

Stratégie de coopération  
OMS – Tunisie  
2010–2014

Tunisie



Organisation  
mondiale de la Santé

Bureau régional de la Méditerranée orientale



Stratégie de coopération  
OMS – Tunisie  
2010–2014

# Tunisie



Organisation  
mondiale de la Santé

Bureau régional de la Méditerranée orientale

## Organisation mondiale de la Santé 2010 ©

Tous droits réservés.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès du Service Distribution et Ventes, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Boîte postale 7608, Cité Nasr, 11371 Le Caire (Égypte), Téléphone : +202 2670 2535, Télécopie : +202 2670 2492 ; adresse électronique : PAM@emro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire des publications du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, partiellement ou en totalité, ou de les traduire – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, à l'adresse ci-dessus ; adresse électronique : WAP@emro.who.int.

Document WHO-EM/ARD/017/F

Conception graphique et mise en page : Pulp Pictures  
Impression : Bureau régional de la Méditerranée orientale

## Table des matières

❖❖	<b>Abréviations et Acronymes</b>	<b>5</b>
❖❖	<b>Section 1. Introduction</b>	<b>7</b>
❖❖	<b>Section 2. Défis concernant la santé et le développement dans le pays</b>	<b>11</b>
	2.1 Résultats et contraintes socioéconomiques	13
	2.2 Environment	16
	2.3 Analyse de la situation sanitaire	17
	2.4 Principaux défis pour le secteur de la santé	35
❖❖	<b>Section 3. Coopération et partenariats pour le développement</b>	<b>37</b>
	3.1 Cadre général	39
	3.2 Système des Nations Unies	39
	3.3 Coopération bilatérale	41
	3.4 Coopération tunisienne	42
❖❖	<b>Section 4. Coopération actuelle de l'OMS</b>	<b>43</b>
	4.1 Aperçu historique	45
	4.2 Activités principales et modalités de coopération	45
	4.3 Forces, faiblesses et perspectives de la coopération	47
	4.4 Centre méditerranéen pour la réduction des risques sanitaires	48
❖❖	<b>Section 5. Programme d'action stratégique pour la coopération de l'OMS</b>	<b>49</b>
	5.1 Principes directeurs et cadre politique pour l'action de l'OMS dans les pays	51
	5.2 Orientations stratégiques pour le soutien de l'OMS	53
	5.3 Priorités stratégiques	53
❖❖	<b>Section 6. Mise en œuvre du programme stratégique : implications pour l'OMS</b>	<b>57</b>
	6.1 Bureau de pays	59
	6.2 Bureau régional et Siège	59



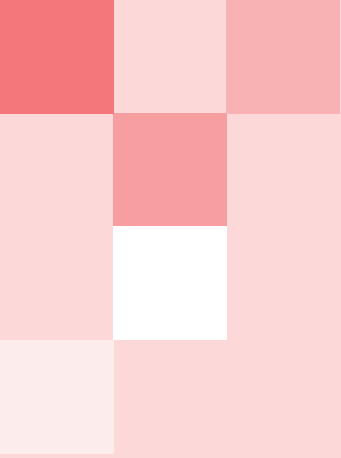
## Abréviations et acronymes

AMG	Assistance médicale gratuite
APVP	Années potentielles de vie perdues
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CSB	Centre de Santé de Base
DHMPE	Direction de l'Hygiène du Milieu et de la Protection de l'Environnement
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
DMSU	Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire
EPP	Évaluation des Pratiques professionnelles
EPS	Établissement public de santé
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
IDH	Indice de Développement humain
IMC	Indice de masse corporelle
INS	Institut National de la Statistique
INSP	Institut National de Santé Publique
IRA	Infections respiratoires aiguës
ISF	Indice synthétique de fécondité
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONFP	Office National de la Famille et de la Population
PAD	Pression artérielle diastolique
PAS	Pression artérielle systolique
PCT	Pharmacie centrale de Tunisie
PIB	Produit intérieur brut
PNUAD	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
SSB	Soins de santé de base
SSP	Structures du secteur public
TND	Dinars tunisiens

UNFPA      Fonds des Nations Unies pour la population

UNICEF     Fonds des Nations Unies pour l'enfance





Section

1



Introduction





## Section 1. Introduction

La Stratégie de coopération avec les pays ou CCS (de l'anglais *Country Cooperation Strategy*) représente une vision à moyen terme de l'OMS pour la coopération technique avec un pays donné et définit un cadre d'action stratégique pour l'action dans ce pays. Il s'agit d'un instrument clé pour l'OMS dans le contexte de l'amélioration de l'efficacité de l'aide et de l'harmonisation du programme d'action en matière de santé et de développement. Ce document clarifie les rôles proposés pour l'OMS et la manière dont ses fonctions principales sont appliquées dans l'appui qu'elle fournit aux stratégies et plans nationaux dans le domaine de la santé et du développement. La CCS prend en compte les orientations et les priorités stratégiques au niveau régional et à l'échelle de l'Organisation ainsi que le cadre politique et légal international plus large lié au système des Nations Unies tels que les objectifs du Millénaire pour le développement, l'équité entre les sexes et l'approche du développement fondés sur les droits de l'homme.

La CCS examine la situation sanitaire dans le pays dans le cadre d'une approche globale qui englobe le secteur de la santé, les déterminants socioéconomiques des politiques et stratégies sanitaires nationales qui peuvent avoir un impact majeur sur la santé. Cet exercice vise à identifier les priorités sanitaires du pays et place le soutien apporté par l'OMS dans une perspective couvrant six années afin de renforcer l'impact sur le développement des politiques et des systèmes de santé,

ainsi que les liens entre la santé et des questions transversales au niveau du pays. La CCS constitue une référence pour l'action de l'OMS dans le pays, et oriente la planification, la budgétisation et l'allocation de ressources. Elle sert de base pour examiner la présence de l'OMS dans le pays ainsi que pour mobiliser les ressources humaines et financières afin de renforcer l'appui de l'OMS au développement sanitaire dans le pays.

Le processus de la CCS prend en compte l'action de tous les partenaires et parties prenantes dans le domaine de la santé et les domaines apparentés. Le processus représente un dialogue stratégique dans le pays ainsi qu'au sein du Secrétariat de l'OMS dans son ensemble : bureau de pays, bureau régional et Siège. Elle s'appuie sur la coordination de l'aide et des plateformes de partenariat, et y contribue, en particulier le Bilan commun de pays/le Plan-cadre des Nations unies pour l'aide au développement (CCA/PNUAD). Elle cherche à compléter les stratégies de coopération d'autres acteurs externes majeurs dans le pays.

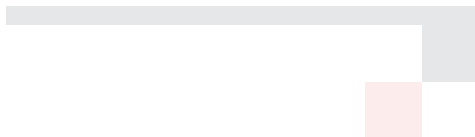
L'élaboration de cette CCS survient dans un contexte complexe de transitions socioéconomique, démographique, épidémiologique dans lequel le pays, en dépit de ses acquis considérables, doit faire face à des défis importants en termes de vulnérabilité et de développement de ses capacités de riposte. Le contexte se caractérise aussi par les effets déstabilisants sur le système de santé que risquent d'avoir l'impact de la crise économique mondiale, les implications

du changement climatique et la charge imposée par les risques engendrés par les maladies émergentes et les pandémies. Pour accompagner le ministère de la Santé publique et ses partenaires dans la transition et le nécessaire processus de réforme qui lui est associé, la coopération de l'OMS pour la période 2008-2014 sera axée sur six composantes :

- ❖ la consolidation de la sécurité sanitaire ;
- ❖ la mise en œuvre d'une stratégie nationale de promotion de la santé et de l'action aux niveaux des déterminants sociaux de la santé ;
- ❖ le développement de stratégies appropriées qui répondent aux différents défis et changements auxquels la Tunisie est confrontée afin de consolider et redynamiser les soins de santé de base ;
- ❖ les efforts visant à préserver les acquis du secteur public, à sa mise à niveau et à augmenter sa performance et sa réactivité ;

- ❖ les efforts de planification stratégique sur le long terme du développement des ressources humaines ;
- ❖ le renforcement de la gouvernance du système de santé à travers le développement d'une politique fondée sur des bases factuelles et la planification stratégique.

L'identification de ces composantes est l'aboutissement d'une consultation approfondie en Tunisie et au sein de l'OMS. Le programme stratégique ainsi défini sera mis en œuvre à travers les programmes biennaux élaborés lors des missions conjointes d'examen et de planification des programmes. La stratégie de coopération est souple et pourra être mise à jour, évaluée et ajustée en fonction des besoins.





Section

# 2

**Défis concernant la santé et  
le développement dans le pays**





## Section 2. Défis concernant la santé et le développement dans le pays

### 2.1 Résultats et contraintes socioéconomiques

#### 2.1.1 Tendances et caractéristiques démographiques

Située à la pointe nord du continent africain, en bordure de la Méditerranée, limitée à l'Ouest par l'Algérie et au Sud-Est par la Jamahiriya arabe libyenne, la Tunisie a une superficie de 154 350 km<sup>2</sup>. Elle est divisée en 24 gouvernorats, eux-mêmes subdivisés en 264 délégations administratives et regroupés en sept grandes régions socioéconomiques.

La population totale du pays est estimée à 10 225 100 habitants au 1<sup>er</sup> juillet 2007 avec un rapport de masculinité de 1,003 et une densité démographique de 66,2 habitants au km<sup>2</sup>.<sup>1</sup> Le taux d'urbanisation évolue rapidement (33 % en 1956, 63 % en 2002 et 66 % en 2007). Les taux d'urbanisation sont les plus élevés dans le district de Tunis (92 %) et dans le Centre-Est (73%) qui sont les plus développés au plan économique et social et qui regroupent chacun 23 % de la population totale en 2006.<sup>2</sup> Seules les régions du Centre-Ouest et du Nord-Ouest restent à dominance rurale (taux d'urbanisation respectivement de 33 % et de 38 %). La Tunisie maîtrise désormais son accroissement démographique. En 2007, le taux de natalité était de 17,4 pour mille, l'indice synthétique de fécondité s'élevait à 2,03 par femme et le taux d'accroissement

naturel à 1,18 %.<sup>1</sup> Il reste que le pays est proche des niveaux minimums nécessaires pour le renouvellement des générations. La proportion des catégories d'âge de 0 à 14 ans baisse régulièrement. Celle de la tranche d'âge des 60 ans et plus augmente (5,8 % en 1975, 9,1 % en 2000 et 9,5 % en 2006), ce qui pose des problèmes nouveaux et spécifiques de prise en charge sociale et sanitaire des personnes âgées.<sup>3</sup> L'espérance de vie à la naissance s'est améliorée (74,3 ans en 2007, 72,4 ans pour les hommes et 76,3 ans pour les femmes) et le taux de mortalité générale a diminué (de 12 pour mille en 1970, il est passé à 5,8 pour mille en 2002 et 5,5 pour mille en 2007).<sup>3</sup> L'indice de vieillissement (nombre de personnes âgées de 60 ans et plus pour 100 personnes âgées de 0-14 ans) évolue de manière préoccupante (de 13,2 % en 1975 à 37,5 % en 2004).<sup>4</sup>

Cependant, la population du pays reste à l'heure actuelle jeune comparée à celle des pays développés. L'âge moyen de la population était de 29,5 ans et l'âge médian de 25,4 en 2004 (28,34 ans et 24,6 ans en 2001)<sup>4</sup>. Le groupe d'âge des 15-29 ans représentait 29,7 % de la population totale en 2006,<sup>2</sup> soit plus des deux tiers de la population en âge d'être active et une partie majeure de la problématique du chômage qui est la première priorité des autorités et l'un des quatre objectifs prioritaires du PNUAD 2007-2011.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> *Annuaire statistique de la Tunisie*. Tunis, Institut National de la Statistique, 2007, n° 50.

<sup>2</sup> Institut National de la Statistique, 2006.

<sup>3</sup> *Indicateurs statistiques sur la Tunisie*. Tunis, Institut National de la Statistique, Éditions 1999, 2000, 2001, 2002, 2003.

<sup>4</sup> *Recensement de la population*. Tunis, Institut National de la Statistique, 2004.

## 2.1.2 Contexte économique et social

La croissance annuelle moyenne du PIB (à prix constants de 1990), qui était de 4,7 % entre 1992 et 2002, a dépassé ces niveaux jusqu'en 2008.<sup>2</sup> Les dépenses moyennes par personne et par an (1820 dinars tunisiens [TND] en 2005) sont passées en dinar constant d'une croissance annuelle moyenne de 0,8 % entre 1990 et 1995 à une croissance annuelle moyenne de 3,4 % entre 1995 et 2000 et de 3,8 % entre 2000 et 2005.<sup>6</sup> Mais on constate des disparités marquées au détriment des régions de l'ouest (Nord-Ouest 1416 TND, Centre-Ouest 1138 TND, Sud-Ouest 1466 TND). Le taux de pauvreté était estimé en 1980 à 12,9 % de la population totale mais il est passé à 4,2 % en l'an 2000 et à 3,8 % en 2005 (milieu urbain 1,9 % milieu rural 7,1 % Sud-Ouest 5,5 %, Centre-Ouest 12,8 %). Le taux de chômage en 2004 s'élevait à 13,9 %, <sup>4</sup> avec des disparités régionales marquées (ouest du pays), notamment dans certains gouvernorats (Zaghuan, Jendouba, le Kef, Siliana, Kasserine, Gafsa). Le chômage est un phénomène qui touche principalement les jeunes et les personnes ayant peu de qualifications (68,1 % en 2004 contre 60,1 % en 1994 des chômeurs ont moins de 30 ans). Quatre-vingt-dix pour cent des chômeurs ont un niveau d'éducation du primaire ou du secondaire. Cependant, les

jeunes diplômés représentent 9,4 % des chômeurs.<sup>7</sup>

Il reste que l'amélioration des conditions de vie de la population est constante (malgré des disparités persistantes), ce qui a largement contribué à la réduction de l'impact des maladies transmissibles et notamment des maladies hydriques. En matière d'habitat, 79,2 % des familles sont propriétaires de leur logement (87,4 % en milieu rural, 75,4 % en milieu urbain) et l'insalubrité grave est éradiquée (moins de 1 % de logements rudimentaires depuis 2000). Les taux de raccordement à l'eau potable, d'électrification<sup>8</sup> progressent avec quelques disparités pour le milieu rural et l'ouest du pays, mais qui sont encore plus marquées pour le rattachement à un réseau d'évacuation des eaux usées (tableau 1).

Les comportements sociaux ont changé en un demi-siècle d'indépendance et de développement économique et social, d'urbanisation et d'adoption de modes de vies nouveaux<sup>9</sup>. Grâce à sa politique engagée en faveur de l'enseignement, la Tunisie a obtenu des succès considérables pour ce qui est de l'élimination des disparités entre hommes et femmes (tableaux 1 et 2).

Le taux d'analphabétisme est passé à 23,1 % en 2004 (20,6 % en 2007) et la baisse de l'analphabétisme chez les femmes est

<sup>5</sup> République tunisienne, Système des Nations Unies en Tunisie. Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD). 2007–2011, février 2006.

<sup>6</sup> *Enquête nationale sur le budget, la consommation et le niveau de vie des ménages 2000, volume A : résultats de l'enquête sur le budget des ménages*. Tunisie, Institut National de la Statistique, 2000.

<sup>7</sup> *Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement*. Tunisie, Organisation des Nations Unies, janvier 2006.

<sup>8</sup> Ministère du Développement commercial et industriel/Organisation des Nations Unies en Tunisie. *Rapport sur les OMD en Tunisie, Tunis, 2007 (non publié)*.

<sup>9</sup> *Prévalence des IST chez les femmes : le cas du district de Tunis* in « Les mutations sociodémographiques de la famille tunisienne, enjeux et défis. Analyses approfondies des résultats du PAFAM. Tunisie, ONFP et al, 2004.



**Tableau 1. Indicateurs économiques et de qualité de vie (2004–2008)<sup>8</sup>**

<b>Dépenses annuelles moyennes par personne en TND (2005)</b>	
Milieu rural	1161
Milieu urbain	2171
<b>Ensemble</b>	<b>1820</b>
<b>Indicateurs socio-économiques</b>	
Indice de développement humain (IDH 2005, classement mondial 91/177)	0,766
<b>Taux d'endettement en % (2007)</b>	<b>43,7</b>
Variation annuelle de l'indice général des prix à la consommation familiale (2007) en %	+3,2
<b>Taux d'analphabétisme chez les 10 ans et plus ( en %) (2004)</b>	
<b>Sexe féminin</b>	<b>31,1</b>
Sexe masculin	15,0
<b>Les deux sexes</b>	<b>23,1</b>
<b>Taux de scolarisation 6 ans en % (2005)</b>	
<b>Sexe féminin</b>	<b>99</b>
Sexe masculin	99
<b>Taux de scolarisation (6-11 ans) en % (2005)</b>	
<b>Sexe féminin</b>	<b>97,0</b>
Sexe masculin	96,9
<b>Accès à l'eau potable ( % de population) (2006)</b>	
<b>Toutes zones</b>	<b>90</b>
Milieu rural	80,6
<b>Accès à l'électricité ( % de ménages) (2006)</b>	<b>99</b>
<b>Raccordement à l'assainissement ( % de ménages) (2006)</b>	
<b>Toutes zones</b>	<b>80</b>
Milieu rural	60

particulièrement remarquable (tableau 2).<sup>10</sup> Cependant, dans le Centre-ouest et dans le Nord-ouest, le taux d'analphabétisme féminin dépasse de 10 points le taux national, ce qui est dommageable, les femmes étant

un vecteur essentiel de comportements sains et d'éducation sanitaire dans leur entourage, notamment en matière de santé du couple mère-enfant.

<sup>10</sup> ONFP, 2008.

**Tableau 2. Évolution de la répartition de la population d'âge > 10 ans selon le niveau d'instruction et le sexe entre 1966 et 2004**

Niveau d'instruction	1966			2004		
	Féminin (%)	Masculin (%)	Ensemble (%)	Féminin (%)	Masculin (%)	Ensemble (%)
Sans instruction	82,4	53,9	63,4	31,1 46,4(*)	15,0	23,1 35,5(*)
Niveau primaire ou enseignement de base 1ère étape	15,1	38,4	30,7	33,4	40,6	37,0
Niveau primaire ou enseignement de base 2ème étape	2,3	7,0	4,4	28,6	35,4	32,0
Supérieur	0,2	0,7	0,5	6,9	8,8	7,9
Total	100	100	100	100	100	100

Note: (\*) = zones rurales.

Depuis l'adoption du code du statut personnel, l'évolution positive de la condition des femmes continue à se renforcer.<sup>11</sup> Les femmes sont reconnues comme partenaires compétentes dans le processus de développement global prôné par l'autorité politique (42 % du corps médical, 72 % du corps pharmaceutique, 29 % des juges, la moitié des enseignants, 15 % des membres du gouvernement, 23 % des députés étaient des femmes en 2007). Leur espérance de vie à la naissance est passée de 51,6 ans en 1966 à 76,3 ans en 2007. Les années consacrées à la maternité (grossesses, allaitement au sein) ont diminué de 15 ans et l'espérance de vie à la naissance du dernier enfant a augmenté de 20 ans depuis 1966. Le taux d'activité des femmes semble encore bas (26 % en 2007) mais il progresse très vite pour les tranches d'âge jeune.<sup>10</sup>

L'âge moyen au mariage passe pour les femmes de 19,5 ans en 1956 à 29 ans en 2006 (de 26,3 à 34 ans pour les hommes) d'où l'augmentation de la population des célibataires et des problèmes spécifiques de santé sexuelle et génésique. La famille tunisienne évolue de plus en plus vers le type de la famille nucléaire et le nombre moyen de personnes par famille baisse (5,3 en 1990, 4,9 en 2000, 4,5 en 2004) mais ces tendances sont plus marquées en milieu urbain.<sup>11</sup>

## 2.2 Environnement

La promotion d'un développement durable dans un environnement viable est une option fondamentale de la politique de l'État tunisien.<sup>8</sup> Les principaux problèmes d'environnement sont la gestion des ressources en eau,

<sup>11</sup> La population en Tunisie : situation démographique et programme national de la santé de la reproduction. Tunisie, ONFP, 2003.

la protection des sols, la consommation d'énergie, la pollution industrielle, la protection de la diversité biologique. L'eau est une ressource relativement rare. Le taux d'exploitation national est de 80,7 %. On prévoit à l'horizon 2015 une demande supérieure à l'offre. L'agriculture utilise plus de 80 % de l'eau à des fins d'irrigation<sup>12</sup> et ce domaine revêt une dimension stratégique du fait de l'augmentation continue de la consommation alimentaire, des contraintes de compétitivité et de l'utilisation d'engrais risquant de saliniser les nappes phréatiques. Les principaux axes de solutions retenus sont la rationalisation de l'eau d'irrigation et la réutilisation des eaux traitées.<sup>13</sup> Les phénomènes de désertification, d'érosion, de déforestation et de surexploitation des terres agricoles ainsi que l'urbanisation rapide exercent une forte pression sur les sols et la mobilisation des ressources en terres a aussi atteint ses limites,<sup>1</sup> la Tunisie étant le seul pays du bassin méditerranéen à avoir un solde négatif en terres agricoles. La pollution industrielle affecte les grandes zones urbaines du District de Tunis et du Centre-Est et pose des problèmes pour l'élimination des déchets solides, des effluents, et la pollution atmosphérique.<sup>13</sup> La situation est relativement maîtrisée par la réglementation et le contrôle, mais des efforts de mise à niveau doivent se développer pour promouvoir les mesures préventives. Les secteurs résidentiels urbains et le secteur tertiaire sont des gros consommateurs d'énergie mais l'industrie et le transport consomment à eux deux 70 % de l'énergie du pays.<sup>1</sup> La production nationale d'énergie est

à près de 90 % d'origine thermique (pétrole, gaz naturel) et la Tunisie s'est engagée à réduire ses émissions de gaz à effet de serre à des seuils compatibles avec le niveau de développement. L'indicateur d'émission de CO<sub>2</sub> (tonnes de CO<sub>2</sub>/habitant/an) est en Tunisie inférieur à la moyenne des pays en développement et à la moyenne des pays de la Région ayant un PIB par habitant du même ordre de grandeur. La Tunisie s'est engagée à maîtriser les problèmes environnementaux auxquels elle consacre 1,2 % de son PIB. Un indice de développement durable établi en 2002 par le *Yale center for environmental law and policy (Columbia University)* permet de classer le pays au niveau intermédiaire dans les pays du bassin méditerranéen et premier parmi les pays de la rive sud.<sup>8</sup>

## 2.3 Analyse de la situation sanitaire

### 2.3.1 Maladies transmissibles

La lutte contre les maladies transmissibles soutenue par le secteur des soins de santé de base a obtenu des résultats remarquables avec notamment la forte diminution de la prévalence des maladies hydriques. Tandis que la rougeole, la poliomyélite, le tétanos néonatal sont en phase d'éradication ou de pré-éradication, les cas autochtones de schistosomiase et de paludisme ont disparu depuis 25 ans mais la prévalence de certaines zoonoses reste stable (brucellose, kyste hydatique, leishmaniose, rage animale, scorpionisme). Ceci justifie - les problèmes de changement climatique aidant - les activités d'entretien, la pérennité des programmes

<sup>12</sup> Document de stratégie 2002–2006 et programme indicatif national 2002–2004. Tunisie, Union européenne–Partenariat Euro-Med-Tunisie, 2002.

<sup>13</sup> Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD). Tunisie, Organisation des Nations Unies, 2002–2006.

et le renforcement des capacités de riposte aux maladies émergentes et ré-émergentes. Le programme national de lutte contre le VIH/sida semble stabiliser la situation épidémiologique de la maladie puisque le nombre de nouveaux cas de contamination autochtone demeure stable et bas. Depuis la déclaration de son premiers cas de VIH/sida en 1985, le pays a enregistré 1499 personnes vivant avec le VIH dont 490 sont décédées. Les récentes tendances de l'épidémie sont caractérisées par le nombre croissant de femmes touchées par la maladie ainsi que par le mode de transmission hétérosexuel dans 38,3 % des cas et par l'usage de drogues injectables dans 27 % des cas.

Les récentes enquêtes séro-comportementales menées en 2009 dans les populations à risque ont montré une prévalence du VIH s'élevant à 4,9 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, à 3,1 % chez les consommateurs de drogues injectables et à 0,4 % chez les professionnelles du sexe clandestines. Ces enquêtes ont souligné les facteurs de vulnérabilité suivants :

- ❖ l'augmentation du nombre de consommateurs de drogues injectables avec partage de seringues ;
- ❖ le développement du commerce du sexe ;
- ❖ la sexualité non protégée ;
- ❖ les comportements sexuels à risque chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et chez les jeunes non scolarisés ;
- ❖ l'importance de la mobilité de la population et du facteur immigration ;
- ❖ l'augmentation de l'âge au mariage ;

La Tunisie a mis en place en 1987 un Programme national de lutte contre le VIH/sida (PNLS), avec un comité technique (1992) et un programme de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) en 1998. La transfusion sanguine est sécurisée depuis 1987 et les malades ont un accès gratuit aux antirétroviraux depuis 2000. Dans les efforts qu'elle déploie, la Tunisie bénéficie de l'appui de l'OMS, de l'ONUSIDA et des autres institutions des Nations Unies dont un projet du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Elle devra s'orienter vers la lutte contre les facteurs de vulnérabilité cités plus haut pour la maîtrise des comportements à risque dans les populations les plus exposées ainsi que vers une meilleure qualité de la prise en charge des personnes atteintes.

La productivité du programme national de prise en charge des infections sexuellement transmissibles en première ligne du secteur public progresse (59 497 cas en 2007)<sup>14</sup> mais touche surtout les femmes mariées en âge de procréer. La prise en charge des célibataires et des sujets de sexe masculin semble assurée surtout par le secteur de libre pratique.

### 2.3.2 Santé maternelle

Une enquête nationale réalisée en 1993/94 estime la mortalité maternelle à 68,9 décès pour 100 000 naissances vivantes.<sup>14</sup> Ce taux est de 39,9 pour 100 000 naissances vivantes dans le Grand Tunis, la capitale, contre 105,7 pour 100 000 naissances vivantes dans la région du centre-ouest. La Tunisie devrait réduire le taux de mortalité maternelle à 19 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 pour atteindre la cible liée à l'OMD 5. On enregistre une baisse régulière des taux de

<sup>14</sup> *Rapports annuels 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007.* Tunis, Direction des soins de santé de base.

mortalité maternelle pour les accouchements en milieu hospitalier du secteur public. On enregistre des progrès en matière de taux d'accouchements assistés et de couverture prénatale mais la mortalité maternelle reste plus élevée dans les régions défavorisées.<sup>8</sup> Des études et des enquêtes sont souhaitables afin de quantifier les disparités et d'identifier les causes spécifiques et les véritables déterminants de la mortalité maternelle dans chaque région. La Tunisie s'est récemment engagée dans une convention-programme avec le système des Nations Unies (UNFPA, OMS, PNUD, UNICEF) pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et tendre à atteindre les cibles liées aux OMD.

Pour les femmes mariées en âge de procréer, le taux de prévalence contraceptive s'élevait à 60,2 % en 2006 et le champ des préoccupations tend à s'élargir en matière de santé des mères et des femmes<sup>10</sup>. Des études préalables ont conduit, dans le cadre d'un programme national de lutte contre le cancer, à démarrer un programme de lutte contre le cancer du col utérin et le cancer du sein. Des protocoles codifiés pour le dépistage de ces deux cancers ont été définis, les activités sont désormais implantées et l'on enregistre environ 100 000 palpations de seins et 25 000 frottis du col réalisés par an dans les structures de première ligne de la DSSB et de l'ONFP depuis 2003. Cependant, la réalisation des objectifs liés à la couverture des populations éligibles se heurte à des obstacles relevant des défauts de planification et d'opérationnalisation et du manque de moyens (surcharge des laboratoires d'anatomo-pathologie et des unités de mammographie). D'autres aspects comme les troubles de la ménopause, tant aux plans somatique que psychologique,

font l'objet, en première ligne du secteur public, d'initiatives de prise en charge mais celles-ci restent limitées.

### 2.3.3 Santé infantile

Le taux de mortalité infantile a fortement régressé, de même que pour la mortalité des moins de 5 ans. Le taux de mortalité infantile était de 18,7 pour 1 000 naissances vivantes en 2007.<sup>8</sup> Les gains constants actuellement enregistrés sont dus à un engagement fort du pays dans une politique globale et structurée en faveur de l'enfance telle que développée dans le document « Politique nationale de santé de l'enfant MSP/DSSB/ OMS Tunis octobre 2006 ». Ceci se traduit à la fois par l'amélioration de la prise en charge des accouchements et des nouveau-nés dans les services hospitaliers, ce que laissent supposer les baisses des taux de mortalité (11,4 pour 1 000 naissances en 2006) et du faible poids à la naissance (3,4 % en 2007) dans ces services,<sup>14</sup> mais aussi par les progrès dus à plusieurs programmes nationaux mis en œuvre par les soins de santé de base pour réduire la morbidité et la mortalité infanto-juvéniles (programme de périnatalité, lutte contre les diarrhées, les infections respiratoires aiguës (IRA), programme national de vaccination, suivi de la croissance, etc.) actuellement synthétisés et rénovés dans le cadre du Programme de Prise en charge intégrée de la santé de l'enfant (PCIME).<sup>14</sup> Les OMD (taux de mortalité infantile à 13 pour 1 000 naissances vivantes et taux de mortalité des moins de 5 ans à 16 pour 1 000 naissances vivantes en 2015) semblent ainsi avoir été atteints mais de graves disparités persistent selon les régions.<sup>15</sup> À l'échelle nationale, les causes de la mortalité des moins de 5 ans sont d'abord

les affections périnatales (46,7 %) puis les infections respiratoires aiguës (IRA) et les diarrhées (14,0 % et 9,7 %) et les affections congénitales (10,8 %).<sup>16</sup> Les taux plus élevés enregistrés dans les gouvernorats défavorisés sont sans doute dus tant à une plus grande prévalence des affections périnatales (absence et éloignement des services de néonatalogie) que celle des causes infectieuses et notamment dans leurs formes graves des déficiences importantes étant relevées dans les connaissances, attitudes et pratiques des mères en matière de recours au médecin et de connaissance des signes de gravité des diarrhées et des IRA (respectivement 60 % et 47,5 % des cas seulement selon l'enquête MICS 3 – 2006).<sup>17</sup> Les progrès futurs sont donc tributaires d'une démarche globale et intégrée des prises en charge telle que préconisée par l'OMS et qui comprendrait, dans les régions défavorisées d'abord, le renforcement des activités de première ligne (lutte contre les causes infectieuses et suivi des formes graves, suivi prénatal, éducation sanitaire) ainsi que celui des capacités techniques dans les hôpitaux régionaux et les hôpitaux de circonscription pour assurer un niveau minimum de prise en charge de la néonatalogie et de la grossesse et impliquant la promotion de la participation communautaire, du rôle des familles et des mères, et une formation adéquate des personnels de santé.

Le programme national de vaccination a largement contribué à la baisse de la morbidité et de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. En 2006, la couverture

vaccinale était satisfaisante à l'échelle du pays,<sup>16</sup> le taux de couverture pour les enfants âgés de 24-35 mois vaccinés contre toutes les maladies étant de 95,3 % (83,6 % en 2000).<sup>15</sup> Un certain retard est encore enregistré pour les gouvernorats de Kairouan et de Kasserine mais des progrès remarquables sont réalisés dans les gouvernorats défavorisés depuis l'année 2000.

En matière de vaccination antitétanique des femmes enceintes, les progrès sont également manifestes et le taux national des naissances couvertes par au minimum la vaccination antitétanique de la mère (86 % en 2002) est passé à 93 % en 2007. Le recours au secteur public pour la vaccination est quasi général.<sup>14</sup>

L'amélioration de l'état nutritionnel des enfants âgés de 0 à 5 ans est notable et continue, grâce à l'amélioration des conditions socio-économiques ainsi qu'aux efforts d'éducation nutritionnelle, mais l'obésité devient un problème et en 2006, la prévalence de l'obésité chez les moins de 5 ans était estimée à 6,3 %.<sup>10,17</sup>

### 2.3.4 Charge de morbidité due aux maladies chroniques et non transmissibles

#### Causes de décès

La transition épidémiologique et la transition démographique ont eu pour effet de modifier les profils de morbidité et de mortalité dans le pays. On observe le déclin voire l'éradication de nombreuses maladies transmissibles qui ont diminué du fait de la mise en œuvre

<sup>15</sup> *Inégalités régionales de mortalité infantile en Tunisie*. Communication à la cinquième Conférence africaine sur la population. Tunisie, Bouchoucha I. Vallin J., INS Tunis/INED Paris, décembre 2007.

<sup>16</sup> *Enquête nationale sur la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant. Enquête en grappes à indicateurs multiples 2*. Tunisie, Direction des soins de santé de base/UNICEF, décembre 2000.

<sup>17</sup> *Enquête en grappes à indicateurs multiples 3*. Tunisie, ONFP/UNICEF, 2007.

des différents programmes nationaux. La part de la mortalité infantile et juvénile dans la mortalité totale baisse (respectivement de 31 % et 27,7 % à 11,2 % et 2,8 % entre 1966 et 1999) tandis que la part de la mortalité des plus de 50 ans augmente (33 % à 70 % durant la même période).<sup>18,19</sup>

Les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs malignes, les maladies endocriniennes et nutritionnelles, les maladies respiratoires et les affections périnatales représentent 65 % des causes de décès, les

maladies infectieuses n'étant plus en cause que dans 2,8 % des cas (Tableau 3) avec quelques variations selon le sexe. L'étude de la distribution selon l'âge indique que les pathologies congénitales et les affections périnatales sont responsables de 70 % des décès avant de l'âge de 5 ans.

Entre 5 et 34 ans, les lésions traumatiques et les empoisonnements deviennent les premières causes de décès avec une surmortalité masculine marquée et de 35 à 64 ans, ce rôle est dévolu aux cancers

**Tableau 3. Principales cause de décès, 2006<sup>21</sup>**

Principaux groupes de maladies ou causes de décès	Total %	Hommes %	Femmes %
Maladies de l'appareil circulatoire	29,1	27,1	31,0
Tumeurs	16,6	18,8	14,4
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	10,3	8,1	12,4
Maladies de l'appareil respiratoire	9,2	10,7	7,7
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	6,7	6,9	6,5
Maladies de l'appareil génito-urinaire	3,4	3,4	3,3
Maladies de l'appareil digestif	3,3	3,2	3,5
Lésions traumatiques et empoisonnements	3,0	3,3	2,7
Maladies du système nerveux et des organes sensorielles	2,9	2,7	3,3
Maladies infectieuses et parasitaires	2,8	3,1	2,6
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	2,1	2,1	2,1
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,8	0,7	0,8
Autres causes	9,8	9,9	9,7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<sup>18</sup> Ben Hamida A et al. *La transition sanitaire en Tunisie au cours des 50 dernières années. La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*. Tunis 2005.

<sup>19</sup> Hsairi M et al. *Années de vie perdues et transition épidémiologique dans le gouvernorat de Sfax. Tunisie. Santé publique*, 2003, 15:25-37.

<sup>20</sup> Hajjem S. *Statistiques nationales sur les causes médicales de décès – Tunisie 2001*. Tunis, Institut National de Santé Publique, 2002.

<sup>21</sup> Hajjem S. *Statistiques nationales sur les causes médicales de décès – Tunisie 2006*. Tunis, Institut National de Santé Publique, avril 2009.

qui cèdent la place aux maladies cardiovasculaires à partir de l'âge de 65 ans.<sup>20</sup> On attribue 29 % des décès aux maladies de l'appareil circulatoire (accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle). Le diabète et l'insuffisance rénale ne sont pas classés dans les maladies de l'appareil circulatoire mais leur sont associés et représentent plus de 11,6 % des causes de décès en 2006. Les cardiopathies ischémiques sont la première cause d'hospitalisation (27,3 %) dans les services de cardiologie. Ces hospitalisations occasionnent des actes lourds et coûteux.<sup>22</sup>

Au niveau national, les cancers sont désormais installés à la deuxième place des causes de décès. Selon les comparaisons des incidences brutes et standardisées avec quelques données internationales, la Tunisie a des taux modérément plus élevés que ceux des pays en développement comparables au point de vue socioculturel (tableau 4).<sup>23</sup> Les localisations les plus fréquentes des cancers chez l'homme sont le cancer du poumon, suivi du cancer de la vessie puis selon les régions, le cancer de la prostate ou les cancers colorectaux. Chez la femme, le cancer du sein arrive en tête suivi, selon les régions, des cancers du col de l'utérus ou des cancers colorectaux. On enregistre en Tunisie

**Tableau 4. Comparaison entre taux d'incidences brutes et standardisées pour 100 000 habitants de certains pays (données tirées des systèmes d'information des pays, tous types de cancer)<sup>24</sup>**

	Hommes		Femmes	
	Incidence brute	Incidence standardisée	Incidence brute	Incidence standardisée
Tunisie–Nord (1999–2003)	120,2	133,2	94,8	101,4
Tunisie–Centre (1998–2002)	120,7	159,6	89,5	106,0
Tunisie, Sfax (2000–2002)	126,6	143,4	93,2	101,9
Oman (2002)	43,7	80,5	40,1	70,4
Algérie–Oran (1996–2004)	81,5	102,5	106,0	122,2
Maroc–Casablanca (2004)	84,0	100,3	100,0	104,2
France–Hérault (2002)	631,2	359,1	426,7	247,6
Japon (Estimation 2000 )	499,3	263,9	342,7	165,0

<sup>22</sup> Ben Romdhane H. *Synthèse du document sur la stratégie de lutte contre les maladies cardiovasculaires : travaux préparatoires du « Rapport à Monsieur le Ministre de la Santé Publique sur les orientations stratégiques pour le développement de la prévention et de la promotion de la santé »*. Tunis, décembre 2008 (coordinateur Ben Ammar R.).

<sup>23</sup> Ministère de la Santé publique/Secrétariat d'État à la Recherche scientifique et la Technologie/Institut Salah zaiez/Institut National de Santé Publique. *Unité de recherche en épidémiologie des cancers en Tunisie. Registre des cancers Nord Tunisie, 1995–1998*.

<sup>24</sup> Ministère de la Santé publique/OMS. *Élaboration d'un programme et d'un plan d'action de mise à niveau des structures de santé du secteur public – Atelier de planification par objectifs PPO – ZOPP – Hammamet 8–10 et 21–23 juillet 2003*.



entre 10 000 et 12 000 nouveaux cas de cancer par an. Une étude prospective (Registre-Nord Tunisie)<sup>23</sup> prévoit pour les quatre périodes 2004-2008, 2009-2013, 2014-2018, 2019-2024 une progression des taux d'incidence standardisées s'élevant chez les hommes respectivement à 143,3, 155,7, 169,4 et 184,2 pour 100 000 hommes, soit une multiplication du nombre de cas par 3,5 en 25 ans (entre 1998 et 2024). Pour les femmes, ces taux s'élèvent selon les prévisions à 106,8, 112,2, 116,6 et 120,3 pour les quatre mêmes périodes, soit une multiplication du nombre de cas par 2,7. Les prises en charge sont ici dominées par une approche curative malgré l'existence d'un programme national de prévention et de dépistage dont l'opérationnalisation reste déficiente.

Si l'on considère la question des traumatismes et des empoisonnements (3,0 % des causes de décès en 2006) sous l'angle de l'indicateur Années potentielles de vie perdues (APVP), cette morbidité devient la première cause des APVP (25 %) devant les maladies cardiovasculaires et les cancers, car elle concerne surtout les tranches de population jeunes.<sup>21</sup> Elle est d'ailleurs la première cause de mortalité chez les 5-34 ans (36,2 % des causes de décès chez les 15-24 ans, 27,8 % chez les 25-34 ans en 2006) avec une surmortalité masculine marquée.

Parmi les traumatismes et les empoisonnements, les accidents de la voie publique<sup>25</sup> constituent la première cause de décès chez les 15-44 ans en 2003.<sup>26</sup> Les hommes représentent 84 % des décès et 79,9 % des blessés. L'âge moyen des accidentés est de 36,7 ans. Le problème devient préoccupant car la circulation routière représente le principal moyen de transport avec un doublement du réseau routier entre 1997 et 2004, une multiplication par quatre du parc automobile et par cinq pour le nombre de conducteurs, phénomènes qui sont appelés à se développer et nécessitent une prise en charge de type préventif et éducationnel active et multisectorielle.

### Facteurs de risque

L'environnement de type général favorise l'apparition ou le développement de facteurs de risque directs ayant un impact sur l'état de la transition épidémiologique et sanitaire : obésité, sédentarité, tabagisme, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémies (Tableau 5).<sup>27</sup> Ces facteurs sont étroitement liés et ont un effet potentiel les uns sur les autres.

On a mis en évidence une assez faible connaissance des facteurs de risque par la population, le tabac venant en tête mais seulement chez 32,2 % des hommes et 26,7 % des femmes, suivi par le stress et l'hérédité, et ce malgré une attitude très globalement positive vis-à-

<sup>25</sup> Somrani N, Bouslama M. *Accidents de la voie publique – Données épidémiologiques – Premières journées nationales sur la transition épidémiologique et son impact sur les systèmes de santé en Tunisie*. Tunis, Ministère de la Santé publique, 7-8 avril 2004.

<sup>26</sup> République tunisienne. JORT, 28 février 2006.

<sup>27</sup> Ben Romdhane H. Institut National de Santé Publique, sous la direction de Achour N. – Les cardiopathies ischémiques – l'épidémie et ses déterminants - Volume I – Les facteurs de risque – résultats d'une étude épidémiologique auprès de 5771 adultes tunisiens – 1997-1998.

<sup>28</sup> Ben Ammar R. Rapport à Monsieur le Ministre de la Santé publique sur les orientations stratégiques pour le développement de la prévention et de la promotion de la santé. Tunis, décembre 2008.

**Tableau 5. Maladies non transmissibles (facteurs de risque)**

	Hommes (≥ 35 ans) (%)	Femmes (≥ 35 ans) (%)	Ensemble (%)
Hypertension (PAS> 140 mmHg, PAD> 9mmHg)	35	39,7	36,7
Obésité (IMC)> 30 kg /m <sup>2</sup>	5,8	15,3	10,9
Pré-obésité(25Kg/m <sup>2</sup> <IMC>30kg/m <sup>2</sup> )	39,3	37,1	38,1
Diabète (glycémie à jeun >7,8 mmol/l)	9,1	10,6	9,8
Hypercholestérolémie	12,4	15,9	14,3
Hyperglycémie	15	11,3	13,6
Tabagisme	52,8	5,5	30,0

vis de la prévention<sup>28</sup>. Mais les tunisiens ont plutôt tendance à externaliser leurs responsabilités (médias, autorités, système éducatif, etc.) et ils demeurent davantage dans la réactivité que dans l'action.<sup>28</sup>

Le type de réponses du système de santé à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque est à ce jour dominé par une approche de type curatif et hospitalier spécialisée, alors qu'il serait nécessaire d'adopter une approche intégrée pour l'ensemble des maladies chroniques, basé sur la première ligne et privilégiant la prévention et la promotion de santé, y compris la prise en charge des soins palliatifs et de la réadaptation post-prise en charge spécialisée. Cela suppose une redynamisation, une mise à niveau, une adaptation des stratégies du secteur des soins de santé de base, une revalorisation de leurs moyens et une promotion conséquente de la médecine familiale. Le secteur de la médecine familiale est fondamental pour le développement car il est le seul à posséder une expérience systématisée de la promotion de la santé et peut jouer un rôle moteur dans

ce domaine. Le capital de connaissances et de savoir-faire acquis en un quart de siècle par son personnel en matière de santé publique et d'approche démographique en fait un cadre approprié pour une gestion efficace des nouveaux défis sanitaires.

### 2.3.5 Santé des jeunes

Chez les jeunes, les mutations socio-économiques associées aux incertitudes de la conjoncture génèrent des préoccupations relatives à l'apparition de facteurs de risques. Les problématiques se heurtent à des tabous, sont assez mal appréhendées mais des enquêtes essaient de profiler ces problèmes.<sup>10</sup> On peut retenir que chez les célibataires de 18 à 29 ans, 30 % consomment du tabac, 8 % de l'alcool, la moitié des garçons et 15 % des filles ont des relations sexuelles avant le mariage, la connaissance des moyens de protection contre les IST et le sida étant médiocre (50 %) et les rapports protégés peu fréquents (20 %). Les facteurs de risque sont plus fréquents en milieu urbain et lorsque le niveau socio-éducatif est bas. Chez les adolescents,

la prévalence de l'usage du tabac (8 %) et de l'alcool (6 %) est moins importante. Les comportements alimentaires peuvent avoir des aspects positifs (consommation de fruits et légumes variée dans 80 % des cas) ou négatifs (consommation de boissons gazeuses et de fast-foods dans 33 % des cas, consommation régulière de produits laitiers seulement dans 40 % des cas).<sup>29</sup> Les motifs de préoccupation portent aussi sur les relations considérées comme mauvaises avec les pairs (38,5 %) et avec les parents (30 % des cas). Les phénomènes de violence sont inquiétants (46 % ont participé à des bagarres ou subi des agressions). Les phénomènes d'abandon scolaire sont encore marqués au niveau de l'enseignement de base et du secondaire (de l'ordre de 10 %) et surtout en milieu rural.<sup>30</sup> De cohorte en cohorte, l'accumulation des effectifs peut atteindre des milliers d'individus.

Il existe un début de prise de conscience de ces phénomènes ainsi que des tentatives de solutions axées sur la mise en place de structures (clubs de santé, cellules d'écoute de la DMSU : conseils, consultations, éducation par les pairs dans les structures destinées aux jeunes de l'ONFP installés dans 17 gouvernorats) mais elles sont encore trop centrées sur la santé génésique, souffrant d'un manque d'accessibilité et n'entrant pas dans le cadre d'une politique structurée sur une approche globale de la santé des jeunes.

### 2.3.6 Déterminants de la santé

Les développements qui précèdent mettent en évidence l'importance des

déterminants socio-économiques et culturels sur l'état sanitaire du pays. Le développement remarquable que connaît la Tunisie depuis plusieurs décennies s'accompagne toutefois de la persistance de disparités économiques, sociales et culturelles tant au plan géographique qu'au niveau des catégories sociales de la population. Il s'ensuit des phénomènes liés à des problèmes sanitaires « résiduels » de type ancien (morbidity et mortalité infanto-juvéniles ou maternelles par exemple) qui coexistent avec l'apparition de problèmes nouveaux associés à la transition démographique et épidémiologique (prévalence accrue des maladies chroniques et non transmissibles, des IST, etc.). Les deux tendances combinées génèrent par ailleurs des groupes (personnes âgées et jeunes chômeurs) et des zones « à risque » (zones rurales et quartiers défavorisés périurbains, etc.). Par conséquent, les stratégies d'action sanitaire doivent désormais tenir compte de cette variabilité en s'appuyant sur des études permettant de dégager des caractères généraux concernant la population dans son ensemble mais aussi les spécificités des groupes cibles et de leurs problèmes sanitaires pour une plus grande efficacité des modes d'action.

### 2.3.7 Le système de santé : acteurs, ressources et fonctions

Le système de santé tunisien est géré essentiellement par le ministère de la Santé publique et ses 24 directions régionales dans chacun des gouvernorats du pays. Depuis la fin des années quatre-vingt, on a enregistré un développement rapide du secteur de soins privé. Ce secteur est installé essentiellement dans les grandes

<sup>29</sup> Institut National de la Statistique, 2005

<sup>30</sup> MAFEPPEA, 2005.

villes de la capitale et des régions côtières économiquement prospères, il dispose d'un parc d'équipements lourds très modernes et favorise les activités ambulatoires. L'État voit son rôle baisser progressivement dans le financement des soins qui continuent en majorité à être assumés par les ménages. Malgré les efforts louables consentis par le ministère de la Santé publique au cours des dernières années pour favoriser l'autonomie des hôpitaux, l'amélioration de la qualité des soins et le renforcement du système d'information sanitaire, le chemin à parcourir reste long pour avoir des impacts réels sur ces aspects.

La certification des structures de soins aussi bien dans le secteur privé que public n'est pas encore de règle et l'évaluation des pratiques professionnelles semble être encore un but éloigné.

On assiste par ailleurs à des initiatives louables quant à la formation de base des professionnels de la santé, pour être conforme aux normes internationales, comme par exemple en sciences infirmières ou en médecine familiale. Des incitations et des mesures administratives ont été prises pour favoriser l'installation des médecins spécialistes dans les régions de l'intérieur du pays.

Quatre-vingt quinze pour cent des citoyens en Tunisie ont une accessibilité géographique acceptable aux structures de première ligne et bénéficient d'une bonne couverture par la sécurité sociale ; cependant, près de 50 % des dépenses de santé continuent à être assumées par les ménages, ce qui les expose aux risques de dépenses catastrophiques pour les soins.

## 2.3.8 L'offre de soins

Elle est assurée par les structures des secteurs public, parapublic et de libre pratique. Le secteur public des soins de santé comporte quatre niveaux.

### **Le secteur public des soins de santé de base**

En 2007, ce secteur comprenait 2079 centres de santé de base (CSB), répartis sur l'ensemble du territoire (1 CSB pour 4 930 habitants contre 1 CSB pour 6 676 habitants en 1982) et 90 % de la population habite à moins de cinq kilomètres d'un CSB. On compte 1780 médecins dans le secteur (dont 22 % exercent à la fois dans les CSB et les hôpitaux de circonscription), généralistes pour leur très grande majorité.<sup>14</sup> Il y a également 12 798 paramédicaux (dont 1282 sages-femmes), 120 pharmaciens et 279 chirurgiens dentistes. La répartition de ce personnel est relativement bien équilibrée sur tout le territoire. Seul ce secteur, parmi tous les autres secteurs de la santé dans le pays, a cette particularité et il représente un facteur fondamental d'équité. Ce secteur, avec les hôpitaux de circonscription, met en œuvre l'ensemble de la politique préventive et réalise 60 % des consultations ambulatoires médicales (10 612 053, avec les urgences en 2007) du secteur public, sans compter environ 1 300 000 consultations de santé génésique (consultations périnatales, contraception, IST, dépistage des cancers féminins, etc.) effectuées par les sages-femmes. Il prend en charge les activités sanitaires concernant plus de 2 700 000 élèves ou étudiants dans les structures éducatives privées et publiques (préscolaire, primaire, secondaire, universitaire, formation professionnelle et autres). Interface et point

d'accès de la population dans le système de santé, ce secteur remplit de manière globalement satisfaisante son rôle pour l'accessibilité à une prise en charge curative des maladies courantes et des facteurs de risque, intégrée à une démarche de prévention sanitaire. Il englobe donc sur le terrain une multitude de programmes nationaux connaissant aussi bien les maladies transmissibles que les maladies de la transition, et qui sont gérés à l'échelle centrale par diverses directions : Direction de la médecine scolaire et universitaire (DMSU), Direction des soins de santé de base (DSSB), Direction de l'hygiène du milieu et de la protection de l'environnement (DHMPE) et l'Office national de la famille et de la population (ONFP). Le secteur a permis la remarquable progression des indicateurs sanitaires dans le pays et ce, avec un excellent rapport coût-efficacité car il n'absorbe que 10 à 15 % environ des dépenses nationales de santé et 10 à 15 % environ des dépenses pharmaceutiques nationales<sup>31</sup>. Le financement du secteur est assuré par le budget de l'État mais 30 % environ de son budget de fonctionnement (hors salaires) doit l'être par des recettes propres (tickets modérateurs, paiement par les malades). La réforme de l'assurance-maladie actuellement en cours n'aborde pas de manière claire la place et l'avenir du secteur dans le système de santé.

### Les hôpitaux de circonscription

Ils constituent le deuxième niveau de soin et leur rôle est le soutien à la première ligne, celle des CSB, à laquelle il est lié au

plan organisationnel dans le cadre des 202 circonscriptions sanitaires qui couvrent les 264 délégations administratives du pays. Ce niveau comprend 121 hôpitaux de circonscription (ou maternités autonomes) auxquels on reproche souvent leur sous-utilisation (taux d'occupation moyen : 33,4 % en 2006).<sup>32</sup> Avec 17 % des lits du secteur public, ils réalisent cependant 16,7 % des accouchements et 13,6 % des admissions mais les durées moyennes de séjour sont courtes (3,4 jours en 2006)<sup>32</sup> à cause de la faiblesse des plateaux techniques, ce qui limite le champ des prises en charge. L'amélioration de leur rentabilité est liée à celle d'un renforcement raisonnable de leurs moyens diagnostiques et techniques et à une revalorisation cohérente de la médecine générale et de la médecine familiale dans le système de santé. Cela permettrait aussi d'exploiter leurs grandes potentialités de suivi et de prise en charge de proximité de diverses situations et notamment de post-hospitalisation spécialisée et de réadaptation, les soins palliatifs, etc. Ceci favoriserait les réinsertions sociales, la réduction des coûts psychologiques, sociaux et en définitif économiques de manière globale.

### Les hôpitaux régionaux

Les 33 hôpitaux régionaux constituent le troisième niveau de soins du secteur public de santé. Ils sont généralement localisés dans les chefs-lieux des gouvernorats. La productivité de ces structures est affectée par le manque de personnel spécialisé, médical et paramédical, alors que les plateaux

<sup>31</sup> *Étude du secteur de la santé*. Tunis, République tunisienne – Banque mondiale, Département du Développement humain – Région Moyen-Orient et Afrique du nord, mai 2006.

<sup>32</sup> *Commission de mise à niveau de la première ligne de soins – Aspects carte sanitaire – rapport*. Tunis, Ministère de la Santé publique, 2007.

techniques sont satisfaisants. Le phénomène est lié à la localisation géographique de ces structures (gouvernorats de l'intérieur) qui n'est pas attractive pour les médecins spécialistes. Dans ces conditions, le troisième niveau ne peut pas jouer pleinement son rôle d'orientation-recours pour les structures de première ligne en matière de consultations, bilans et hospitalisations spécialisées (notamment chirurgicales).

### **Les établissements publics de santé (E.P.S)**

Le quatrième niveau de soins, celui des structures universitaires, est le plus haut niveau d'orientation-recours, avec pour rôle les prises en charges spécialisées de pointe, la formation et la recherche. Il est localisé dans les villes universitaires (Tunis, Sousse, Monastir, Sfax) et son accessibilité est réduite pour la population de l'intérieur du pays. Il dispose de 70 % des médecins spécialistes du secteur public. Les plateaux techniques y sont performants et l'essentiel de l'équipement lourd du secteur public y est concentré.<sup>33</sup> Mais il est de ce point de vue moins bien pourvu que le secteur de libre pratique, ce qui constitue un problème grave pour des structures qui ont la charge de la formation des cadres de la santé. Les conséquences sont la démotivation croissante des cadres, qui sont de plus en plus attirés par l'activité privée complémentaire ou la fuite vers le secteur de libre pratique où les niveaux de revenus sont nettement plus élevés.

### **Les institutions nationales spécialisées**

La question que posent certaines grandes institutions sanitaires nationales (Institut Pasteur, ONFP, Institut national de la nutrition et des technologies alimentaires, Institut de pneumo-physiologie, Institut d'Ophtalmologie, Institut national de l'Enfant) est que leur création répondait initialement à une mission d'analyse et de définition de dépenses appropriées aux grands problèmes de santé du pays. Elles ont réalisé un cumul d'expertise qui n'a cependant pas été capitalisé et elles ont peu à peu, dans le courant du plan d'ajustement structurel, glissé vers une logique de recherche de recettes financières et de dispensation de soins perdant toute vision prospective de santé publique. Il en a résulté une détérioration d'un capital national de connaissances, d'expériences, c'est-à-dire d'une intelligence collective apte à conforter des prises de décisions sanitaires efficaces.

### **Le secteur de libre pratique**

Depuis le début des années 90, le secteur de libre pratique a connu un développement considérable, encouragé mais encadré par l'élaboration de textes juridiques et réglementaires établissant notamment des normes de fonctionnement. De 1987 à 2007,<sup>34</sup> le nombre de cabinets médicaux est passé de 1374 à 6505, le nombre de pharmacies de 987 à 1777, le nombre de cabinets de chirurgiens dentistes de 561 à 1790, le nombre de cliniques de 28 à 103, le nombre de lits d'hospitalisation de 796 à 2578, le nombre de machines d'hémodialyse de 141 à 1128 (contre 420 machines

<sup>33</sup> Ministère de la Santé publique, 1956–2006.

<sup>34</sup> Bouslama M. *Direction des Études et de la Planification*, Ministère de la Santé publique, 2006–2007.

dans le secteur public). En 2007, on comptait aussi 1372 infirmeries, 33 centres de thalassothérapie, 237 laboratoires d'analyses et biologie médicale. Le secteur emploie 83 % des pharmaciens du pays, 72 % des chirurgiens dentistes et seulement 7 % des paramédicaux. Il dispose de la plus grosse part de l'équipement lourd du pays. Il n'y a pas de recueil de données fiable sur l'activité du secteur mais on estime qu'il assure environ 15 % des hospitalisations, 6 000 000 de consultations, 6 à 10 % des accouchements, ne participe que peu à la prévention mais qu'il absorbe près de la moitié des dépenses de santé totales du pays. Il suit la demande solvable et s'installe surtout dans le grand Tunis et le Centre-Est et les autres régions côtières et l'avènement de la CNAM ne paraît pas être de nature à modifier cette répartition, la majorité des assurés sociaux étant concentrée dans les régions urbanisées.

### Les autres secteurs

A côté du secteur public et du secteur de libre pratique, il existe un secteur parapublic qui comprend :

- ❖ 6 polycliniques de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (2 à Tunis, 1 à Bizerte, 1 à Sousse, 1 à Sfax, 1 à Metlaoui) qui dispensent aux affiliés de la CNAM et à leurs ayants droit des soins ambulatoires de médecine générale et spécialisée et des examens complémentaires (biologie, imagerie médicale, endoscopie, etc.).
- ❖ Les services autonomes médicaux de certaines entreprises nationales (SONEDE, STEG, SNT, Tunis Air) qui délivrent des soins ambulatoires à leurs employés et à leurs familles.
- ❖ Les services médicaux de médecine de travail qui ont en principe un rôle

essentiellement préventif d'hygiène et de sécurité au travail.

Enfin, le ministère de la Défense dispose de 3 hôpitaux militaires destinés aux membres permanents des forces armées et à leurs familles et aux appelés sous le drapeau, mais qui accepte aussi les civils assurés sociaux ou payants. Le ministère de l'Intérieur dispose d'un hôpital des forces de sécurité intérieur à Tunis.

Dans l'ensemble, l'offre de soins est caractérisée par un bon niveau des compétences techniques mais des défauts d'organisation affectent son efficacité. L'orientation-recours ne répond pas à des principes codifiés. L'encombrement du quatrième niveau du secteur public qui est la conséquence de la faiblesse des deuxième et troisième niveaux, les délais de rendez-vous trop longs, la faiblesse du système de transfert des malades affectent beaucoup la continuité des prises en charge. Dans le même ordre d'idée, les rôles théoriquement complémentaires des secteurs public et privé, les champs respectifs et les modèles de coordination des activités ne sont pas définis. Les réformes engagées pour le financement et le fonctionnement des hôpitaux régionaux et des EPS dans le secteur public a réduit la part supportée par l'État au paiement des salaires, les autres dépenses de fonctionnement étant désormais facturées à la CNAM selon des modalités en principe identiques à celles du secteur de libre pratique mais de fait plafonnées forfaitairement. On aboutit à une sous-rémunération des facteurs de production dans le secteur public avec des risques de déclin alors que les dépenses globales de santé augmentent conjointement



**Tableau 6. Ressources humaines – secteurs public et privé (année 2007)<sup>34</sup>**

	Secteur public	Secteur privé	Total	Nb. habitants/ professionnel
Médecins généralistes	2431	3460	5891	1741
Médecins spécialistes	2630	3045	5675	1807
Dentistes	458	1790	2248	4562
Pharmaciens	333	1717	2050	5002
Paramédicaux	33 249	2011	35 260	291

au développement du secteur du libre pratique. Les modes de fonctionnement du secteur hospitalier sont caractérisés par le cloisonnement entre services, les défauts de coordination et de modes opératoires consensuellement définis, l'absence d'une démarche codifiée de qualité et de sécurité des soins.

### 2.3.9 Ressources humaines

La formation des cadres de santé a été une priorité pour les autorités ; l'existence de quatre facultés de médecine, de la faculté de médecine dentaire, de la faculté de pharmacie, des quatre écoles de sciences et techniques de la santé, de 19 écoles des sciences infirmières publiques et de 22 écoles privées font qu'au plan quantitatif, le pays est désormais autosuffisant.

Ce sont maintenant des problèmes de chômage<sup>35</sup> qui se posent (de l'ordre de 25 % des médecins généralistes et de 50 % des techniciens supérieurs) que l'on envisage de résoudre par une dynamique d'exportation des cadres. Pour cela, il faudra cependant que les formations de base actuellement dispensées et figées sur des modèles anciens, évoluent en s'adaptant aussi bien

aux normes internationales qu'à l'évolution des besoins de santé du pays dûment identifiés et pris en compte dans le cadre d'une planification stratégique à long terme du développement des ressources humaines pour la santé ; ceci constitue d'ailleurs une condition pour la réalisation de progrès en matière de qualité des soins. C'est aussi en termes de disparités régionales eu égard à la répartition des cadres que les problèmes persistent. En 2007, 78,9 % des praticiens généralistes du secteur de libre pratique étaient concentrés dans le Grand Tunis (58,5 % des praticiens) et le Centre-Est (20,4 % des praticiens). Seule la dynamique des soins de santé de base introduit un rééquilibrage dans la répartition des médecins généralistes (tableau 6). L'étude de la répartition des médecins spécialistes par gouvernorat montre une amélioration notable de la situation dans certains gouvernorats défavorisés (tableau 7). Mais les gouvernorats du sud et de l'ouest restent les plus mal classés. Les améliorations constatées sont le fait du secteur public. La répartition des paramédicaux ne pose pas des problèmes de disparités régionales aussi aigus.

<sup>35</sup> Mansouri F. *État inventorial des personnels de santé en 2004*. Tunis, 2005.



**Tableau 7. Nombre d'habitants par médecin spécialiste (secteurs public et privé) et par gouvernorat - comparaison entre l'année 2000 et 2007<sup>34</sup>**

Governorats	2007	2000
Grand Tunis	855	1197
Sousse	1092	1477
Sfax	1183	1919
Monastir	1988	2665
Médenine	2938	4484
Bizerte	3063	4249
Mahdia	3120	5385
Nabeul	3174	3902
Gabès	3662	4260
Bèja	3703	8141
Zaghouan	3761	–
Touzeur	4559	4815
Kef	4765	5970
Gafsa	4925	6070
Jendouba	5058	8852
Kebili	5638	5050
Kairouan	6569	9712
Sidi Bouzid	6613	11 081
Tataouine	6871	7014
Siliana	7070	10 220
Kasserine	8 980	13 009
Tunisie	1802	2662

### 2.3.10 Politique du médicament, technologie et produits médicaux

Grâce au monopole d'importation exercé par la Pharmacie centrale de

Tunisie, le soutien à la production locale et l'encouragement des médicaments génériques, la Tunisie assure la maîtrise des prix, la disponibilité, la qualité du médicament et son accessibilité.<sup>36</sup> La valeur de la consommation nationale couverte par

<sup>36</sup> Maîtrise des coûts des médicaments importés – Étude de cas : Tunisie – Gilles Bardelay, Laurent Martin, Lassaad M'sahli, Amor Toumi, Elodie Jambert, Valerio Reggi – Série réglementation pharmaceutique – n°10- OMS, Genève, 2003.

la fabrication locale est passée de 8,7 % en 1987 à 43,5 % en 2002. Un effort est cependant nécessaire en matière d'usage national du médicament (information et contrôle) pour limiter l'auto-consommation, les dispensations et les prescriptions abusives. L'ensemble du système est considéré comme un modèle par l'OMS, pour les pays des régions de la Méditerranée orientale et de l'Afrique. Il convient d'assurer la pérennité de ce modèle et de le renforcer face aux turbulences et pressions constatées au niveau du marché mondial. Par contre, en matière de vaccins, malgré les performances enregistrées par le Programme élargi de vaccination (PEV), une modernisation du processus logistique (chaîne du froid) est à envisager. De plus, un certain fléchissement des capacités de production du pays en vaccins et sérums et l'accroissement à la fois de la gamme et du prix de ces derniers produits sur le marché mondial engendrent une certaine vulnérabilité en matière d'approvisionnement dans ce domaine. Ceci nécessite d'envisager le renforcement des capacités de production nationales pour satisfaire les besoins du pays et au-delà, des pays des régions de la Méditerranée orientale et même de l'Afrique.

### 2.3.11 Financement et dépenses de santé

La part des dépenses nationales de santé dans le PIB (tableau 8) reste à des niveaux acceptables mais s'accroît rapidement du fait du développement du secteur de libre pratique. Son taux d'accroissement annuel moyen a été de 11,6 % entre 1980 et 2005, soit environ le double du taux d'accroissement annuel moyen du PIB,<sup>37</sup> ces dépenses totales passant de 143 millions de TND à 2250 millions de TND. Entre 2000 et 2005, les dépenses du secteur de libre pratique ont augmenté (66 %) pratiquement deux fois plus que celles du secteur public et parapublic réunis (36,4 %).<sup>38</sup> Cependant en 2005, pour un volume de dépenses (50,6 % des dépenses nationales) à peu près égal à celui du secteur du libre pratique (48,1 % des dépenses nationales), les secteurs public et parapublic ont pourtant à charge plus de 80 % des hospitalisations, les trois quarts des consultations ambulatoires ainsi que toute la politique de prévention.

En matière de financement des dépenses de santé (tableau 9) depuis plusieurs années, la part du budget de l'État baisse par rapport à

**Table 8. Évolution de la part des dépenses de santé par rapport au PIB de 1980 à 2005<sup>37</sup>**

Années	1980	1985	1990	1995	2000	2003	2005
Dépenses totales de santé / PIB (en %)	3,2	4,2	5,3	5,5	5,6	5,6	5,9

<sup>37</sup> Arfa C, Souiden A, Achour N. *Les comptes nationaux de la santé en Tunisie – Résultats pour les années 2004 et 2005 (version préliminaire)*. Tunis, Ministère de la Santé publique/INSP/OMS/Bureau régional de la Méditerranée orientale, décembre 2007.

<sup>38</sup> Arfa C, Souiden M.A, Achour N. *Étude relative aux dépenses individuelles catastrophiques et leur impact sur l'appauvrissement des ménages : cas de la Tunisie*. Tunis, OMS/Bureau régional de la Méditerranée orientale, décembre 2008.

**Table 9. Tendence concernant la part des dépenses de santé (%) provenant de diverses sources de financement, 2000–2005<sup>37</sup>**

Années	2000 (%)	2004 (%)	2005 (%)
Gouvernement	33,7	28,9	28,2
Employeurs publics	2,7	4,9	4,9
Employeurs privés	15,4	15,2	15,4
Ménages	48,1	50,9	51,41

la participation des caisses de sécurité sociale et surtout par rapport à la participation des ménages, qui s'effectue soit par le biais des assurances facultatives (assurances groupes ou mutuelles) soit et majoritairement par le biais des paiements directs qui atteignent désormais des niveaux à peine soutenables (51,41 %) <sup>38</sup>. Le phénomène d'effort financier croissant des ménages et ses corollaires posent question sur les possibilités d'accessibilité à des soins adéquats pour les 80 % les moins favorisés de la population et surtout pour les 20 % les plus vulnérables <sup>38</sup> et sur l'apparition du risque de « dépenses catastrophiques » <sup>39</sup> et d'appauvrissement.

### La couverture sociale

En 2005-2006, on estime que la totalité de la population est admissible à un titre ou à un autre à la couverture maladie, <sup>37</sup> 66 % de la population est admissible au régime des caisses (aujourd'hui la CNAM), 25 % de la population bénéficie de l'assistance médicale à tarifs réduits et 8 % de l'assistance médicale gratuite. Ces deux catégories ne sont pas directement concernées par la réforme de l'assurance-maladie et ont accès comme par le passé à tous les types de soins et d'examen dans

les structures sanitaires publiques (SSP) relevant du ministère de la Santé publique. Les premières applications de la réforme du système d'assurance-maladie institué par la loi 2004-71 du 2 août 2004 portant institution d'un régime d'assurance-maladie sont entrées en vigueur en juillet 2007. <sup>26</sup> Les affiliés peuvent choisir entre 3 filières : dans la filière « publique », tous types de prestations sont pris en charge uniquement dans les SSP. La filière « privée » qui suppose le choix annuel d'un médecin de famille (généraliste référent) conventionné et la filière « remboursement » ouvrant accès au secteur de libre pratique.

Pour ce qui est des affiliés à la CNAM, on estime qu'à l'heure actuelle seulement 20 % d'entre eux environ ont choisi soit la filière privée soit la filière remboursement et pour des parts à peu près égales. Au total, 80 % environ de la population va comme par le passé demeurer essentiellement à la charge des SSP et des structures parapubliques, dont on sait que les moyens financiers sont déficients au regard de ceux dont dispose le secteur de libre pratique. L'existence des trois filières est le résultat de négociations avec les organisations professionnelles du

<sup>39</sup> Selon l'OMS « la dépense de santé est catastrophique si la contribution du ménage au système de santé dépasse 40 % du revenu restant après la satisfaction de ses besoins de subsistance ».

secteur de libre pratique et expose à des risques de dérapage vers l'augmentation des dépenses de santé. L'instabilité de l'emploi de certaines catégories vulnérables peut aussi déboucher sur une discontinuité dans la couverture des individus. La contribution de l'État risque de se maintenir à son niveau actuel et la contribution des ménages à des niveaux peu soutenables. Les craintes exprimées par certains avant la mise en œuvre de la réforme sur « l'apparition de phénomènes de sélection négatifs où les patients les plus pauvres auraient tendance à rester dans le secteur public » et où « le mécanisme de subvention croisée ne bénéficierait pas à ceux qui en ont le plus besoin » sont toujours d'actualité.<sup>31</sup>

### 2.3.12 Qualité et sécurité des soins

L'amélioration de la qualité des soins est une priorité déclarée du gouvernement et constitue une revendication intense de l'opinion publique. Cette question est d'autant plus importante que le pays s'oriente vers l'exportation des services de soins. Des études menées dans deux hôpitaux tunisiens font estimer la prévalence des événements indésirables à environ 10 % des hospitalisations. Le système de surveillance des décès maternels montre qu'environ 70 % des décès sont dus à des causes évitables. Il y a donc là une nécessité à la fois vitale et éthique pour le système de santé. Une stratégie nationale d'amélioration de la qualité des soins a été formulée<sup>40</sup> et des structures spécifiques pour la mise en œuvre ont été créées au ministère de la Santé

publique mais sans résultats concrets. Des initiatives de terrain existent<sup>41</sup> : programme qualité des prestations dans le secteur des soins de santé de base du secteur public, système qualité des laboratoires d'analyses biologiques, expériences d'évaluation des pratiques professionnelles, qui sont un capital d'expériences concrètes sur lesquelles peut s'appuyer le projet récent de création d'une structure nationale d'accréditation/certification des structures et des personnels de santé.

### 2.3.13 Gouvernance

En matière de santé, la Tunisie a une grande expérience institutionnelle, une tradition de planification, d'organisation des services et de structuration des programmes, ce qui a permis de généraliser l'accessibilité de la population aux soins notamment grâce au secteur public des soins de santé de base et ainsi d'obtenir des résultats remarquables pour les principaux indicateurs sanitaires. Mais le système de santé fait l'objet de mutations et est soumis à des risques de dérive. On passe d'une situation dominée par un hospitalocentrisme technologique à un glissement de la prééminence du curatif et du technologique vers le secteur de la libre pratique, sans réel encadrement stratégique de ce secteur. Ceci génère une augmentation accrue des dépenses de santé et une érosion du rôle de référence du secteur public. Par ailleurs, malgré une volonté affichée de décentralisation et l'existence de structures géographiquement décentralisées (directions régionales de la

<sup>40</sup> La stratégie nationale de l'amélioration continue de la qualité des soins et des services de santé. Tunis, Ministère de la Santé publique/Direction générale de la santé, 2003.

<sup>41</sup> Ben Hamida A et al. Évaluation de la qualité de la prise en charge de l'HTA dans un centre de santé de base public (Ariana-Tunis). *Revue Épidémiologie et de Santé publique*, 1993, 41:200-207, Masson, Paris, 1993.

santé, structures administratives des hôpitaux dans les régions) les décisions restent centralisées et souvent peu en phase avec les réalités du terrain, notamment en matière de répartition des ressources et de certains choix stratégiques. Ainsi, des problèmes reconnus tels que la place insuffisante de la prévention et de la promotion de la santé, la mise à niveau des soins de santé de base, la continuité entre les niveaux de soins, la complémentarité entre le secteur public et le secteur de libre pratique, ne bénéficient pas d'une attention suffisante et d'un traitement coordonné et suivi. Il apparaît à travers certaines études<sup>24</sup> que les différents niveaux de l'administration, malgré l'excellent professionnalisme des cadres au plan de la maîtrise technique de leur fonction, souffrent d'une absence de culture managériale et de communication qui permettrait de dépasser un mode de fonctionnement trop pyramidal et cloisonné et de développer une fonction d'analyse et de formulation des stratégies fondées sur des données probantes.

### 2.3.14 Politique et objectifs principaux en matière de santé

Le XI<sup>e</sup> plan de développement économique et social, qui est dans sa dernière bienné (2010-2011), prévoit les orientations stratégiques prioritaires suivantes :

- ❖ assurer et renforcer la pérennité des acquis en matière de santé maternelle et infantile et de santé génésique et de la lutte contre les maladies transmissibles ;
- ❖ renforcer la lutte contre la progression des maladies de la transition ;
- ❖ réduire les disparités régionales en matière de santé en portant une attention particulière aux problèmes spécifiques des groupes vulnérables (enfants, jeunes, handicapés, personnes âgées) ;
- ❖ renforcer les capacités nationales en matière de production de médicaments, vaccins, sérums, sang et dérivés ;
- ❖ mettre en place un programme de développement des ressources humaines en veillant à une meilleure adéquation de la formation aux besoins nationaux et aux normes internationales ;
- ❖ maîtriser l'augmentation des dépenses de santé grâce à une meilleure complémentarité entre les secteurs public et privé tout en assurant le rôle de référence dévolu au secteur public en améliorant l'efficacité des structures hospitalières, en développant les soins à domicile, les soins ambulatoires et en instituant un système national de qualité des soins ;
- ❖ réaliser la mise à niveau du secteur public de première ligne pour renforcer l'équité et l'efficacité du système de santé.

Le nouveau programme électoral présidentiel (2010-2014) réaffirme le droit à la santé comme un droit fondamental pour tous les citoyens et un facteur essentiel de qualité de vie. Il énonce en particulier comme objectifs l'appui :

- ❖ au développement des capacités de lutte contre les maladies émergentes et réémergentes ;
- ❖ à la promotion et à prévention de la santé, à la garantie d'un environnement sain et à l'adoption de comportements sains notamment chez les adolescents et les jeunes ;

- ❖ au renforcement des capacités de prévention, dépistage et prise en charge des cancers les plus dangereux;
- ❖ au développement d'une attention particulière pour les maladies psychologiques et mentales ;
- ❖ à la garantie des bases de la sécurité sanitaire dans tous les domaines (production et utilisation des produits pharmaceutiques, réseaux des urgences, etc.) ;
- ❖ à la mise en œuvre d'un programme d'intégration des personnes âgées dans l'environnement social avec garantie de leur prise en charge sanitaire ;
- ❖ à la fixation d'objectifs opérationnels en matière de santé de la mère et du nouveau-né avec baisse du taux de la mortalité maternelle à 20 pour 100 000 naissances vivantes en 2014, baisse du taux de mortalité infantile à 12,5 pour 1000 naissances vivantes en 2014 et à moins de 10 pour 1000 naissances vivantes en 2020, baisse du taux de mortalité à 8,5 pour 1000 naissances vivantes en 2014 ;
- ❖ à l'amélioration de la productivité des structures hospitalières avec extension du réseau hospitalier pour une couverture équitable et intégrale dans tout le pays ;
- ❖ à l'institution d'un programme de mise à niveau de la première ligne du secteur public, y compris les hôpitaux de circonscription ;
- ❖ à la mise à niveau de la formation des cadres de la santé en adéquation avec les normes internationales et promotion du concept de médecin de famille et de son rôle dans le système de santé ainsi que l'introduction de l'enseignement de l'économie sanitaire ;
- ❖ à la création d'un organisme public indépendant apte à octroyer la certification et l'accréditation pour les structures et les cadres sanitaires ;
- ❖ à la mise en œuvre d'une stratégie nationale de production accrue de médicaments et de vaccins (rôle renforcé de l'Institut Pasteur) et orientée vers l'exportation ;
- ❖ à une croissance annuelle de 20 % des exportations de santé avec le développement du tourisme sanitaire, du thermalisme et de la thalassothérapie en adéquation avec les normes internationales.

## 2.4 Principaux défis pour le secteur de la santé

À la lumière des analyses qui précèdent, le système de santé va devoir relever des défis qui découlent de problèmes nouveaux associés aux défis de la mondialisation, avec des pressions accrues en matière de besoins de santé liés aux changements des styles de vie (transitions démographique et épidémiologique) ; ceci appelle des évolutions et des redéfinitions dans les modes de prise en charge des maladies chroniques et dégénératives (maladies non transmissibles) et donc le défi de corriger le déséquilibre actuel qui privilégie les réponses de type curatif au détriment des d'actions de promotion de la santé et de prévention. Ceci implique également le développement de prises en charge de plus en plus ambulatoires et proximales par la première ligne notamment du secteur public (CSB, hôpitaux de circonscription, hospitalisation de jour) avec un important volet d'accompagnement social.

Les implications sur la santé des problèmes d'environnement, notamment ceux liés aux ressources hydriques limitées et aux changements climatiques nécessitant une préparation aux catastrophes (inondations, sécheresses, etc.) par des plans intersectoriels de riposte.

L'impact de la crise financière et économique internationale sur le niveau socio-économique et donc sanitaire de la population et de ses effets déstabilisateurs sur le système de soins particulièrement en matière d'accessibilité et d'équité, ce qui met en exergue les problèmes de gouvernance avec le rôle insuffisant de l'autorité de tutelle en matière :

- ❖ de régulation de l'offre de soins pour réduire les disparités, pour l'organisation de la complémentarité entre les secteurs public et privé et celle de l'orientation-recours pour une

bonne continuité des soins ;

- ❖ de maîtrise de l'augmentation rapide des dépenses de santé par rapport au PIB et aux capacités de l'assiette des cotisations sociales ;
- ❖ de l'utilisation des informations les plus pertinentes pour la prise de décision basée sur les preuves ;
- ❖ de gestion des ressources humaines et matérielles (notamment le chômage des jeunes diplômés en santé) ;
- ❖ de décentralisation effective ;
- ❖ de mobilisation des représentants de la société civile pour le développement sanitaire ;
- ❖ de promotion de la collaboration intersectorielle pour la prise en charge des problèmes de santé ;
- ❖ de mise en place de solutions pour la problématique de la qualité des services de santé et de la sécurité des patients.







Section

3



Coopération et partenariats  
pour le développement



## ❖ Section 3. Coopération et partenariats pour le développement

### 3.1 Cadre général

L'important accroissement du PIB et l'amélioration des indicateurs de santé font que la Tunisie figure parmi les pays qui sont de moins en moins éligibles à l'aide extérieure. Une grande part de la coopération internationale prend désormais la forme de prêts pour la partie financière et de partenariats pour la partie technique. D'autre part, le développement très important des ressources humaines, la qualité de l'expertise disponible, le déploiement d'une solide infrastructure, le niveau atteint par les structures de formation des cadres et l'acquisition des techniques de pointe, permettent aujourd'hui à la Tunisie de se positionner comme partenaire à part entière dans les domaines de la coopération, de la technologie et des échanges scientifiques. Ainsi, plusieurs pays, notamment arabes et africains, font de plus en plus confiance au savoir-faire tunisien soit pour les assister chez eux, soit pour envoyer leurs cadres et leurs techniciens se former en Tunisie.

La mise à niveau du secteur public de santé et le développement de l'exportation des services de santé constituent actuellement les deux programmes stratégiques de l'État. Ils devraient constituer les axes de prédilection pour le développement de l'action en matière de coopération internationale dans le domaine de la santé afin de permettre au secteur de profiter au maximum des mécanismes et moyens disponibles au niveau de la coopération aussi bien multilatérale que bilatérale.

Avec l'OMS et outre les programmes biennuels, plusieurs institutions nationales ont été identifiées comme centres collaborateurs ; plusieurs boursiers de l'OMS provenant de pays frères et amis sont reçus dans nos structures, et la Tunisie accueille aussi, et de façon fréquente, plusieurs réunions interpays organisées par l'OMS.

Pour le secteur de la santé, les principales sources de financement externe sont la Banque européenne d'investissement (110 millions d'Euros), la Banque islamique de développement et le Fonds saoudien de développement (USD 40 millions).

### 3.2 Système des Nations Unies

Diverses organisations de coopération des Nations Unies sont présentes en Tunisie : l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI), l'Organisation internationale pour les migrations (OIM).

L'équipe de pays du système des Nations Unies en Tunisie appuie les efforts du pays, sous la direction du gouvernement, dans la promotion d'un développement social et économique durable centré sur la personne humaine et préservant les générations présentes et futures. Elle s'attache en particulier à soutenir le pays afin de remplir ses engagements en signant la Déclaration du Millénaire.

La période 2007-2011 a été marquée par l'élaboration d'un « Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement », en consultation avec le Gouvernement tunisien, et qui sert de référence à la stratégie des organisations. Ce plan comprend quatre axes :

- ❖ réduire les disparités, promouvoir l'égalité, améliorer la qualité de vie
- ❖ mener une action de plaidoyer auprès des jeunes et des adolescents
- ❖ relever les défis de l'emploi
- ❖ relever les défis de la mondialisation.

Les institutions du système des Nations Unies mettent l'accent sur l'importance d'actions synergiques et complémentaires et les efforts en matière d'harmonisation ont permis de lancer des groupes thématiques dans lesquelles l'OMS est pleinement impliquée, surtout dans les groupes suivants qui traitent des questions de santé :

- ❖ groupe thématique jeunes et adolescents
- ❖ groupe thématique VIH/sida
- ❖ groupe thématique Disparité et qualité de vie.

1. Le programme de coopération de l'UNICEF dans le volet santé (y compris jeunes/adolescents et VIH), pour le plan quinquennal 2007-2011 s'articule autour de deux projets :

- ❖ Appui aux politiques nationales et réduction des disparités : qui vise à appuyer les politiques nationales relatives à la santé de la mère et de l'enfant, notamment en matière de réduction de la mortalité maternelle et de la morbidité/mortalité périnatale et néonatale. Ce projet tend aussi, dans une démarche de réduction des

disparités régionales, à améliorer la qualité des services de santé maternelle et infantile dans les régions de Kasserine, Sidi Bouzid, Kairouan et Tataouine. Ceci inclut l'extension de la stratégie de la prise en charge intégrée de la santé de l'enfant (PCIME) dans les régions ciblées et le renforcement des capacités du personnel de santé en communication, en gestion de la circonscription sanitaire et en qualité des services de santé maternelle et infantile.

- ❖ Jeunes/adolescents et VIH/sida : Ce projet vise à contribuer i) à l'amélioration de l'accès des jeunes et adolescents à des services de santé de qualité, y compris les services de conseil et de dépistage volontaire du VIH, et la promotion de modes de vie sains ; ii) à la prévention et la réduction de la transmission parents/enfants. Ce projet inclut également le développement des compétences de vie et la promotion de la participation des jeunes et adolescents.

Le budget alloué est de USD 475 000 pour les ressources ordinaires et de USD 900 000 pour les fonds supplémentaires.

2. Pour l'UNFPA et au cours de la période 2007-2011, la santé génésique constitue l'élément de base du programme qui doit favoriser l'accès à des services de santé génésique de qualité répondant aux besoins et aux droits des couples et des individus, y compris les jeunes et les adolescents.

Deux axes ont été identifiés :

- ❖ disponibilité accrue de services de santé génésique de qualité dans

les centres de santé de base et de référence, aussi bien au sein des secteurs public que privé, ciblant les zones défavorisées ;

- ❖ renforcement des partenariats pour les services de santé génésique des adolescents et jeunes, et promotion de la participation des jeunes dans les activités des ONG et des secteurs public et privé.

La contribution budgétaire allouée par l'UNFPA pour la réalisation de ce programme est de USD 1 150 000. Une somme de USD 710 000 sera recherchée auprès des donateurs.

3. Un projet conjoint de réduction de la mortalité maternelle (OMD 5) est en cours d'exécution, il a mobilisé quatre institutions (UNFPA, OMS, PNUD et UNICEF), ce qui témoigne de l'intérêt accordé à une approche d'harmonisation et de coordination efficace entre ces institutions.

Pour renforcer les capacités du pays à accélérer la réduction de la mortalité maternelle en vue de réaliser le cinquième OMD, ce programme a focalisé son intervention sur les axes suivants :

- ❖ améliorer les connaissances sur la situation de la mortalité maternelle au niveau national et des régions ciblées,
- ❖ améliorer la qualité des services pour la prise en charge et le suivi de la santé maternelle,
- ❖ renforcer les capacités du personnel en matière de méthodes de communication et d'éducation innovantes sur la santé maternelle.

La participation des quatre institutions est estimée à USD 1 032 000.

4. La Tunisie abrite par ailleurs un projet pilote OPTIMIZE sur l'amélioration de la logistique de la chaîne du froid pour les vaccins dans le cadre d'un partenariat entre l'OMS et PATH, ce projet est estimé à 1,7 million de dollars

### 3.3 Coopération bilatérale

La coopération bilatérale représente également un volet important du soutien au secteur de la santé dans ses efforts de mise à niveau et d'insertion dans un contexte international caractérisé par la mondialisation et l'ouverture des marchés.

Les accords passés avec plusieurs pays s'intéressent entre autres à l'échange d'expériences et d'experts, à la formation de cadres, à la recherche médicale, à l'étude des schémas d'organisation et des méthodes de gestion des programmes de santé, au partenariat dans le domaine de l'industrie pharmaceutique et à la coopération directe entre institutions sanitaires. On peut citer, à titre indicatif, l'Allemagne, la Belgique, la Bulgarie, la France, l'Italie et la Pologne pour l'Europe, l'Afrique du Sud, le Mali, le Niger et le Sénégal pour l'Afrique, l'Argentine pour l'Amérique du Sud, ainsi que la Chine et la République islamique d'Iran pour l'Asie.

Pour la coopération bilatérale, on peut citer les exemples suivants :

La Banque européenne d'investissement : 110 millions d'euros sous forme de prêt pour un programme de génie civil et d'équipement;  
Le Fonds saoudien de développement : USD 25 millions et la Banque islamique de développement : USD 40 millions.

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme : un premier projet de soutien à la lutte contre le VIH/sida d'une valeur d'environ 17 millions de USD et un deuxième d'environ 7 millions de USD est en cours pour la lutte contre la tuberculose

La coopération avec le monde arabe, et notamment les pays du Maghreb, mérite une mention particulière ; elle a permis la mise au point de programmes d'action avec la majorité des pays de ces deux zones, que ce soit dans un cadre bilatéral (Algérie, Jamahiriya arabe libyenne, Maroc, Mauritanie, République arabe syrienne, etc.) ou multilatéral (Ligue arabe et Union du Maghreb arabe).

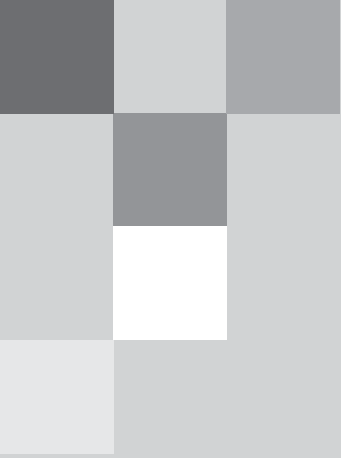
Malgré ses apports indéniables, la coopération pose de sérieux problèmes de coordination, l'État tunisien traitant individuellement avec chacun des partenaires. Les négociations au plan macro-économique échappent au ministère de la Santé publique, qui n'a pas lui-même mis en place de coordination pour l'appui au secteur des divers intervenants.

### 3.4 Coopération tunisienne

À travers le placement de coopérants, la Tunisie participe depuis les années 70 à l'effort entrepris par plusieurs pays, et tout particulièrement ceux du Conseil de Coopération du Golfe, et récemment de plus en plus en Afrique sub-saharienne, pour mettre en place et développer leurs systèmes de santé.

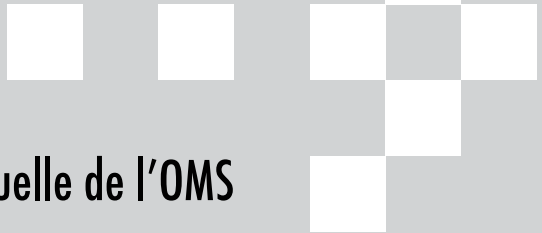
Les années à venir paraissent assez prometteuses dans ce domaine, comme en témoigne l'augmentation notable des offres de recrutement émanant des pays du Conseil de Coopération du Golfe et de certains pays européens, tout particulièrement l'Italie.

Par ailleurs, plusieurs institutions sous tutelle du ministère de la Santé publique (Office national de la Famille et de la Population, Centre national de Formation pédagogique des Personnels de Santé, Institut national de Santé publique, etc.) participent à la formation de cadres originaires essentiellement de pays africains et arabes et ce, dans le cadre de programmes triangulaires avec le soutien d'organisations telles que l'UNFPA, le PNUD, l'OMS, la Banque islamique de développement et la Banque mondiale.



Section

# 4



**Coopération actuelle de l'OMS**







## Section 4. Coopération actuelle de l'OMS

### 4.1 Aperçu historique

L'OMS a accompagné le développement sanitaire en Tunisie aux divers niveaux du système de soins, en suivant les priorités nationales définies dans les plans de développement économique et social.

Au lendemain de l'indépendance nationale en 1956, avec le début de la construction d'un état national et moderne, l'OMS a concentré son assistance technique sur le développement de l'infrastructure sanitaire, les ressources humaines et divers programmes de lutte contre les fléaux sociaux – paludisme, trachome, schistosomiase et autres maladies transmissibles. Les programmes de prévention ont bénéficié d'un appui tant en ce qui concerne la logistique que la formation du personnel de santé.

Étant donné l'acuité du manque de personnel médical après le départ des Français, l'OMS a apporté sa contribution à la création de la première faculté de médecine à Tunis, et aux études de faisabilité concernant celles de Sousse et Sfax. L'Organisation a aussi collaboré au développement de la première école de cadres infirmiers et à la création de certaines écoles paramédicales. Pendant les années 70, l'OMS a apporté son aide au développement des programmes nationaux de prévention et au renforcement institutionnel du ministère de la Santé publique à travers la création de la Direction de la Médecine préventive et sociale.

Après la Déclaration d'Alma-Ata, des efforts ont été faits pour promouvoir l'intégration des différents programmes de lutte contre les maladies transmissibles et au cours des années 80, l'OMS a concentré sa coopération sur le renforcement de divers programmes, le développement de la décentralisation sanitaire et la création, au sein du ministère, des directions des soins de santé de base, de la médecine scolaire et universitaire, de l'hygiène du milieu et de la protection de l'environnement. À partir des années 90, la coopération a concerné un bon nombre de programmes couvrant les domaines des technologies médicales, le renforcement des systèmes de santé fondés sur les soins de santé de base et l'adaptation aux exigences de la transition épidémiologique et démographique. Une attention particulière a été portée à la problématique de la qualité au niveau de l'offre des services.

En plus des programmes de coopération technique, l'OMS s'est engagée dans un partenariat qui vise à développer les centres d'excellence du pays et leur contribution à la coopération internationale. Ainsi, sept centres travaillant dans divers domaines (laboratoires, médicaments, banques du sang, ressources humaines, santé génésique etc.) ont été désignés centres collaborateurs de l'OMS. Ils reçoivent des boursiers stagiaires de la Région de la Méditerranée orientale et des autres régions – notamment l'Afrique – et font bénéficier certains pays de leur expertise.

## 4.2 Activités principales et modalités de coopération

La coopération technique avec l'OMS, jusqu'à l'ouverture récente d'un bureau dans le pays, a été gérée essentiellement depuis le Bureau régional, avec la contribution du Bureau du PNUD à Tunis pour les aspects financiers.

La programmation se fait selon un cycle biennal et couvre les domaines jugés prioritaires au terme de négociations entre une équipe de l'OMS et une équipe nationale. Toutefois, la coopération technique est restée relativement limitée aux programmes directement sous la responsabilité du ministère de la Santé publique.

L'OMS apporte son soutien dans 38 programmes répartis dans cinq domaines d'activité :

- ❖ les maladies infectieuses
- ❖ la santé maternelle et infantile
- ❖ l'environnement et la nutrition
- ❖ les maladies non transmissibles
- ❖ le développement des systèmes de santé.

Ces programmes couvrent presque tous les aspects prioritaires du système de santé (la prévention, la lutte contre les maladies transmissibles, la surveillance sanitaire des maladies émergentes et réémergentes) ; les programmes qui font l'objet du plus grand renforcement sont ceux qui concernent le développement des soins de santé de base, ceux de l'hygiène du milieu, de l'assainissement, de la sécurité alimentaire et celle de l'eau. D'autre part et en réponse aux transitions épidémiologiques et à l'émergence des maladies non

transmissibles, une attention plus importante est accordée au renforcement des stratégies de prévention des facteurs de risque et au dépistage précoce de ces maladies, mais aussi aux interventions communautaires et à la mobilisation de la société civile.

Au vu de l'importance des défis et des opportunités face au système de santé, la Tunisie s'est engagée dans plusieurs autres initiatives :

- ❖ Dans le domaine de la collaboration intersectorielle impliquant les ONG, les établissements universitaires, un projet d'urbanisation saine dans la ville de l'Ariana (AHUP) a été lancé, il s'agit d'une initiative de promotion du mode de vie sain chez la population urbaine, basée sur la participation communautaire, l'implication de la société civile et l'action sur les déterminants de la santé. C'est un projet qui a été adopté par le Bureau régional de la Méditerranée orientale et le Centre OMS de Kobé comme projet pilote, pour lutter contre les risques cardio-vasculaires et les maladies non transmissibles. Des projets similaires ont été lancés dans d'autres villes (Sousse).
- ❖ Dans le cadre du développement durable, le ministère de l'Environnement lance des études et une stratégie nationale de maîtrise des impacts des changements climatiques en collaboration avec d'autres partenaires internationaux. Le Centre régional pour les activités d'hygiène de l'environnement (CEHA) a soutenu une étude tunisienne sur l'impact de l'environnement sur la santé des enfants.

- ❖ Dans le cadre des partenariats, la Tunisie s'active pour élaborer des projets de collaboration Sud-Sud ; à ce titre l'Office National de la Famille et de la Population apporte son expertise technique à des pays de l'Afrique (Niger, Mauritanie, Tchad) avec la collaboration de la coopération française ou japonaise ; la lutte contre la violence dans les pays d'Afrique du nord (avec la Coopération espagnole); l'institut Pasteur de Tunis organise une formation sur le thème technologie et laboratoires pour renforcer les capacités des professionnels en exercice dans les pays d'Afrique subsaharienne.
- ❖ Des collaborations avec des établissements étrangers sont mises en route notamment dans le domaine du développement des ressources humaines. Avec l'Université de Montréal, les quatre facultés de Médecine de la Tunisie ont entamé un projet de développement de la médecine familiale. Avec l'Université Saint-Joseph de Beyrouth, les cinq nouveaux instituts de sciences infirmières ont élaboré un programme d'échange et de partenariat pour améliorer la formation en soins infirmiers.
- ❖ Le système des Nations Unis (toutes les institutions y compris l'OMS) a élaboré avec les différents ministères concernés un programme conjoint jeunes et adolescents visant la promotion de leur participation active dans la société, la réponse adaptée à leurs besoins et la création d'espaces amis des jeunes.

- ❖ La Tunisie fait partie du réseau de métrologie sanitaire soutenu par l'OMS (Siège) et faisant appel aux principaux acteurs à l'intérieur du secteur de la santé et dans d'autres secteurs pour développer le système d'information sanitaire.

L'analyse de la coopération à travers les diverses périodes biennales montre une concentration des efforts en direction de la formation du personnel et du développement institutionnel. Le recours aux consultants étrangers devient relativement limité, et beaucoup de programmes ont recours à l'expertise nationale. Les domaines de coopération entre 2000 et 2009 comprennent les maladies infectieuses et les services de laboratoire, la santé maternelle et infantile, l'environnement et la nutrition, les maladies non transmissibles, et le développement des systèmes de santé. Les types d'activités soutenues incluent la formation à l'étranger, la formation nationale, les fournitures et le matériel, les coûts de consultations et les coûts locaux.

La priorité est donnée aux activités relatives au renforcement du système de santé particulièrement celles s'intéressant au développement des ressources humaines telles que le développement de la médecine de famille et le rehaussement du niveau des soins infirmiers. D'autre part, il y a une croissance soutenue pour les maladies non transmissibles et les techniques et laboratoires. Au cours des différentes périodes biennales, la priorité a été donnée au développement du système de santé, et l'intérêt accordé aux maladies non transmissibles est de plus en plus important en réponse aux nouveaux défis du

système. Il y a eu un changement qualitatif de la coopération, puisque les ressources allouées sont de plus en plus orientées vers le développement des capacités des professionnels à travers les sessions de formation et d'assistance technique.

### 4.3 Forces, faiblesses et perspectives de la coopération

L'OMS, tout en prenant en compte les préoccupations nationales aux diverses étapes du développement sanitaire, a essayé d'intégrer les changements intervenus sur les plans mondial et régional aux niveaux politique, économique et social. La réouverture du bureau de pays a contribué à une meilleure visibilité de l'OMS au niveau national et a amélioré l'efficacité de l'Organisation. L'amélioration se fondera sur les acquis et sur le capital de confiance établi entre l'OMS et la Tunisie, ainsi que sur une vision plus stratégique de la coopération.

L'analyse de la collaboration de la Tunisie avec l'OMS permet de constater, une orientation plus novatrice, faisant appel à de nouveaux partenariats et collaborations, intégrant les préoccupations nationales et tenant compte des changements à l'échelle régionale et mondiale et enfin renforçant le rôle que doit jouer la Tunisie pour partager ses expériences et son expertise avec d'autres pays.

### 4.4 Centre méditerranéen pour la réduction des risques sanitaires

La présence de l'OMS dans le pays est aussi renforcée par l'existence du Centre méditerranéen pour la réduction des risques

sanitaires, qui contribue au développement sanitaire aux niveaux national et mondial. Fondé suite à la d'un signature mémorandum d'accord entre le Gouvernement tunisien et l'Organisation mondiale de la Santé à la fin de 1997, le Centre méditerranéen de l'OMS pour la réduction de la vulnérabilité, basé à Tunis, est un centre international pour la mobilisation sociale, la formation et la recherche-action. L'appui du Gouvernement tunisien au centre porte de manière formelle la Tunisie au rang des pays donateurs engagés au profit de la santé mondiale, et confirme la ligne de sa politique de solidarité internationale.

Le Centre a un rôle spécifique au sein de l'OMS. Administré par le Siège de l'OMS à Genève, il a un mandat interrégional et travaille avec toutes les régions de l'Organisation. En 1998-1999, le Centre a concentré ses efforts sur le développement des compétences pour la gestion des risques et sur le développement humain ; il a, entre autres, servi de point focal au Bureau régional de la Méditerranée orientale pour les actions humanitaires et d'urgence. Entre 2000 et 2002, ses objectifs se sont étendus à des actions visant à améliorer et augmenter l'accès aux services socio - sanitaires, ainsi que la gestion des risques sanitaires. En 2003, un ensemble d'activités de mobilisation sociale et de formation pour la lutte contre les maladies transmissibles a été transféré au Centre depuis le Siège de l'OMS.

Le renouvellement du mémorandum d'accord entre la Tunisie et l'OMS pour ledit Centre a été concrétisé le 13 mai 2008 et son nom a été changé en « Centre Méditerranéen de l'OMS pour la réduction des risques sanitaires ». Bien que le Centre

ait un mandat international, il poursuit une action spécifique avec la Tunisie en faisant bénéficier les programmes du pays de ses expériences techniques et en sollicitant leur

contribution. Depuis sa création, le Centre a fourni, à la demande, une expertise dans divers programmes de santé en Tunisie.







Section

# 5



Programme d'action stratégique  
pour la coopération de l'OMS







## ❖❖ Section 5. Programme d'action stratégique pour la coopération de l'OMS

### 5.1 Principes directeurs et cadre politique pour l'action de l'OMS dans les pays

Les principes directeurs et le cadre politique général pour l'action de l'OMS en tant qu'agence sanitaire mondiale sont exposés dans le onzième programme général de travail, dans le plan stratégique à moyen terme ainsi que dans les déclarations relatives aux priorités régionales.

Le onzième programme général de travail (2006–2015) propose le programme d'action suivant à tous les partenaires, et pas seulement à l'OMS.

- ❖❖ Investir dans la santé pour réduire la pauvreté ;
- ❖❖ Renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale ;
- ❖❖ Promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la santé ;
- ❖❖ Influencer sur les déterminants de la santé ;
- ❖❖ Renforcer les systèmes de santé et rendre l'accès plus équitable ;
- ❖❖ Exploiter le savoir, la science et la technologie ;
- ❖❖ Renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

Dans la réalisation de son rôle afin de mettre en œuvre le programme énoncé ci-dessus, les avantages spécifiques de l'OMS résident dans sa neutralité et dans le fait

que la quasi-totalité des pays du monde y sont représentés, dans son impartialité et son important pouvoir fédérateur. Le rôle que l'Organisation joue dans la lutte contre les maladies est unique. L'OMS a élargi le champ de ses activités normatives au niveau mondial. Elle s'attache à promouvoir un débat fondé sur des données probantes et possède des multiples réseaux formels et informels dans le monde entier. Son organisation en régions lui offre de multiples possibilités de collaborer avec les pays.

Ceci étant, l'OMS doit relever d'importants défis si elle veut mener une action efficace à l'avenir. Dans les situations de crise sanitaire, l'OMS doit réagir rapidement pour se montrer un partenaire efficace parmi les nombreux organismes qui collaborent avec les gouvernements.

L'OMS s'attachera à éclaircir les notions d'équité en santé et des droits de l'homme liés à la santé. Elle montrera l'exemple en incorporant la question de l'égalité des sexes dans tous ses travaux d'orientation technique et travaux normatifs. Elle veillera plus attentivement et plus activement à ce que les pays aient suffisamment de ressources humaines pour la santé et s'emploiera à maintenir cette préoccupation au premier plan des politiques nationales et internationales. Elle collaborera avec les ministères de la santé et déterminera avec eux ce qu'il est possible de faire de concert avec d'autres secteurs. L'OMS collaborera plus systématiquement avec la société civile et l'industrie, y compris les firmes médicales et pharmaceutiques internationales.

Les fonctions essentielles de l'Organisation guideront le travail du Secrétariat, orienteront les approches permettant de réaliser les objectifs stratégiques et serviront de cadre pour assurer cohérence et résultats aux niveaux mondial, régional et national. Les fonctions essentielles sont les suivantes :

- ❖ Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
- ❖ Fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ;
- ❖ Fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application ;
- ❖ Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
- ❖ Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ;
- ❖ Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances.

Durant les six années que couvre le plan stratégique à moyen terme 2008-2013, l'OMS continuera à jouer le rôle de chef de file dans le domaine de la santé publique en tirant un parti optimal de son impartialité et de sa composition quasi universelle. Les orientations fournies par les gouvernements par la voie du Conseil exécutif, de l'Assemblée de la Santé et des comités régionaux donnent sa légitimité à l'action de l'Organisation ; en retour, l'obligation redditionnelle du Secrétariat vis-à-vis des organes gouvernementaux garantit la transparence dans la mise en œuvre.

L'OMS joue un rôle qui lui est propre dans la lutte contre la maladie en réunissant les preuves scientifiques nécessaires, en prônant des stratégies mondiales d'éradication, d'élimination ou de prévention, ou encore en repérant et en aidant à enrayer les flambées de maladie. L'OMS s'attachera à promouvoir des débats, des analyses et des politiques sanitaires fondés sur des données probantes à travers les activités du Secrétariat, des groupes d'experts et des groupes consultatifs, des centres collaborateurs et des nombreux réseaux formels et informels dont elle fait partie.

La structure du Secrétariat de l'OMS est conçue pour lui permettre de collaborer avec les pays. Le Siège s'occupe des questions de portée mondiale et apporte un appui technique aux Régions et aux pays. Les bureaux régionaux s'occupent du soutien technique et du renforcement des capacités nationales. La présence de l'OMS dans les pays lui permet d'avoir des contacts rapprochés avec les ministères de la santé et avec ses partenaires – gouvernementaux ou autres. L'Organisation travaille en étroite collaboration avec les organismes du système des Nations Unies et canalise l'aide d'urgence. Grâce à sa structure décentralisée et les relations de travail étroites qu'il entretient avec les gouvernements, le Secrétariat est en mesure de rassembler l'information sanitaire et de suivre l'évolution des tendances dans l'ensemble des pays, des Régions et du monde.

L'OMS fonctionne dans un environnement de plus en plus complexe qui évolue rapidement. Les frontières de l'action de santé publique deviennent moins claires car elles s'étendent à d'autres secteurs

qui influencent les opportunités et les résultats en matière de santé. L'importance des déterminants économiques, sociaux et environnementaux de la santé s'est accrue. Les transitions démographiques et épidémiologiques se combinent désormais aux transitions nutritionnelles et comportementales, influencées par la mondialisation et l'urbanisation, pour créer de nouvelles tendances défavorables.

Les résultats escomptés pour la période que recouvre le plan stratégique à moyen terme sont articulés sur 13 objectifs stratégiques qui découlent du cadre de gestion fondée sur les résultats et définissent les résultats – clairs, mesurables et budgétisés – attendus de l'Organisation. Ces objectifs encouragent la collaboration entre les programmes consacrés à différentes maladies, car ils tiennent compte des multiples liens entre les déterminants de la santé, les résultats, les politiques, les systèmes et les technologies sanitaires.

## 5.2 Orientations stratégiques pour le soutien de l'OMS

Six axes se dégagent pour la coopération de l'OMS avec la Tunisie pour la période 2010-2014 :

- 1- Soutien aux efforts du pays pour la consolidation de la sécurité sanitaire à travers le renforcement de la surveillance sanitaire, les activités de prévention et l'accès à la technologie biomédicale appropriée.
- 2- Soutien à la mise en œuvre d'une stratégie nationale de promotion de la santé et de l'action au niveaux des déterminants sociaux de la santé pour une meilleure efficacité du système et pour une meilleure équité.

3- Soutien au développement de stratégies appropriées qui répondent aux différents défis et changements afin de consolider et redynamiser les soins de santé de base.

4- Soutien aux efforts de planification stratégique au long terme du développement des ressources humaines pour la santé.

5- Soutien aux efforts visant à préserver les acquis du secteur public, à sa mise à niveau et à augmenter la performance du système de santé et sa réactivité.

6- Renforcement de la gouvernance du système de santé en élaborant des politiques fondées sur des bases factuelles, et la planification stratégique pour des réponses efficaces et efficientes.

## 5.3 Priorités stratégiques

### 5.3.1 Soutien aux efforts du pays pour la consolidation de la sécurité sanitaire à travers le renforcement de la surveillance sanitaire, les activités de prévention et l'accès à la technologie biomédicale appropriée.

L'OMS s'efforcera de contribuer :

- ❖ au renforcement des capacités de réponse aux urgences, catastrophes naturelles et effets du changement climatique (quartier général d'opération avec antennes régionales) ;
- ❖ à la consolidation et au renforcement de la surveillance épidémiologique et veille sanitaire ;
- ❖ au soutien au programme national de production de vaccins et sérums.

### 5.3.2 Soutien à la mise en œuvre d'une stratégie nationale de promotion de la santé et de l'action au niveaux des déterminants sociaux de la santé pour une meilleure efficacité du système et pour une meilleure équité.

L'OMS appuiera :

- ❖ le plaidoyer pour la santé dans toutes les politiques de développement et pour la participation active du citoyen ;
- ❖ la promotion de l'action sur les déterminants sociaux de la santé à travers une action intersectorielle ;
- ❖ le développement d'une stratégie nationale sur la salubrité de l'environnement et de la réponse aux changements climatiques.

### 5.3.3 Soutien au développement de stratégies appropriées qui répondent aux différents défis et changements afin de consolider et redynamiser les soins de santé de base.

L'OMS participera au développement des approches stratégiques suivantes :

- ❖ Redéfinition des nouveaux besoins et de la gamme des services essentiels de riposte ;
- ❖ Promotion de la pratique et de la filière de soins axée sur la santé de la famille et repositionnement de la première ligne dans le système national de santé (secteur privé et secteur public) ;
- ❖ Renforcement des activités de promotion de la santé, y compris les modes de vie sains (lutte contre les facteurs de risque) ;

- ❖ Renforcement de la participation communautaire dans les activités de développement sanitaire ;
- ❖ Préparation du personnel de santé à apporter une meilleure réponse aux problèmes de la transition épidémiologique et démographique, notamment pour la mise en œuvre d'un programme d'intégration des personnes âgées dans l'environnement social, pour le renforcement des capacités de prévention, de dépistage et de prise en charge des cancers les plus dangereux et la réalisation des objectifs en matière de santé des mères et des nouveau-nés et d'adoption de comportements sains ;
- ❖ Mise à jour des besoins en ressources pour redynamiser les soins de santé de base avec institution d'un programme de mise à niveau de la première ligne du secteur public, y compris les hôpitaux de circonscription.

### 5.3.4 Soutien aux efforts de planification stratégique au long terme du développement des ressources humaines pour la santé.

L'OMS apportera son soutien :

- ❖ à la mise en place d'une stratégie nationale de développement des ressources humaines pour la santé ;
- ❖ à la mise en place de l'observatoire national des ressources humaines ;
- ❖ au développement de scénarios à long-terme pour la production et l'utilisation des ressources humaines ;
- ❖ à l'amélioration de la qualité des ressources humaines produites en conformité avec des normes internationales et aux besoins du

pays avec promotion du concept de médecin de famille et de son rôle dans le système de santé ;

- ❖ à l'étude des opportunités offertes au pays pour l'exportation de l'excédent de ressources humaines y compris à travers la coopération triangulaire et Sud-Sud et par une stratégie proactive de promotion de l'expertise nationale.

### 5.3.5 Soutien aux efforts visant à préserver les acquis du secteur public, à sa mise à niveau et à augmenter la performance du système de santé et sa réactivité.

Pour l'appui au développement des ressources humaines, l'OMS soutiendra :

- ❖ la protection des acquis nationaux en matière d'accès au médicament par le renforcement du rôle régulateur de la Pharmacie Centrale et le renforcement de l'autosuffisance notamment par la mise en œuvre d'une stratégie nationale de production accrue de médicaments et de vaccins orientée vers l'exportation ;
- ❖ le développement des capacités d'analyse des coûts et de facturation des services publics ;
- ❖ la mesure de la performance du système sanitaire (public et privé) d'offre des services par référence aux objectifs du système nationale de santé et assurer un monitoring des résultats.

### 5.3.6 Renforcement de la gouvernance du système sanitaire à travers le développement d'une politique fondée sur des bases factuelles, la planification stratégique pour une réponse efficace et efficiente.

Pour le renforcement de la gouvernance du système sanitaire, l'OMS appuiera :

- ❖ la stratégie nationale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients ;
- ❖ la contribution au développement au Ministère de la Santé Publique d'une fonction d'analyse et de formulation des politiques et stratégies de santé basée sur l'évidence et avec une approche inclusive (société civile, secteur privé, professionnels de la santé) ;
- ❖ la mise à jour et le renforcement du système national d'information sanitaire ;
- ❖ le soutien au développement de la stratégie nationale visant la couverture universelle par la protection sociale en santé et par une politique pérenne du financement de la santé ;
- ❖ les capacités dans le domaine de l'analyse des déterminants de l'augmentation des charges financières des ménages et des dépenses catastrophiques afin d'aider au choix des réponses appropriées ;
- ❖ l'accompagnement de la réforme de décentralisation sanitaire et du renforcement de la régulation de l'offre de service en vu d'assurer une meilleure complémentarité entre les niveaux et les intervenants et afin d'aboutir à une meilleure continuité des soins ;

- ❖ la mise en place d'une autorité nationale de régulation, d'évaluation de la technologie biomédicale et d'accréditation et en particulier la création d'un organisme public indépendant apte à octroyer la certification et/ou l'accréditation pour les structures et les cadres sanitaires ;

- ❖ la mise en œuvre d'une Ecole Nationale de Santé Publique.
- ❖ l'exportation des services de santé dans le cadre des avantages comparés du pays.






Section

# 6



Mise en œuvre du programme  
stratégique :  
Implications pour l’OMS







## Section 6. Mise en œuvre du programme stratégique : Implications pour L'OMS

### 6.1 Bureau de pays

La préparation de la stratégie actuelle de coopération avec le pays vient cinq ans après la réouverture du Bureau du Représentant de l'OMS, intervenue en juin 2004. Ce bureau devra faire la preuve de sa « valeur ajoutée » au service d'une coopération de plus en plus « sophistiquée » et complexe, à l'image des problèmes qui se posent en Tunisie.

Les intervenants sont nombreux, souvent insuffisamment coordonnés, et il importera que l'Organisation puisse faire entendre sa voix dans le débat trop souvent éludé de la place de la santé dans le développement. Le bureau de pays devra avoir la capacité technique et managériale de tirer le meilleur parti possible de l'expertise existant aux divers niveaux de l'Organisation et dans d'autres institutions. Il devra avoir la visibilité suffisante pour assumer le leadership attendu de l'Organisation et participer activement et avec crédibilité dans les programmes conjoints avec les autres institutions des Nations Unies.

Le personnel du Bureau de l'OMS à Tunis est actuellement composé, outre le Représentant, de trois personnels nationaux recrutés à titre fixe par l'OMS, un chargé de programmes et 2 assistantes, le reste du personnel sont soit mis à la disposition de l'OMS par le Gouvernement (un assistant administratif, une secrétaire, 2 chauffeurs), soit des personnes titulaire d'accords de services spéciaux (une assistante financière, une assistante en communication, une assistante en bibliothèque, une employée des finances, et une aide de bureau).

De nouveaux locaux ont été construits pour abriter la représentation de l'OMS et le Centre Méditerranéen de l'OMS pour la réduction des risques sanitaires.

Les besoins urgents, pour rendre le Bureau pleinement opérationnel, comprennent :

- ❖ la régularisation des situations des contractuels et des mis à la disposition par le ministère de la santé ;
- ❖ le renforcement de l'effectif par des compétences techniques (2 cadres au niveau local) pour assurer au Bureau les capacités techniques adéquates pour la mise en œuvre des priorités identifiées dans la stratégie de coopération avec le pays ;
- ❖ la dotation de nouveaux personnels administratifs et techniques pour la fonctionnalité du nouveau local appelé à jouer un rôle de plate-forme de formation et de communication plus élargie et pour abriter plus d'activités de l'OMS (du Siège) ;
- ❖ le renouvellement et le renforcement du parc automobile.

### 6.2 Bureau régional et Siège

Le programme stratégique présenté à la section précédente met en évidence les divers domaines pour lesquels une contribution sera sollicitée. Il est important que les programmes, au Bureau régional, au Siège et dans les autres régions, puissent mobiliser en temps voulu une expertise de haut niveau et des appuis techniques sous forme de directives internationales, de résultats de recherche et de documentation

technique. Pour ce qui concerne cette dernière, sa disponibilité en langue française, et parfois aussi en langue arabe, est à promouvoir absolument.

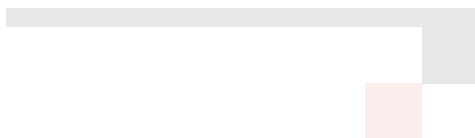
Le renforcement de la capacité du Bureau de pays va nécessiter une contribution significative du Bureau régional, que le Siège devra appuyer en mobilisant des financements extrabudgétaires. Par ailleurs, le développement très important des ressources humaines en Tunisie, la qualité de l'expertise disponible, le déploiement d'une solide infrastructure, le niveau atteint par les structures de formation des cadres et l'acquisition des techniques de pointe permettent aujourd'hui à la Tunisie de se poser comme partenaire à part entière dans divers domaines comme le développement de technologies et les échanges scientifiques.

L'Organisation doit se donner les moyens de bénéficier de ces atouts au service de la communauté internationale, comme elle le fait déjà dans certains domaines.

L'approche des questions complexes des systèmes de santé en transition bénéficiera des expériences menées en Tunisie dans un cadre stable sur de longues années.

Le programme relatif aux maladies non transmissibles et aux modifications de comportement, encore trop peu ébauché et tirant parti essentiellement des expériences des pays dits « riches », pourra tirer des enseignements précieux des approches tunisiennes, notamment en relation avec le rôle que le pays cherche à consolider, des soins de santé de base.

Enfin, il sera important que le Centre méditerranéen de l'OMS pour la réduction des risques sanitaires cherche à poursuivre et renforcer son engagement auprès du Gouvernement tunisien en faveur des objectifs de santé, dans le cadre d'une collaboration à double sens.





[www.emro.who.int](http://www.emro.who.int)