



## ANNEXE 2

de la décision d'exécution de la Commission relative au programme d'action annuel 2016 partie II en faveur de la Tunisie

### Document relatif à l'action pour le

### « Programme d'appui au secteur de la santé en Tunisie »

#### INFORMATIONS A L'INTENTION DES DEMANDEURS DE SUBVENTION POTENTIELS

#### PROGRAMME DE TRAVAIL RELATIF AUX SUBVENTIONS

Le présent document constitue le programme de travail relatif aux subventions au sens de l'article 128, paragraphe 1, du règlement financier (UE, Euratom) n° 966/2012, aux sections suivantes en ce qui concerne les appels à propositions: 5.3.1.

<b>1. Intitulé/acte de base/numéro CRIS</b>	<b>Programme d'appui au secteur de la santé en Tunisie</b> Numéro CRIS : ENI/2016/039-819 financé par l'instrument européen de voisinage (IEV)	
<b>2. Zone bénéficiaire de l'action/localisation</b>	<b>Tunisie</b>	
<b>3. Document de programmation</b>	Cadre unique d'appui de l'UE à la Tunisie 2014-2016	
<b>4. Secteur de concentration/domaine thématique</b>	Hors secteur de concentration	Aide Publique au Développement : OUI
<b>5. Montants concernés</b>	Coût total estimé : 20 500 000 EUR Montant total de la contribution du budget de l'UE: 20 000 000 EUR (financés dans le cadre du programme faitier). La présente action est cofinancée par des bénéficiaires de subvention potentiels pour un montant indicatif de 500 000 EUR	
<b>6. Modalité(s) d'aide et modalité(s) de mise en œuvre</b>	Modalité de projet Gestion directe – passation de marchés de services et de fournitures ; subventions - appel à propositions.	

<b>7. a) Code(s) CAD</b>	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>b) Principal canal de distribution</b>	Canal 1 (code 10000) : Secteur public Canal 2 (code 20000) : Société civile			
<b>8. Marqueurs (issus du formulaire CRIS CAD)</b>	<b>Objectif stratégique général</b>	<b>Non ciblé</b>	<b>Objectif important</b>	<b>Objectif principal</b>
	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 hommes et femmes (y compris le rôle des femmes dans le développement)	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	Développement du commerce	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Santé génésique, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	<input type="checkbox"/>	X	
	<b>Marqueurs de Rio</b>	<b>Non ciblé</b>	<b>Objectif important</b>	<b>Objectif principal</b>
	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"/>
<b>9. Programmes phares thématiques «Biens publics mondiaux et défis qui les accompagnent»</b>				
<b>10. ODD</b>	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 » ODD 10 « Réduire les inégalités dans les pays (et d'un pays à l'autre) »			

## 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<sup>ème</sup> 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. Enfin, 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.

Le Plan d'action 2013-2017 du Partenariat privilégié signé entre le Tunisie et l'Union européenne (UE) liste 10 priorités dans le domaine de la santé, dont au moins deux d'entre elles répondent spécifiquement au contexte et objectifs nationaux rappelés ci-dessus :

(i) Promouvoir la **réforme du secteur de la santé** favorisant l'amélioration de la performance et la réduction des disparités interrégionales et la mise en place d'un dispositif de qualité du système sanitaire tunisien ;

(ii) Promouvoir les démarches visant une meilleure **équité d'accès à des soins de qualité**, la mise en œuvre d'un plan d'aménagement, de rénovation et de réorganisation hospitalière (carte sanitaire, études de programmation médicale, architecturale et de Haute qualité environnementale et financement des plans d'investissement).

Ce programme d'appui au secteur de la santé 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 ciblent tous deux 13 régions dites prioritaires.

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 ».

L'**objectif spécifique** est d' « améliorer la performance du système de santé de première ligne dans les gouvernorats de Jendouba, El Kef et Siliana (pôle nord-ouest), Kasserine, Sidi Bouzid et Gafsa (pôle centre-ouest), Gabes, Kebili et Médenine (pôle sud), Tunis Sud, Douar Hicher et Ettadhamen (pôle péri-urbain du Grand Tunis) ».

Les quatre **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.

# 1 CONTEXTE

## 1.1 Contexte national

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 à l'automne 2014 ont été des étapes majeures dans la mise en place de nouvelles institutions démocratiques. Le gouvernement nommé à l'issue de ces élections législatives a été désavoué par l'Assemblée des représentants du peuple (ARP) le 30 juillet 2016 et contraint à la démission. Il va appartenir au nouveau gouvernement, qui a reçu l'investiture de l'ARP le 26 août, et à son nouveau chef, M. Youssef Chahed, de poursuivre l'action gouvernementale entreprise pour répondre aux défis économiques, sociaux et sécuritaires auxquels la Tunisie doit faire face. Au cours des cinq dernières années, le contexte politique national post-révolutionnaire, l'instabilité régionale et la crise économique en Europe ont fortement affecté les performances socio-économiques de la Tunisie. En 2015, le taux de croissance du produit intérieur brut (PIB), revu à la baisse plusieurs fois au cours de l'année suite aux attentats du Bardo (mars 2015), Sousse (juin 2015) et Tunis (novembre 2015) qui ont eu des répercussions très élevées sur le secteur du tourisme (qui représente 7 à 8% du PIB, 400.000 emplois directs et 20% des recettes en devises), s'élevait à peine à 0,8% (contre 2,4% en 2014), les investissements directs étrangers régressant de 21% par rapport à 2012. Ces niveaux sont insuffisants pour diminuer significativement le chômage, lequel s'élevait en 2015, à 15,4%<sup>1</sup> de la population active, avec un taux de chômage affectant particulièrement les jeunes diplômés (31,2%) et les femmes (22,6%)<sup>2</sup>. Le déficit budgétaire atteignait 4,8% du PIB en 2015, portant la dette publique à 51,9%<sup>3</sup> du PIB. En outre, la Tunisie continue à faire face à d'importantes disparités socioéconomiques et régionales. Selon la note d'orientation stratégique, «une personne sur 6, vit sous le seuil de pauvreté»<sup>4</sup>. Le taux de chômage élevé a été un des éléments qui a joué un rôle de catalyseur dans la révolution de 2011, en particulier chez les jeunes, qui n'ont pas profité de la croissance relativement soutenue des deux dernières décennies. Bien que la Tunisie soit l'un des pays les plus avancés de la région, la sous-utilisation de femmes qualifiées sur le marché du travail reste également un sujet de préoccupation.

Par ailleurs, les régions de l'intérieur et du sud souffrent de disparités régionales anciennes, constitutives d'une "fracture territoriale" (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) imputables au moins autant à l'absence de gouvernance et de pouvoir régional qu'à la pauvreté. La situation est génératrice de risques : contrebande et commerce informel en tous genres avec la Libye et l'Algérie, troubles sociaux récents (janvier 2016), aggravation de la menace sécuritaire (le pays ayant connu trois attentats majeurs en 2015, et une attaque armée au sud, à Ben Guerdane, en mars 2016). Dans l'immédiat, le principal défi du gouvernement est de garantir la paix sociale et la sécurité, conditions préalables au rétablissement de l'activité économique et au retour de la croissance. Le gouvernement cherche également à établir un environnement favorable à des réformes structurelles, qui permettrait, entre autres objectifs, de réduire le chômage et les disparités régionales, d'introduire des formes de gouvernance participative, et d'améliorer les conditions de vie dans l'ensemble du pays.

---

<sup>1</sup> Institut national de la statistique, enquête nationale sur la population et l'emploi du 4<sup>ème</sup> trimestre 2015.

<sup>2</sup> Institut national de la statistique, enquête nationale sur la population et l'emploi du 4<sup>ème</sup> trimestre 2015.

<sup>3</sup> Ministère des finances.

<sup>4</sup> Synthèse de la note d'orientation du plan stratégique de développement 2016-2020.

### **1.1.1 Évaluation de la politique publique et cadre stratégique de l'UE**

#### **1.1.1.1 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), était, en date du 4 août 2016, toujours en cours de validation (approbation parlementaire à venir). Les grandes lignes du PSDS se déclinent 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 de très près 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).

#### **1.1.1.2 Identification des opportunités et des défis, appropriation locale de la politique**

Ce dialogue sociétal 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 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 citoyens<sup>5</sup> ; 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 blanc<sup>6</sup> et d'en assurer l'appropriation par tous les acteurs de la société.

Ce 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.

---

<sup>5</sup> 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.hiwaraha.tn/upload/1409232944.pdf>

<sup>6</sup> "Propositions soumises à la conférence nationale de la santé" (Livre blanc): <http://www.hiwaraha.tn/upload/1409228805.pdf>

### 1.1.1.3 Ressources nationales mobilisées pour le secteur

Le ministère de la santé doit bénéficier pour 2016 d'un budget de 1,751 milliard de TND sur un budget global de 29,15 milliards de TND, soit 6% du budget de l'Etat. Ce budget progresse certes de 9,5% par rapport à 2015 (1,599 milliard de TND) mais il convient de constater que (i) la part du budget sectoriel santé n'est pas du niveau observé au cours de la période 2010 à 2014, qui était de plus de 7%, (ii) la masse salariale représente 70% du budget, et que (iii) l'augmentation relative par rapport à 2015 est absorbée en grande partie par les augmentations de salaires qui ont été programmées pour les fonctionnaires de l'Etat en janvier et juillet 2016. Par ailleurs, lors du débat général visant l'adoption du budget 2016 du ministère de la santé, les députés ont appelé à la nécessité de réviser la carte sanitaire nationale afin de réduire les inégalités entre les régions, notamment les régions intérieures, et à renforcer le secteur de la santé. Or, la part du budget réservée aux investissements ne dépassera pas 30% du budget pour 2016.

Enfin, 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.

### 1.1.1.4 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 2013<sup>7</sup>. 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. Cent huit HC en Tunisie représentent le premier accès aux consultations internes avec une capacité litière 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.

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.

---

<sup>7</sup> Carte sanitaire 2013.

### 1.1.1.5 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 disponible<sup>8</sup> 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 (67 pour 100 000 NV) dans la région du Nord-Ouest. Aussi cet objectif du millénaire pour le développement (OMD 5) n'a toujours pas été atteint en Tunisie. Notons que selon le ministère de la santé, le TMM est assez stable depuis ces dernières années mais les cas de mortalité maternelle sont beaucoup plus reportés par les médias, laissant croire à la population 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%<sup>9</sup>, reste encore assez faible, laissant dénoter 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 2008<sup>10</sup>, 3,8% d'entre eux 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 durant les 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)<sup>11</sup> 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 PIB<sup>12</sup>. D'autre part, malgré un accès aux services d'eau potable et d'assainissement d'un niveau très appréciable (96% de la population tunisienne utilise une source d'eau améliorée), cette proportion est marquée de disparités entre milieu 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

---

<sup>8</sup> UNICEF, Enquête nationale sur la mortalité maternelle en 2009.

<sup>9</sup> MICS4.

<sup>10</sup> Tunisia, Ministry of health, Global School-based Student Health Survey, fact sheet, 2008. <http://www.who.int/chp/gshs/tunisia/en/> consulté le 7 août 2016.

<sup>11</sup> NosoTun 2012.

<sup>12</sup> République tunisienne, Ministère du Développement, de l'Investissement et du Développement International, Plan de développement 2016-2020, juin 2016.

transformation des phosphates ou l'industrie des matériaux de construction. La pollution du littoral de Gabès et de Sfax en est témoin et pose de très sérieux problèmes de santé publique.

#### 1.1.1.6 Cadre stratégique de 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 2013-2017 et plus particulièrement dans le cadre du « Plan d'Action pour un partenariat privilégié » (2013-2017) signé le 17 mars 2015 et en lien avec le document de programmation Cadre unique d'appui 2014-2016. Le plan d'action détaille au pilier 2 « Développement de la coopération dans le domaine de la santé » du volet C « Dimension humaine et scientifique : rapprochement entre les peuples », les actions prioritaires de coopération à mener pour améliorer la qualité du secteur de la santé tunisien. Deux de ces priorités, en particulier, méritent d'être rappelées :

1. Promouvoir la réforme du secteur de la santé favorisant l'amélioration de la performance et la réduction des disparités interrégionales et la mise en place d'un dispositif de qualité du système sanitaire tunisien
2. Promouvoir les démarches visant une meilleure équité d'accès à des soins de qualité, la mise en œuvre d'un plan d'aménagement, de rénovation et de réorganisation hospitalière (carte sanitaire, études de programmation médicale, architecturale et de haute qualité environnementale et financement des plans d'investissement).

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.

#### 1.1.2 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. Il pourrait être souhaitable que le MDICI, en collaboration avec le ministère de la santé, soit plus proactif en termes de 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 le paragraphe 1.1.3.3, les services régionaux de santé démontrent un réel dynamisme et une collaboration intersectorielle et multi acteurs productive. Au niveau central, la coordination interservices au sein du

ministère gagnerait par ailleurs à être renforcée, pour une efficacité accrue de chaque service/direction/programme, ainsi que de l'action globale du ministère.

La direction de l'hygiène du milieu et de la protection de l'environnement (DHMPE) au sein du MS 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 de la 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 si ce n'est allégée, du moins optimisée, grâce à une meilleure prise en charge des urgences au niveau des hôpitaux de circonscription.

Le ministère de l'environnement (MEnv) sera impliqué essentiellement sur la composante des déchets des activités sanitaires (DAS) mais aussi, de façon plus générale, sur tout ce qui touche à l'impact environnemental généré par divers activités, produits, médicaments et équipements, et la gestion. Ceux-ci, en particulier lorsqu'ils ont été utilisés et/ou sont périmés/hors d'usage. Il est clair qu'une collaboration plus étroite et efficace entre le MEnv et le MS doit être mise en place à ce sujet, en particulier pour aider les régions et les circonscriptions sanitaires pour gérer leurs déchets de tout type, de façon efficace et économique.

Une collaboration renouvelée et plus dynamique entre le ministère de la femme, de la famille et de l'enfance (MFFE) et le MS devra aussi être mise en place, en particulier concernant la prévention et la gestion de la violence basée sur le genre, mais aussi pour les campagnes d'information/sensibilisation et la gestion des données relatives à la santé maternelle et infantile.

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 représentent 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 dans la zone d'intervention ciblée, gagneraient à être appuyés et mobilisés de façon structurée dans le cadre du programme proposé. Ceci permettrait une mise en œuvre plus efficace au niveau local 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. Il est à noter que cette implication de la société civile locale pourra se faire d'autant plus facilement qu'elle s'appuiera sur le travail et les mécanismes de consultations mis en place au niveau régional depuis 2013 par le processus du dialogue sociétal.

De plus, les opérateurs du secteur privé de la santé qui fournissent du reste 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 au niveau 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.

Les partenaires techniques et financiers (PTF) de la Tunisie interviennent essentiellement sous forme de projets spécifiques et sans véritable coordination à la fois sur les plans stratégiques et techniques. Cependant, si parfois les intérêts peuvent diverger entre partenaires de la santé, le dialogue sociétal fonctionne, en ce sens qu'il crée un consensus autour de l'intérêt général, des missions dévolues au système de santé, ainsi que de la définition et de la mise en œuvre des politiques publiques. Ce programme d'appui, en raison même des thèmes qu'il entend soutenir, en particulier au niveau de la gouvernance et de la décentralisation, devrait permettre de renforcer la dynamique naissante de coordination et de concertation des PTF.

Les autorités locales élues ont de par la Loi 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 attributions<sup>13</sup>, et (ii) en tant que membre du conseil d'administration chargé d'administrer l'établissement public de santé<sup>14</sup>. 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, après la tenue des élections locales prévues à l'automne 2017, ces autorités locales devraient recouvrer pleinement 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 et le Livre blanc, seront les bénéficiaires finaux du programme d'appui. Tous les types de populations étant ciblés par le programme, une attention particulière sera cependant apportée 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, d'autant plus en milieu rural, un impact négatif sur l'accès à des services de santé dont ils auraient besoin.

### ***1.1.3 Domaines d'appui prioritaires/analyse des problèmes***

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

---

<sup>13</sup>Décret n° 2010-1668 du 5 juillet 2010, fixant les attributions et l'organisation des directions régionales de la santé publique.

<sup>14</sup>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.

### 1.1.3.1 Qualité des services

La Tunisie a connu dès l'avènement des soins de santé de base au début des années 1980 une extension considérable des structures de soins de la 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 une préoccupation majeure au niveau des structures de première ligne.

L'Instance Nationale d'Accréditation en Santé (INASanté), 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 récemment 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. Ensuite, le traitement des dispositifs médicaux, 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 06 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 déchets des activités sanitaires (DAS).

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 pour que le traitement des dispositifs médicaux thermostables soit conforme aux procédures en cours. De même, pour la désinfection des surfaces par voie aérienne on utilise des désinfectants toxiques pour l'environnement (formaldéhyde) qui sont donc aussi à remplacer.

Des politiques et programmes de prévention du risque infectieux restent encore à définir dans la plupart des structures sanitaires publiques et le personnel à 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.

Pourtant, 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 refusent 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<sup>ère</sup> 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 textes<sup>15</sup> 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 où le taux de transfert est 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. Il 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. De plus, les équipements sont en général insuffisants ou obsolètes et mal répartis entre les structures et les médicaments prescrits souvent non disponibles. Tout ceci impacte négativement sur la qualité de l'offre de soins et doit être adressé en priorité.

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 mis en place devrait avoir un impact positif sur la qualité de l'offre de soins et devra être suivi avec attention.

#### 1.1.3.2 Accessibilité des services de santé

62% des centres de santé de base ne sont ouverts qu'un à deux jours par semaine, et sur une plage horaire très limitée (uniquement 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 ci-dessus expliqués, il est observé un faible taux d'occupation de la première ligne et donc une surcharge de la seconde et troisième ligne. Cette affluence de consultations compromet l'accès et la qualité de ces services spécialisés.

La répartition des médecins spécialistes est particulièrement inéquitable avec une concentration de ceux-ci sur le littoral diminuant 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 troisième ligne et destinées à être renouvelées au niveau de la 1<sup>ère</sup> 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<sup>ère</sup> 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 population de 550 000 habitants. A titre de comparaison, la région de Siliana comprend huit CS pour

---

<sup>15</sup> Article 12 du titre II de la loi n°91-63 du 29 juillet 1991.

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 cette 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 échanger une prise de rendez-vous dans un délai correct contre différents types de biens.

### 1.1.3.3 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 et en particulier ceux pouvant contribuer à la promotion 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 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 permettent 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 de longues ruptures de stocks, trop faiblement compensées par de peu efficaces commandes d'urgence ; 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.

### 1.1.3.4 Gouvernance locale

La problématique de gouvernance locale est indissociable du concept de décentralisation. Elle reflète i) 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 et sur ii) 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 recensées sont :

#### Des autorités locales élues absentes du système

Comme indiqué au paragraphe 1.1.2, actuellement, nous sommes dans une situation transitoire où, tous les conseils régionaux et les communes ont été dissous. Cependant, cette situation ne devrait pas perdurer, et dès la tenue des élections, prévues à l'automne 2017, ces autorités locales devraient 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 prévoir des mesures de renforcement des compétences des autorités locales élues.

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

En effet, à l'heure actuelle, la société civile tunisienne n'occupe pas la place et ne joue pas le rôle qui devrait être le sien. Il est vrai qu'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 entre acteurs, manque de confiance) et (b) une « monopolisation » du débat par les organisations partenaires traditionnels 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, car elle a un rôle important à remplir dans la gouvernance du système surtout lorsqu'il s'agit de rapprocher les soins de santé du citoyen et d'adapter les services aux besoins, aux préférences et aux 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 »<sup>16</sup>.

#### Des secteurs public et privé peu enclins à coopérer

La complémentarité entre le secteur public et le secteur privé est quasi inexistante. L'évocation du « secteur privé » et de sa contribution à l'amélioration du système de santé apparaît comme étant un sujet sensible et la définition d'actions de promotion d'un quelconque partenariat comme un challenge. 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 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 inexistants.

---

<sup>16</sup> Livre blanc, chantier 8, Orientation 5.

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.

## 2 RISQUES ET HYPOTHESES

Catégorie de risque	Niveau de risque	Mesures d'atténuation
<p><b>Politique</b></p> <p>La menace terroriste intérieure et les tensions régionales (Lybie) pourraient déstabiliser le pays sur les plans social et politique.</p>	Elevé	<p>Soutien communauté internationale.</p> <p>La modernisation des services de l'Etat en régions devrait contribuer à améliorer les dispositifs de prévention.</p>
<p><b>Macroéconomique</b></p> <p>La stabilité du cadre macroéconomique pourrait être affectée par (i) l'absence de croissance notamment dans les secteurs du tourisme (insécurité) et des mines (revendications sociales et syndicales), (ii) les risques de récession mondiale et (iii) la détérioration de la situation budgétaire (déficit et structure de la dépense).</p>	Moyen	<p>Soutien des PTF : Fonds monétaire international (FMI), BM, Banque africaine de développement (BAD) et UE.</p> <p>Mise en œuvre de l'axe 2 « soutien au secteur du tourisme » du cinquième programme d'appui à la relance (PAR V<sup>17</sup>) financé par l'UE.</p> <p>Programme d'appui à la modernisation de l'administration et des entreprises publiques sur financement UE.</p>
<p><b>Gestion des finances publiques</b></p> <p>La stratégie de réformes engagée devrait se poursuivre avec comme « préalable » l'adoption par l'ARP de la nouvelle Loi organique du budget.</p>	Faible	<p>Mise en œuvre de l'axe 1 « réformes des finances publiques » du PAR V.</p>
<p><b>Corruption/Fraude</b></p> <p>Malgré les progrès accomplis, les indicateurs de mesure de la perception de la corruption restent en dessous de la moyenne. Des réformes sont à entreprendre notamment au niveau du service des douanes.</p>	Moyen	<p>Nouveau ministère de la Fonction publique, la gouvernance et la lutte contre la corruption créée en janvier 2016. Instance de la bonne gouvernance et de lutte contre la corruption en création (projet de loi).</p> <p>Programme d'appui à la modernisation de l'administration publique sur financement UE en préparation.</p>
<p><b>Développement</b></p> <p>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</p>	Moyen	<p>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</p>

<sup>17</sup> Programme d'appui à la relance (PAR).

manque d'adhésion et de mobilisation des principales parties prenantes.		secteur de la santé
<b>Hypothèses</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La stabilité politique, sociale et macroéconomique est préservée et permet l'adoption et la mise en œuvre du plan de développement 2016-2020.</li> <li>▪ L'adhésion et la mobilisation des principales parties prenantes permettent une mise en œuvre efficace de la réforme et des politiques sectorielles.</li> <li>▪ Les acteurs ont les capacités nécessaires pour mettre en œuvre les politiques dans le cadre d'un système de gouvernance rénové et pertinent.</li> <li>▪ Les réformes initiées se poursuivent et celles qui seront identifiées dans le cadre du processus de modernisation de l'administration publique seront engagées.</li> <li>▪ Le ministère équipe les structures de 1<sup>ère</sup> 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.</li> </ul>		

### 3 ENSEIGNEMENTS TIRES, COMPLEMENTARITE ET QUESTIONS TRANSVERSALES

#### 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 finance la construction de 13 centres médicaux intermédiaires proposant une large offre de soins et la réhabilitation de 60 centres de santé de base. Ces travaux ont 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 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 ORL, etc.). Le PAZD2 comporte 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. Enfin, il est important de noter que, outre une amélioration de l'accès aux services de santé proprement dits, ces deux programmes, en grande partie via la composante construction/rénovation, mais aussi pour tout ce qui concerne la maintenance à moyen et long terme des véhicules, équipements et bâtiments, participe à la dynamisation de l'économie locale dans les 13 gouvernorats ciblés. Une évaluation externe du PAZD2, prévue début 2017, permettra de tirer des enseignements qui seront utiles pour la mise en œuvre du présent programme, en particulier concernant le redéploiement du personnel dans les gouvernorats.

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 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.

Enfin, il est important de rappeler que 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 dialogue sociétal (organisé dans le cadre d'un projet financé par l'UE).

Par ailleurs, une quinzaine de PTF interviennent dans le domaine de la santé. L'efficacité de l'aide devrait être améliorée par une meilleure coordination et l'organisation d'un groupe thématique spécifique à la santé. 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.

### **3.2 Complémentarité, synergie et coordination des donateurs**

Le programme a été réalisé en prenant en compte de 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 208 circonscriptions sanitaires comprenant en 1<sup>ère</sup> ligne, 2 104 CSB, et 109 HC.
- Cohérence avec d'autres programmes de l'UE financés 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 soutient l'INASanté dans sa mission d'accréditation au niveau d'hôpitaux publics et de cliniques privées. Aussi, ce programme d'appui au secteur de la santé s'inscrit dans la continuité de ces appuis en visant ici l'accompagnement des structures sanitaires de première ligne dans la démarche qualité.
- Cohérence et synergies avec d'autres programmes de l'UE financés dans les mêmes gouvernorats. 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 en fonction des PTF, le programme s'appuiera systématiquement sur les synergies existantes, qu'elles soient thématiques ou régionales. Sur la base de la très bonne collaboration entre l'UE et l'OMS depuis le lancement en 2012 du programme de partenariat pour la couverture sanitaire universelle, une coordination élargie et plus structurée des PTF devrait être mise en place.
- Cohérence avec la feuille de route de l'UE pour l'engagement avec la société civile en Tunisie, pour la période 2014-2017. Synergie, donc, avec les autres soutiens des acteurs de la société

civile financés par l'UE, que ces soutiens soient structurels ou thématiques. L'accent sera mis sur l'optimisation de l'engagement constructif de la société civile au niveau local et régional dans ce programme.

- 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.

Ainsi, le choix des neuf gouvernorats ciblés par ce programme, qui font parties des 13 régions ciblées par le PAZD2 et le PAR2, s'appuie sur la nécessaire complémentarité et l'optimisation des ressources investies, en particulier via 3 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) d'un montant de 43 millions d'EUR (2016-2019) 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. Les objectifs spécifiques et les résultats attendus sont organisés selon les trois axes d'intervention suivants : (i) soutien aux processus de décentralisation et de déconcentration, (ii) stratégies intégrées de développement régional (testées dans huit régions pilotes : Bizerte, Jendouba, Sidi Bouzid, Sfax, Gabes, Médenine, Gafsa, Kasserine.) et (iii) développement et rationalisation des outils de financement des investissements à caractère régional et local.
- L'Initiative régionale d'appui au développement économique durable (IRADA) d'un montant de 32 millions d'EUR (2016-2019) vise les mêmes régions que ci-dessus. Le Programme contribuera à la mise en œuvre du premier secteur de concentration contenu dans le Cadre unique d'appui (CUA) de l'UE à la Tunisie (2014-2016) qui vise à appuyer les réformes socio-économiques pour la croissance inclusive et l'emploi, et du troisième secteur de concentration qui vise le développement régional et local durable. Ces projets par leur exemplarité, pourront par la suite contribuer à la formulation des politiques nationales de développement socio-économique et à ce qu'une gouvernance régionale du dispositif de Formation Professionnelle/Emploi (FPE) soit opérationnelle.
- L'Initiative pilote de développement local intégré d'un montant de 60 millions d'EUR (en cours d'adoption). Le programme se propose de circonscrire ses interventions dans quatre régions (Jendouba, Kasserine, Gafsa et Tataouine), pour favoriser la concentration et les synergies des interventions de l'Union européenne, principalement avec les régions ciblées par les programmes IRADA et CAP2D. S'y joint, en cohérence avec la philosophie de développement et de lutte contre les disparités régionales, l'option pour des régions défavorisées. L'inscription dans un processus de décentralisation conduit à placer l'emphase sur les communes, structures de base avec une conséquence notable : le développement sera abordé et appuyé sous l'angle du développement local.

Ce programme pourrait également être mis en synergie avec les interventions, en cours ou récentes, des autres PTF. En particulier :

- Le projet de gestion des déchets d'activité de soins (DAS) mené par l'ANGED et financé par la Banque Mondiale depuis 2013. Couvrant initialement les structures de santé jusqu'à l'hôpital de circonscription dans 12 régions, ce projet doit être étendu à l'ensemble du territoire en 2017.
- Un appui au renforcement de la maîtrise des risques sanitaires et environnementaux en faveur de l'ANCSEP (France – Pays-Bas).

- La santé maternelle et néo-natale (UNICEF, OMS et le Fonds des Nations Unies pour la population, FNUAP), santé communautaire (BM), grâce au renforcement du système de santé de 1<sup>ère</sup> ligne.
- L'évaluation des besoins en ressources humaines (financée par la BAD) par le renforcement des capacités décentralisées du système de santé dans leur gestion ;
- La prise en charge des femmes et des enfants victimes de violence grâce à la gouvernance locale développée [ONU, Office national de la famille et de la population (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 organisations de la société civile du secteur santé, le futur programme pourra être complémentaire et capitaliser sur les soutiens antérieurs ou en-cours de l'UE en la matière, et principalement :

- Le dialogue sociétal financé par l'UE et piloté par l'OMS a permis à un nombre conséquent de représentants de la société civile au sens large du terme, de s'exprimer sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé et devrait permettre dans le futur aux dits représentants d'être associés au suivi de la mise en œuvre de la réforme et à son évaluation périodique (2016-2018).
- Un projet mené par le Réseau Euro-Méditerranéen des Droits de l'Homme (REMDH) dont l'un des objectifs est de créer et organiser des espaces de dialogue entre la société civile, les instances de l'UE et les structures gouvernementales tunisiennes autour de thématiques clés de la Tunisie et de l'UE portant sur 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 est 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 (PASC) a pour but de renforcer les capacités opérationnelles des OSC tunisiennes afin qu'elles soient en mesure de jouer leur rôle dans le cadre du développement en Tunisie, en particulier au niveau local et régional (2012-2016).
- Initialement conçu comme un projet, Jamaity.org se veut être une plateforme associative, interactive et participative ayant pour missions de i) collecter et diffuser les informations concernant les associations et les PTF et de ii) favoriser le réseautage et la communication entre les associations, les autorités gouvernementales et locales et les PTF (2014-2016).

Il convient de signaler qu'un groupe de coordination G7+ a été mis en place pour travailler d'une façon coordonnée sur les réformes socio-économiques et de gouvernance. Une coordination accrue concernant les projets d'infrastructures sociales devra être assurée lors de la mise en œuvre de ces réformes.

### 3.3 Questions transversales

#### **La contribution du programme au genre.**

Elle sera directe par l'intervention de la société civile qui sensibiliserait en particulier les médias, les décideurs et les personnels de santé de première ligne au diagnostic et à la prise en charge concertée des victimes de violences basées sur le genre (VBG). L'approche pluridisciplinaire permettra d'accompagner les victimes qui seraient volontaires dans les démarches auprès des autorités, dans le respect de la confidentialité. La formation des personnels de santé au diagnostic et à la prise en charge médicale des victimes, comme à l'approche inter-sectorielle concertée, en lien avec un accompagnement social et juridique permettront d'assurer la complémentarité des interventions et intervenants, dans le respect des droits de la personne, en particulier de la confidentialité. L'action du ministère de la santé, via cette intervention, pourrait ainsi jouer 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 sera 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 œuvrera également plus particulièrement envers l'amélioration de l'accès et de la qualité des services concernant la santé maternelle et infantile.

**La 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 internationale des droits de l'homme et dans l'article 38 de la constitution tunisienne de janvier 2014.

**La contribution du programme à l'environnement.** Le programme, dont le volet hygiène ciblé sur le traitement des déchets d'activités de soins, pourrait avoir un impact positif sur l'environnement. Il améliorerait également l'environnement des activités de santé et la sécurité sanitaire des patients. Le programme contribuerait aussi à l'éducation environnementale des communautés. Aussi, il conforterait indirectement la stratégie conjointe ministère de la santé-ministère de l'environnement et du développement durable en matière d'environnement.

**La bonne gouvernance** 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 et de transparence.

## 4 DESCRIPTION DE L'ACTION

### 4.1 Objectifs/résultats

Ce programme d'appui au secteur de la santé s'inscrit dans l'Agenda 2030 pour le développement durable et contribue principalement à atteindre progressivement les cibles de l'objectif de développement durable (ODD) 3<sup>18</sup> « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », mais il favorise aussi les progrès vers l'obtention de l'ODD 10<sup>19</sup> « Réduire les inégalités dans les pays (et d'un pays à l'autre) » et l'ODD 5<sup>20</sup> « Parvenir à l'égalité entre les sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles ».

---

<sup>18</sup> <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>

<sup>19</sup> <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/inequality/>

<sup>20</sup> <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/gender-equality/>

Ce programme s'inscrit aussi dans le Plan de développement 2016-2020<sup>21</sup> du gouvernement, présenté en conseil interministériel exceptionnel le 29 avril 2016 puis transmis pour adoption à l'ARP, qui présente le nouveau modèle de développement du gouvernement tunisien. Ce Plan est basé autour de cinq axes majeurs dont la gouvernance et la lutte contre la corruption, le développement humain et l'inclusion sociale, et la concrétisation des ambitions des régions, et animé par trois grands principes : i) efficacité (économique), ii) équité (sociale et régionale) et iii) durabilité (environnementale).

Ce programme s'inscrit enfin dans le plan de réforme sectoriel 2016-2020 du ministère de la santé, en particulier au niveau des axes stratégiques suivants : prévention et déterminants sociaux (axe 1) ; la mise en place d'un service territorial de santé pour améliorer la prise en charge des Tunisiens (axe 2) ; gouvernance et performance (axe 4) et renforcement du secteur public (axe 5). Il s'agit d'appuyer la mise en œuvre de la réforme du secteur de la santé, essentiellement au niveau de la première ligne, dans neuf gouvernorats et une zone péri-urbaine du Grand Tunis.

### **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<sup>22</sup>.

### **Objectif spécifique :**

Améliorer la performance du système de santé de première ligne dans les gouvernorats de Jendouba, El Kef et Siliana (pôle nord-ouest), Kasserine, Sidi Bouzid et Gafsa (pôle centre-ouest), Gabes, Kebili et Médenine (pôle sud), Tunis Sud, Douar Hicher et Ettadhamen (pôle péri-urbain du Grand Tunis).

- Résultat 1) La qualité des services de santé de première ligne est améliorée<sup>23</sup>
- Résultat 2) L'accessibilité des services de santé de première ligne est améliorée
- 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
- Résultat 4) Une nouvelle gouvernance locale dans le secteur de la santé est mise en place

## **4.2 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.

<sup>21</sup> <http://www.mdc.gov.tn/index.php/2012-04-18-14-10-28/actualites/398-yassine-brahim-presente-les-objectifs-les-reformes-et-les-projets-du-plan-aux-ambassadeurs-de-l-ue>

<sup>22</sup> Plan de développement du MDICI (axe 3, Développement humain et inclusion sociale) et ODD3.

<sup>23</sup> Axe 1, Stratégie MS, prévention et Livre blanc, chantier 5 (<http://www.hiarsaha.tn/upload/1409228805.pdf>).

- 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 DAS<sup>24</sup> 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.
- 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...) ; 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.).

---

<sup>24</sup> Projet DAS et PCB Tunisie, convention de Stockholm, ANGED.

- 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 les 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) aux neuf gouvernorats et aux zones ciblées du Grand Tunis 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 spécialisées 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, à titre pilote, en priorité, dans certaines zones péri-urbaines du Grand Tunis, 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...).
- 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 centres de santé de base (GSB) et les centres de santé de base (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 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 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 ministère de la santé, 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

(futures) autorités locales élues, qui auront un rôle 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 organisations de la société civile (institutionnalisation) capables d'agir en tant que partenaire 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 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.

### **4.3 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, urgence, besoins spécifiques dans certaines zones périurbaines de Tunis Sud). 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, groupement de santé de base, 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 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.

## **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, tel que prévu à l'article 184, paragraphe 2, point b), du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012.

### **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 4.2 seront menées et les contrats et accords correspondants seront mis en œuvre, est de 48 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention de financement.

La prolongation de la période de mise en œuvre peut être approuvée par l'ordonnateur compétent de la Commission européenne, qui modifiera la présente décision et les contrats et accords concernés. Les modifications apportées à la présente décision constituent des modifications techniques au sens du point i) de l'article 2, paragraphe 3, point c), du règlement (UE) n° 236/2014.

### **5.3 Modalités de mise en œuvre**

#### **5.3.1 Subventions : appel à propositions "Appui au secteur de la santé au niveau local en Tunisie" (gestion directe)**

(a) Objectifs des subventions, domaines d'intervention, priorités pour l'année et résultats escomptés

L'objectif spécifique de cette subvention 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 (CF. R2) dans les zones géographiques ciblées par le programme, le plus proche possible des usagers, au niveau des services de première ligne essentiellement.

A titre indicatif, les actions éligibles au financement devront s'inscrire dans les domaines prioritaires suivants : information et sensibilisation des citoyens à la prévention et la promotion de la santé (par exemple, santé environnementale, prévention des maladies non transmissibles, effets de la consommation de tabac et autres substances) ; information et sensibilisation des citoyens à leurs droits et devoir en termes de santé ; information et sensibilisation à toutes formes de violences (violence basée

sur le genre et envers les enfants) ; promotion d'activités et d'espaces sportifs, particulièrement en zone périurbaine ; participation au développement de systèmes pérennes en termes de soutien aux personnes à faible revenu n'ayant pas accès à une couverture sociale .

Les résultats escomptés de l'appel à propositions sont :

1. le citoyen tunisien est mieux informé et sensibilisé aux questions relatives à des droits et responsabilités en matière de santé, aux comportements à risques, à l'accessibilité et à l'offre de soins et *in fine*,
2. l'accès à et l'utilisation du système de santé est améliorée, pour un plus grand nombre, en particulier au niveau de la première ligne.

#### (b) Conditions d'éligibilité

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 établi<sup>25</sup> 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 voisinage (Journal Officiel L 77 du 15.03.2014, p. 27) ;
- 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.

Sous réserve des informations qui seront publiées dans l'appel à propositions, le montant indicatif de la contribution de l'UE pour la subvention est de 2 000 000 EUR et la subvention peut être octroyée à un bénéficiaire individuel ou un groupement de bénéficiaires (coordinateur et co-bénéficiaires). La durée indicative de la subvention (sa période de mise en œuvre) est de 24 mois minimum sans excéder 36 mois.

#### (c) Critères de sélection et d'attribution essentiels

Les critères de sélection essentiels portent sur la capacité financière et opérationnelle du demandeur.

Les critères d'attribution essentiels concernent la pertinence de l'action proposée au regard des objectifs de l'appel ; la conception, l'efficacité, la faisabilité, la viabilité et le rapport coût/efficacité de l'action.

#### (d) Taux maximal de cofinancement

Le taux maximal de cofinancement possible pour les subventions au titre du présent appel est de 80% des coûts éligibles de l'action.

---

25 L'établissement est déterminé sur base des statuts de l'organisation qui devront démontrer que l'organisation a été créée par un acte de droit interne du pays concerné et que son siège social est situé dans un pays éligible. À cet égard, toute entité juridique dont les statuts ont été créés dans un autre pays ne peut être considérée comme une organisation locale éligible, même si elle est enregistrée localement ou qu'un «protocole d'accord» a été conclu.

Conformément à l'article 192 du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012, lorsqu'un financement intégral est indispensable à la réalisation de l'action, le taux maximal de cofinancement possible peut atteindre 100%. Le caractère indispensable du financement intégral doit être justifié par l'ordonnateur compétent de la Commission dans la décision d'attribution, dans le respect des principes d'égalité de traitement et de bonne gestion financière.

(e) Période indicative pour le lancement de l'appel

4<sup>ème</sup> trimestre 2017

### 5.3.2 Passation de marchés (gestion directe)

Objet	Type	Nombre indicatif de contrats	Trimestre indicatif pour le lancement de la procédure
Assistance technique chargée de la mise en œuvre des activités du programme relatives aux résultats R1, R2 R3 et R4 (hors acquisition équipements et appel à propositions) et des activités de communication et visibilité (Cf. 5.10)	Services	1	1 <sup>er</sup> trimestre 2017
Acquisition d'équipements et matériels médicaux, paramédicaux et logistiques	Fournitures	2	2 <sup>e</sup> trimestre 2017

## 5.4 Champ d'application de l'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, sous réserve des dispositions suivantes.

L'ordonnateur compétent de la Commission européenne peut étendre l'éligibilité géographique conformément à l'article 9, paragraphe 2, point b), du règlement (UE) n° 236/2014 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)
5.3.2 – Passation de marchés de fournitures relatifs aux résultats 1, 2, 3 et 4 (gestion directe)	13 000 000	
5.3.2 – Passation de marchés de services relatifs aux résultats 1, 2, 3 et 4 et à la composante communication et visibilité (gestion directe)	4 250 000	
5.3.1 – Subventions : appel à propositions (gestion directe)	2 000 000	500 000
Évaluation & audit	250 000	
Provisions pour imprévus	500 000	
Totaux	<b>20 000 000</b>	<b>500 000</b>

## 5.6 Structure organisationnelle et responsabilités

### Au niveau central (national) :

Le ministère de la santé 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 ministère de la santé (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 dialogue sociétal 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'Union européenne
- 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 ministère de la santé 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 vocation à 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 prises 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 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 de mise en œuvre. À cette fin, le partenaire de 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 (réalisations et effets directs), mesurés par rapport aux indicateurs correspondants, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique. Le rapport sera présenté 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.

- Evaluation à mi-parcours : Elle sera réalisée pour résoudre des problèmes, à des fins d'apprentissage, en particulier par rapport à la stratégie initialement retenue, à la mise en œuvre (état d'avancement), au suivi et au pilotage de l'action, aux adaptations et réorientations du programme nécessaires.
- Evaluation finale : Elle sera réalisée à des fins de responsabilisation et d'apprentissage à divers niveaux (y compris la révision des politiques), en tenant compte en particulier du fait que le processus de décentralisation sera achevé, que de nouvelles élections nationales et locales auront été tenues et que les premiers résultats de la mise en œuvre de la réforme du secteur de la santé et du plan de développement 2016-2020 pourront être mesurés.

La Commission informera le partenaire de mise en œuvre au moins 30 jours avant les dates envisagées pour les missions d'évaluation. Le partenaire de mise en œuvre collaborera de manière efficace et effective avec les experts en charge de l'évaluation, notamment en leur fournissant l'ensemble des informations et 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 de 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.

À titre indicatif, deux marchés de services d'évaluation seront conclus au titre d'un contrat-cadre en janvier 2019 et en janvier 2021.

## **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.

À titre indicatif, il sera conclu un marché de services d'audit au titre d'un contrat-cadre en janvier 2021.

## **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 et financées sur le budget indiqué à la section 5.6 ci-dessus.

En ce qui concerne les obligations légales 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 en charge. 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 du manuel de communication et de visibilité pour les actions extérieures de l'Union européenne.

Les activités de communication et de visibilité seront mises en œuvre dans le cadre du contrat d'assistance technique (Cf. 5.3.1.2).

## **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)<sup>26]</sup>** (maximum 2 pages, section complétée pendant l’identification et la formulation)

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 moment de la signature de la convention de financement, donc avant même que l’action ne démarre. L’accent sera mis en particulier sur les indicateurs considérés comme étant, au moment de la signature de la convention, les plus pertinents, appropriés et utiles, et nécessitant une gestion, et un coût, raisonnables. Le ministère de la santé et les services de Bruxelles concernés par la nature de l’action seront particulièrement impliqués dans le processus de révision de la matrice.

	Chaîne des résultats	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
Objectif global: impact	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 (2020)	SIS/MS	
Objectif(s) spécifique(s): Effet(s) direct(s)	Améliorer la performance du système de santé de première ligne dans les gouvernorats de Jendouba, El Kef et Siliana (pôle nord-ouest), Kasserine, Sidi Bouzid et Gafsa (pôle centre-ouest), Gabes, Kebili et Médenine (pôle sud), Tunis Sud, Douar Hicher et Ettadhamen (pôle péri-urbain du Grand Tunis)	% de couverture pour les cinq consultations prénatales*	85% (MICS4)	93% (2020)	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 (2020)	MICS	
		Taux des fumeurs, désagrégé par sexe, ayant arrêté de fumer pendant au moins 6 mois parmi les consultants pour sevrage*	20 (2016)	26 (2019)	PAP	

<sup>26</sup> Indiquer «\*» pour les indicateurs correspondant au document de programmation pertinent et «\*\*» pour les indicateurs correspondant au cadre de résultats de l’UE.

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 (2019)	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	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 <sup>ère</sup> année puis 20%	Registre des CSB et HC	Le ministère équipe les structures de 1 <sup>ère</sup> lignes 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%	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%	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 qui ont participé aux cycles de formation *, ventilé par sexe	750 (2016)	1300	PAP	Les réformes initiées se poursuivent et celles qui seront identifiées dans le cadre du processus de modernisation de l'administration publique seront engagées.  Le gouvernement poursuit le processus de décentralisation engagé.
		Taux des hôpitaux qui ont préparé un projet d'établissement contenant un plan directeur et un plan de rééquilibrage financier*	10	90 (9 fois plus)	PAP	

	Résultat 4 : Une nouvelle gouvernance locale dans le secteur de la santé est mise en place	Nombre de réseaux OSC spécialisées dans le secteur de la santé opérationnels	0 (2016)	7 (2020)	Rapports AT Médias, Réseaux sociaux, OSC, Rapports de séminaires,	<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 différents acteurs locaux étatiques et non étatiques sont dynamiques et réceptifs à l'approche gouvernance locale.</p>
		Nombre de cadre de concertation et de coopération multi sectoriels et multi acteurs opérationnels	0 (2016)	7 (2020)		
		Nombre de partenariat secteur public – secteur privé promus	0 (2016)	7 (2020)		