l'efficacité de sa prise en charge en première ligne. Plus particulièrement, le programme d'appui au secteur de la santé visera la proximité et l'équité dans l'accès aux services clés de qualité ainsi que l'efficacité du parcours de soins à partir de la première ligne.

Les services de santé verront leurs capacités renforcées par l'apport en équipements et en formation du personnel médical contribuant à une meilleure satisfaction du patient (hygiène, urgences, besoins spécifiques par région). Un appui dans l'élaboration, la gestion et le suivi du développement professionnel des compétences améliorera la spécificité des effets de chacun des projets d'établissement.

Un accompagnement du processus de décentralisation du système de santé en cours permettra de renforcer les capacités des DRS à élaborer des stratégies régionales de développement, à améliorer l'efficacité administrative par la mise en place d'une gestion encourageant l'utilisation la plus rationnelle possible des moyens, et l'efficacité du mécanisme d'allocation grâce à une répartition optimisée des ressources entre les services. Le développement des capacités des équipes de gestion des différentes structures sanitaires publiques (CSB, GCB, HC) visera enfin l'efficacité technique des prestations des services.

La promotion d'une nouvelle gouvernance locale, axée sur une concertation multi sectorielle et multi acteurs concentrera les efforts des secteurs de la santé, de l'environnement, de la justice, de la police, des affaires sociales, de l'éducation d'une part et des administrations publiques et autorités locales élues, société civile et secteur privé d'autre part, autour des besoins de toutes les communautés des régions couvertes par le programme conduisant à une amélioration de leur bien-être physique, mental et social.

Une société civile renforcée contribuera à une plus grande mobilisation sociétale et communautaire et offrira à la population un meilleur accès à l'information sanitaire grâce à la mise en œuvre, principalement au niveau local, d'actions d'éducation thérapeutique, de santé environnementale et de promotion de la santé visant la santé reproductive, la communication pour le changement des comportements concernant la prévention des maladies chroniques, la prévention de toutes formes de violence et l'égalité entre les genres. Cette approche permettra aussi de développer les capacités du personnel médical à sensibiliser, détecter et prendre en charge les cas de violence qui se présenteraient à eux.

4.3. Intégration des questions transversales

Contribution du programme à l'égalité entre les femmes et les hommes. Elle est directe via la sensibilisation par la société civile en particulier des médias, décideurs et personnels de santé au diagnostic et à la prise en charge concertée des victimes de violences basées sur le genre (VBG). L'approche pluridisciplinaire permet d'accompagner les victimes qui entament des démarches auprès des autorités, dans le respect de la confidentialité. La formation des personnels de santé au diagnostic et

²³ <https://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-REP-2017.45/en/>

à la prise en charge médicale des victimes, comme à l'approche inter-sectorielle concertée, en lien avec un accompagnement social et juridique, permet d'assurer la complémentarité des interventions et intervenants, dans le respect des droits de la personne, en particulier de la confidentialité. Le ministère de la santé, via cette intervention, joue ainsi un rôle central dans la mise en œuvre de la loi intégrale sur les violences faites aux femmes, actuellement en préparation, ainsi que dans la compréhension et la gestion des conséquences physiques, psychiques et sociales de ces actes. La participation de la société civile est particulièrement recherchée pour ce qui est de la prévention de telles violences, dont les conséquences sur la santé auront été explicitées par des personnels de santé formés. Outre la question des VBG, le programme œuvre également plus particulièrement à l'amélioration de l'accès et de la qualité des services concernant la santé maternelle et infantile. Les investissements en matière de digitalisation des services devraient permettre d'améliorer très sensiblement la production, et l'utilisation, de données désagrégées par sexes.

Contribution du programme aux droits de l'homme. Le programme y contribue directement car il vise la réduction des inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins. Le droit à la santé est inscrit dans la déclaration universelle des droits de l'homme et dans l'article 38 de la constitution tunisienne de janvier 2014.

Contribution du programme à l'environnement. Le programme devrait avoir un impact positif sur l'environnement via, en particulier, le volet hygiène ciblé sur le traitement des déchets d'activités de soins et l'éducation environnementale des communautés, Il devrait aussi conforter indirectement la stratégie conjointe MS-MEnv en matière d'environnement.

Contribution du programme à la bonne gouvernance. Elle sera favorisée par le soutien apporté à la mise en œuvre des réformes engagées par le gouvernement tunisien, et en particulier par des actions de renforcement des capacités institutionnelles visant à améliorer les processus de pilotage, de management, de décentralisation, de gouvernance locale, de dialogue multi-acteurs et multi-sectoriel, et de transparence.

4.4. Contribution à la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD)

La présente intervention s'inscrit dans le programme de développement durable des Nations Unies à l'horizon 2030. Elle contribue principalement à la réalisation progressive des ODD suivants : ODD 3²⁴ « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », tout en contribuant aussi à l'ODD 10²⁵ « Réduire les inégalités dans les pays (et d'un pays à l'autre) » et l'ODD 5²⁶ « Parvenir à l'égalité entre les sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles ».

5. MISE EN ŒUVRE

5.1. Convention de financement

Pour mettre en œuvre la présente action, il est envisagé de conclure une convention de financement avec le pays partenaire.

5.2. Période indicative de mise en œuvre

La période indicative de mise en œuvre opérationnelle de la présente action, au cours de laquelle les activités décrites à la section 4 seront menées et les contrats et accords correspondants seront mis en œuvre, est de 96 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention de financement.

²⁴ <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>

²⁵ <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/inequality/>

²⁶ <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/gender-equality/>

La prolongation de la période de mise en œuvre peut être approuvée par l'ordonnateur compétent de la Commission, qui modifiera la présente décision, ainsi que les contrats et les accords concernés.

5.3. Modalités de mise en œuvre

La Commission veillera au respect des règles et des procédures pertinentes de l'UE pour l'octroi de financements à des tiers, notamment des procédures de réexamen s'il y a lieu, ainsi qu'à la conformité de l'action avec les mesures restrictives de l'UE²⁷.

5.3.1. Subventions (gestion directe)

(a) Objet de la ou des subventions

La ou les subventions doivent contribuer à atteindre les résultats 1 à 4 du programme présentés à la section 4.1.

L'objectif spécifique est de favoriser la participation de la société civile locale à la mobilisation communautaire et à la mise en œuvre d'actions de sensibilisation, de prévention et de promotion de la santé, le plus proche possible des usagers, au niveau des services de première ligne essentiellement.

(b) Type de demandeurs visés

Pour pouvoir prétendre à une subvention, le demandeur devra satisfaire aux conditions suivantes :

- être une personne morale ;
- être sans but lucratif ;
- appartenir à l'une des catégories suivantes : organisations non gouvernementales, associations locales ou nationales, organisations professionnelles, autorités locales élues ;
- être établi²⁸ dans un État membre de l'Union européenne ou dans le pays partenaire tels que définis dans le Règlement (UE) n. 232/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 arrêtant des dispositions générales instituant un instrument européen de voisinage²⁹ ;
- être directement chargé de la préparation et de la gestion de l'action avec le(s) codemandeur(s) et non agir en tant qu'intermédiaire ; et
- être en mesure de faire preuve de sa capacité à gérer des activités relatives aux thèmes concernés et correspondant à l'ampleur du projet nécessitant une subvention.

(c) Justification d'une subvention directe

Sous la responsabilité de l'ordonnateur compétent de la Commission, la subvention peut être octroyée sans appel à propositions à une OSC à sélectionner selon les critères suivants :

- Compétence dans le domaine de la santé en général ;
- Membre du DS dans le secteur de la santé en Tunisie ;
- Expérience et compétence en démocratie sanitaire multi-acteurs en Tunisie ;
- Expérience directe et implication avec le présent programme ;
- Mise en place et animation d'au moins un comité de pilotage réunissant le ministère de la santé et d'autres ministères ainsi que l'OMS ;
- Expérience dans la gestion de financements en cascade au profit de la société civile locale, y compris pour permettre à la société civile tunisienne de répondre localement à des besoins liés la pandémie du COVID-19 ;
- Capacité à gérer avec succès une augmentation de couverture géographique significative ;
- Capacité à travailler efficacement en consortium société civile ;

²⁷ www.sanctionsmap.eu Il est à noter que la carte des sanctions est un outil informatique permettant de répertorier les régimes de sanctions. Les sanctions résultent d'actes juridiques publiés au Journal officiel (JO). En cas de divergence entre les actes juridiques publiés et les mises à jour sur le site web, c'est la version du JO qui prévaut.

²⁹ Journal Officiel L 77 du 15.03.2014, p. 27

- Capacité à contribuer à atteindre les résultats attendus du présent programme, principalement les résultats 1, 2 et 4, liés à la première ligne de soins.

Sous la responsabilité de l'ordonnateur compétent de la Commission, le recours à une procédure d'attribution de la subvention sans appel à propositions se justifie car la crise liée au COVID-19 nécessite de pouvoir agir le plus rapidement possible.

5.3.2. Passation de marchés (gestion directe)

Le ou les marchés doivent contribuer à atteindre les 6 résultats du programme présentés à la section 4.1.

Leur objet est donc de contribuer à améliorer l'accès, la qualité, la gestion et la gouvernance des services de la première ligne de soins ainsi que la digitalisation, les services d'urgence et la surveillance au niveau des 3 lignes.

5.4. Critères d'éligibilité géographique pour les marchés et les subventions

L'éligibilité géographique au regard du lieu d'établissement pour la participation aux procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions et au regard de l'origine des fournitures achetées, telle qu'elle est établie dans l'acte de base et énoncée dans les documents contractuels pertinents, est applicable.

L'ordonnateur compétent de la Commission peut étendre l'éligibilité géographique en cas d'urgence ou d'indisponibilité de produits et services sur les marchés des pays concernés, ou dans d'autres cas dûment justifiés si l'application des règles d'éligibilité risque de rendre la réalisation de la présente action impossible ou excessivement difficile.

5.5. Budget indicatif

Rubrique	Contribution de l'UE (montant en EUR)	Contribution indicative de tiers (montant en EUR)
Passation de marchés relatifs aux résultats 1, 2, 3, 4, 5 et 6 (gestion directe) – voir section 5.3.2 et 5.10	64 250 000	
Subventions : relatives aux résultats 1, 2, 3 et 4 (gestion directe) – voir section 5.3.1	4 000 000	1 000 000
Évaluation & audit – voir sections 5.8 & 5.9	1 250 000	
Provision pour dépenses imprévues	500 000	
Totaux	70 000 000	1 000 000

5.6. Structure organisationnelle et responsabilités

Au niveau central (national) :

Le MS sera systématiquement associé à toutes les étapes de la mise en œuvre du programme, et ce dès la phase de formulation des termes de références des prestations de marchés (fournitures et services) ainsi que des lignes directrices de l'appel à propositions (société civile).

Le suivi du programme aura lieu dans le cadre d'un comité de pilotage national constitué autour du MS (présidence). Ce comité de pilotage sera composé de membres représentant :

- les ministères du développement, de l'investissement et de la coopération internationale, de la santé, de l'environnement, de la femme, de la famille et de l'enfance, des affaires sociales et des finances ;

- la direction des soins de santé de base ;
- l'office national de la famille et de la population ;
- l'Instance nationale de l'accréditation en santé ;
- le conseil national de l'ordre des médecins ;
- le conseil national de l'ordre des pharmaciens ;
- le secteur privé (y compris des acteurs basés dans les régions ciblées par le programme) ;
- la société civile (dont des représentants du DS et des bénéficiaires de l'appel à proposition pour la société civile de ce programme) ;
- les comités régionaux de pilotage (qui représentent eux-mêmes les comités locaux de pilotage) ;
- la Délégation de l'UE ;
- l'OMS.

Ce comité de pilotage, réuni semestriellement et plus fréquemment si nécessaire, a pour fonction de : i) s'assurer que le programme œuvre en direction des objectifs et résultats attendus, ii) veiller à la cohérence du programme avec l'évolution de la politique nationale sectorielle, iii) veiller au bon déroulement des activités du programme et au respect des échéances, iv) proposer toute adaptation et réorientation du programme jugée nécessaire à l'atteinte des résultats escomptés, v) faire le suivi des décisions prises antérieurement par le comité de pilotage.

La désignation des membres du comité de pilotage national interviendra au démarrage du programme, d'un commun accord entre le MDICI, le MS et la Délégation de l'UE.

Au niveau décentralisé (régional) :

Dans chaque région d'intervention du programme, il est constitué un comité régional de pilotage.

Ce comité sera présidé par le directeur régional de la santé et composé des membres suivants représentant : les administrations publiques régionales (sanitaires, sociales, environnementales), les autorités locales élues, la société civile et le secteur privé.

Ce comité a pour vocation d'assurer la fonction de veille stratégique du programme. Il est la plateforme de communication et de débat relatifs aux activités mises en œuvre par le programme et aux résultats. Il est habilité à formuler tout avis ou recommandations jugés utiles ; avis et recommandations qui seront pris en considération par le comité de pilotage national.

Le règlement intérieur du comité fixant sa composition, le processus de désignation des membres, son rôle et son mode de fonctionnement sera rédigé avant toute constitution dudit comité.

Ces comités de pilotage régionaux doivent promouvoir, encadrer et soutenir des comités de pilotage locaux au niveau de la circonscription sanitaire, au moins à titre expérimental, dans au moins 3 circonscriptions sanitaires par gouvernorat.

Les comités de pilotage des circonscriptions sanitaires s'inspirent dans leur composition et leur fonctionnement des comités de pilotage régionaux. Ils mettent l'accent sur la bonne coordination entre les différentes parties prenantes au niveau local.

5.7. Suivi de la performance et des résultats et rapports

Le suivi technique et financier courant de la mise en œuvre de la présente action et des projets résultant d'un appel à propositions est un processus continu et fait partie intégrante des responsabilités du partenaire chargé de la mise en œuvre. À cette fin, le partenaire chargé de la mise en œuvre doit établir un système de suivi interne, technique et financier permanent pour l'action et élaborer régulièrement des rapports d'avancement (au moins une fois par an) et des rapports finaux. Chaque rapport rendra compte avec précision de la mise en œuvre de l'action, des difficultés rencontrées, des changements mis en place, ainsi que des résultats obtenus (produits et effets directs), mesurés par rapport aux indicateurs correspondants, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique. Les indicateurs relatifs aux

ODD et, le cas échéant, les indicateurs définis d'un commun accord, par exemple dans le document de programmation conjointe, devront être pris en considération.

Les rapports doivent être présentés de manière à permettre le suivi des moyens envisagés et employés et des modalités budgétaires de l'action. Le rapport final, narratif et financier, couvrira toute la période de mise en œuvre de l'action.

La Commission peut effectuer d'autres visites de suivi du projet, par l'intermédiaire de son propre personnel et de consultants indépendants directement recrutés par la Commission pour réaliser des contrôles de suivi indépendants (ou recrutés par l'agent compétent engagé par la Commission pour mettre en œuvre ces contrôles).

5.8. Évaluation

Eu égard à la nature de l'action, il sera procédé à des évaluations à mi-parcours et finale de la présente action ou de ses composantes par l'intermédiaire de consultants indépendants.

- Évaluation à mi-parcours : elle sera réalisée à des fins de résolution des problèmes et à des fins d'apprentissage, en particulier en ce qui concerne la stratégie initialement retenue, l'extension du programme, la mise en œuvre (état d'avancement), le suivi et le pilotage de l'action, ainsi que les adaptations et réorientations du programme nécessaires.
- Évaluation finale : elle sera réalisée à des fins de responsabilisation et d'apprentissage à divers niveaux (y compris pour la révision des politiques), en tenant compte en particulier du degré de mise en œuvre du processus de décentralisation en cours et des réformes du secteur de la santé.

La Commission informera le partenaire chargé de la mise en œuvre au moins 30 jours avant les dates envisagées pour les missions d'évaluation. Le partenaire chargé de la mise en œuvre collaborera de manière efficace et effective avec les experts chargés de l'évaluation, notamment en leur fournissant l'ensemble des informations et des documents nécessaires et en leur assurant l'accès aux locaux et activités du projet.

Les rapports d'évaluation seront communiqués au pays partenaire et aux autres parties prenantes clés. Le partenaire chargé de la mise en œuvre et la Commission analyseront les conclusions et les recommandations des évaluations et décideront d'un commun accord, le cas échéant en accord avec le pays partenaire, des actions de suivi à mener et de toute adaptation nécessaire et notamment, s'il y a lieu, de la réorientation du projet.

Un ou plusieurs marchés de services d'évaluation pourront être conclus au titre d'un contrat-cadre.

5.9. Audit

Sans préjudice des obligations applicables aux marchés conclus pour la mise en œuvre de la présente action, la Commission peut, sur la base d'une évaluation des risques, commander des audits indépendants ou des missions de vérification des dépenses pour un ou plusieurs contrats ou conventions.

Il est prévu qu'un ou plusieurs marchés de services d'audit pourront être conclus au titre d'un contrat-cadre.

5.10. Communication et visibilité

La communication et la visibilité de l'UE constituent des obligations légales pour toutes les actions extérieures financées par l'UE.

Pour la présente action, il y a lieu de prévoir des mesures de communication et de visibilité qui seront établies au début de la mise en œuvre, sur la base d'un plan d'action spécifique dans ce domaine.

En ce qui concerne les obligations juridiques en matière de communication et de visibilité, les mesures seront mises en œuvre par la Commission, le pays partenaire, les contractants, les bénéficiaires de

subvention et/ou les entités responsables. Des obligations contractuelles adaptées seront respectivement prévues dans la convention de financement, les marchés, les contrats de subvention et les conventions de délégation.

Le plan de communication et de visibilité de l'action ainsi que les obligations contractuelles adaptées seront établis sur la base des exigences de communication et de visibilité applicables aux actions extérieures de l'Union européenne (ou de tout document ultérieur).

Les activités de communication et de visibilité seront mises en œuvre dans le cadre du contrat d'assistance technique (Cf. 5.3.2).

6. CONDITIONS PREALABLES

Préalablement au lancement de l'appel d'offre relatif au marché de fournitures, le gouvernement de la République tunisienne s'engage à soumettre à la Délégation de l'UE, l'inventaire détaillé des besoins en équipements et matériels médicaux et para médicaux par structure sanitaire bénéficiaire.

Une fois l'appel d'offre relatif au marché de fournitures publié, le gouvernement de la République tunisienne s'engage à :

- entreprendre les travaux d'aménagement (mise aux normes des réseaux électricité et eau, etc.) et d'agencement nécessaires à l'installation des équipements et matériels dans les structures sanitaires concernées ;
- déployer progressivement le personnel nécessaire dans les différentes structures sanitaires concernées.

7. ANNEXE – MATRICE INDICATIVE DU CADRE LOGIQUE (POUR LA MODALITE DE PROJET)

Les activités, les produits escomptés et l'ensemble des indicateurs, avec leurs cibles et leurs valeurs de référence qui figurent dans la matrice du cadre logique sont fournis à titre indicatif et peuvent être mis à jour au cours de la mise en œuvre de l'action sans nécessiter la modification de la décision de financement. Quand il n'est pas possible de déterminer les produits d'une action durant la phase de formulation, des effets intermédiaires devraient être présentés et les produits définis au démarrage du programme et de ses composantes. La matrice indicative du cadre logique évoluera au cours de la durée de vie de l'action: des lignes supplémentaires seront insérées pour énumérer les activités, de même que des colonnes supplémentaires pour les objectifs intermédiaires (étapes) pour les indicateurs de produits et d'effets, s'il y a lieu, et pour suivre et rendre compte des résultats obtenus. Notez aussi que les indicateurs devraient être désagrégés par sexe quand il y a lieu. A noter par ailleurs que la matrice sera éditée au plus tard au 31 décembre 2020. L'accent sera mis en particulier sur les indicateurs considérés comme étant les plus pertinents, appropriés et utiles, et nécessitant une gestion, et un coût, raisonnables. Le ministère de la santé, l'assistance technique, les acteurs de la société civile et les services concernés par la nature de l'action à Bruxelles seront particulièrement impliqués dans le processus de révision de la matrice.

	Chaîne des résultats : principaux résultats attendus	Indicateurs	Valeurs de référence (année de référence)	Cibles (année de référence)	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
Impact (objectif général)	Accompagner la Tunisie dans l'amélioration des conditions de vie en bonne santé et la promotion du bien-être de tous et à tout âge	Réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des MNT et promouvoir la santé mentale et le bien être (ODD3.4)	82% décès imputables aux MNT (2012)	Réduction d'un tiers	OMS	
		Taux de mortalité maternelle (pour 100 000)*	44,8	35 (2024)	SIS/MS	
Effet(s) direct(s) [Objectif(s) spécifique(s)]	Améliorer la performance du système de santé en Tunisie, en particulier en termes de services de première ligne, de surveillance, d'urgence, de télémédecine et de prise en charge, familiale, communautaire et hospitalière	% de couverture pour les cinq consultations pré-natales*	85% (MICS4)	93% (2024)	MICS	La stabilité politique, sociale et macroéconomique est préservée et permet la mise en œuvre du plan de développement 2016-2020.
		Nombre de naissances assistées par un personnel de santé qualifié **	98,6 (MICS4)	99,5 (2024)	MICS	
		Taux de fumeurs, désagrégé par sexe, ayant arrêté de fumer pendant au moins 6 mois parmi les patients pour sevrage*	20 (2016)	26 (2024)	PAP	

Produits	Résultat 1 : La qualité des services de santé de première ligne est améliorée	Taux d'hôpitaux de circonscription dont le délai d'attente aux urgences et aux consultations externes ne dépassent pas deux heures*	9 (2016)	60 (2024)	PAP	Du personnel qualifié est affecté dans les salles d'urgence, les laboratoires et radiologie, 24/24heures, dans les HC appuyés.
		Taux des hôpitaux de circonscription et de CSB qui ont instauré une brochure d'accueil et des mécanismes de mesure de la satisfaction des malades.*	40	100(2024)	PAP	
	Résultat 2 : L'accessibilité des services de santé de première ligne est améliorée	Augmentation de la fréquentation des structures appuyées, ventilée par sexe	A définir, enquête de référence	10% la 1 ^{ère} année puis 20%	Registre des CSB et HC	Le MS équipe les structures de 1 ^{ère} ligne de clés permettant la connexion desdites structures au réseau very high speed digital subscriber line (VDSL)/ligne d'abonné de très haute vitesse qui sera mis en place par Tunisie Telecom dans les structures sanitaires publiques
		Nombre de campagnes de sensibilisation par la société civile ventilées par thème.	--	A définir par l'AP	Rapports suivi subventions	
		Nombre de personnel médical, désagrégé par niveau et par sexe, formé sur l'égalité des genres par an, et rapportant des changements dans leurs manières de travailler**	--	50% (2024)	Rapport suivi de formations	
		Nombre de femmes (15-49) qui utilisent une forme de contraception** (Taux de prévalence contraceptive*)	Taux de 62,5% (2012)	63%(2024)	PSDS	
	Résultat 3 : Une plus grande décentralisation de la gestion des structures sanitaires permet un fonctionnement plus rationnel, efficace et efficient du système de santé de première ligne	Nombre de personnel ayant participé aux cycles de formation *, ventilé par sexe	750 (2016)	2600(2024)	PAP	Les réformes initiées se poursuivent.
		Taux d'hôpitaux ayant préparé un projet d'établissement contenant un plan directeur et un plan de rééquilibrage financier*	10	90 (9 fois plus)	PAP	Le gouvernement poursuit le processus de décentralisation engagé.

	Résultat 4 : Une nouvelle gouvernance locale dans le secteur de la santé est mise en place	<p>Nombre de réseaux OSC spécialisées dans le secteur de la santé opérationnels</p> <p>Nombre de cadre de concertation et de coopération multi sectoriels et multi acteurs opérationnels</p> <p>Nombre de partenariat secteur public – secteur privé promus</p>	<p>0 (2016)</p> <p>0 (2016)</p> <p>0 (2016)</p>	<p>14 (2024)</p> <p>14 (2024)</p> <p>14 (2024)</p>	<p>Rapports AT, Médias, Réseaux sociaux, OSC, Rapports de séminaires</p>	<p>Les élections locales sont organisées et les conseils municipaux démocratiquement élus.</p> <p>Le rôle et les prérogatives de chaque acteur sont reconnus et respectés.</p> <p>Les acteurs locaux étatiques et non étatiques sont dynamiques et réceptifs à l'approche gouvernance locale.</p>
	Résultat 5 : La digitalisation des hôpitaux régionaux est améliorée	<p>Nombre d'hôpitaux régionaux dont la digitalisation est améliorée</p> <p>Nombre et type de services dont la digitalisation est améliorée</p>	<p>0 (2020)</p> <p>0 (2020)</p>	<p>24 (2024)</p> <p>4 (2024)</p>	<p>Rapports du gouvernement, Rapports AT (dont évaluation pré- et post-intervention), Médias, Réseaux sociaux, OSC.</p>	<p>Le câblage et la connexion sont assurés par le gouvernement tunisien</p> <p>Le financement des hôpitaux régionaux est assuré par le gouvernement tunisien</p>
	Résultat 6 : Les services de surveillance et d'urgence des trois lignes de soins sont améliorés	<p>Nombre de services d'urgence dont la gestion est améliorée</p> <p>Types de services d'urgences dont la gestion est la plus améliorée</p> <p>Système de surveillance de maladies transmissibles amélioré</p>	<p>0 (2020)</p> <p>0 (2020)</p> <p>Recommandations du Rapport RSI JEE 2016</p>	<p>60 (2024)</p> <p>2 (2024)</p> <p>Application d'au moins 3 recommandations clefs (2022)</p>	<p>Rapports et statistiques du MS, Rapports AT (dont évaluation pré- et post-intervention), Médias, Réseaux sociaux, OSC</p>	<p>Les moyens financiers, humains et techniques pour la mise en œuvre des systèmes de surveillance et des services d'urgences sont disponibles</p>

«*» indicateurs correspondant à ceux du document de programmation pertinent.

«**» indicateurs correspondant à ceux du cadre de résultats de l'UE.