

Fiche action pour la Tunisie

1. IDENTIFICATION

Intitulé/Numéro	Projet d'appui à la réduction des inégalités sociales et aux services de soins de santé de première ligne et intermédiaire dans les régions défavorisées en Tunisie Référence CRIS: ENPI/2011/023-522		
Coût total	Contribution de l'Union Européenne (UE): 12 millions d'EUR		
Méthode d'assistance / Mode de gestion	Approche projet /Gestion partiellement décentralisée		
Code CAD	12220 122281	Secteur	Soins et services de santé de base Formation de personnel de santé

2. MOTIF

2.1. Contexte sectoriel

Dans l'esprit de la Communication conjointe 'une stratégie nouvelle à l'égard d'un voisinage en mutation'¹, ce projet vise à contribuer à la mise en place d'une politique favorable à un développement plus juste, plus inclusif et plus soutenu des régions jusque là défavorisées en Tunisie et à réduire les inégalités sociales et régionales. Selon le document de stratégie de développement économique et social 2012-2016 (Plan Jasmin pour la Tunisie), trois principaux problèmes identifiés concernent: "(i) les inégalités d'accès; (ii) un déficit de qualité dans certains domaines et (iii) les défis liés à la transition démographique et aux changements du mode de vie qui vont conduire à un vieillissement progressif de la population et à une augmentation des maladies non-transmissibles et dégénératives avec des coûts de prise en charge de plus en plus élevés". Les problèmes de vieillissement touchent aussi les régions périphériques. Les autorités ont pris conscience des retards dans 13 régions dites prioritaires mais qui couvrent plus de 40 % de la population. Ces régions situées toutes à l'Ouest et au Sud connaissent une croissance de population importante, un fort taux de chômage et la part des personnes dépendantes (dépendances liées à l'âge) y est particulièrement élevée. Ces régions sont assez diversifiées et certaines connaissent une forte densité et une importante population urbaine.

Ces régions ne sont pas vraiment sous-équipées en termes de nombre de personnes couvertes par des Centre de Santé de Base (3.432 habitants en moyenne par rapport à 5.000 dans l'ensemble du pays), ni même en structures hospitalières et en lits. En

¹ COM(2011)303 du 25 mai 2011.

revanche, le nombre de services spécialisés (dentisterie, laboratoires, radiologies) y est plus faible et surtout le nombre de spécialistes par habitants est nettement inférieur (de 5 à 12.000 habitants pour un spécialiste alors que la moyenne nationale est de 1.700). Le manque de spécialistes est significatif pour les activités de chirurgie et d'anesthésie mais aussi pour la cardiologie et l'ophtalmologie.

La plus grande partie des réformes et des efforts financiers menés par les pouvoirs publics ces dernières années s'est concentrée sur les hôpitaux régionaux et les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Maintenant, les soins de première ligne ont aussi besoin d'être modernisés non seulement avec l'achat d'équipements et des réhabilitations mais aussi en définissant mieux leur rôle et en recherchant d'autres moyens financiers pour fonctionner.

Les difficultés d'accès aux soins dans les régions dites prioritaires se trouvent également aggravées par le fardeau financier croissant sur les ménages, qui contribuent déjà pour près de la moitié aux dépenses totales de santé par le biais de paiements personnels directs. L'ouverture vers le secteur privé, liée à la mise en place de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), ne joue pas un rôle significatif dans l'amélioration de l'accès aux soins pour ces populations éloignées et souvent démunies. La CNAM finance les soins ambulatoires surtout dans le secteur privé (et seulement sous la forme d'un forfait global dans le secteur public). Le secteur privé peine à s'installer dans ces contrées éloignées et à faible solvabilité au niveau de cette catégorie de population.

La modernisation du système de santé tunisien passe aussi par la modernisation de l'offre des services de base et en particulier par des gains importants d'efficacité. Il s'agit ainsi de préserver les atouts d'une politique sociale déjà ancienne et d'une couverture d'assurance maladie remarquablement étendue mais de la rendre plus efficace, équitable et plus intégrée dans le système de santé.

Pour faire face à ces contraintes et disparités et compte tenu 1) du fait que les services de santé de première ligne ont été affectés durant la période post révolutionnaire (dégradation des installations, équipements et moyens de transport par ambulances) et 2) de la forte sollicitation engendrée par le flux massif de libyens et de réfugiés fuyant la guerre en Libye sur les centres de soins et les hôpitaux régionaux des zones frontalières sud, le présent projet se propose de contribuer à la politique gouvernementale d'amélioration des soins de santé de première ligne dans les régions défavorisées de la Tunisie.

2.2. Enseignements tirés

Les principaux enseignements sont tirés des analyses et des évaluations effectuées dans le cadre du programme d'appui à la réforme de l'assurance maladie en Tunisie². Ce programme comportait une composante importante de modernisation du système de gestion et de qualité des services de santé, avec un appui essentiellement sur la réforme de l'assurance maladie et la mise en place du nouveau régime sous la responsabilité de la CNAM. Les principales conclusions du rapport d'évaluation finale de ce programme (2010) ont fortement insisté sur la nécessité d'un appui

² C(1999)4730 du 13 décembre 1999.

important au secteur de soins de première ligne eu égard aux fortes disparités constatées dans ce domaine.

Selon les analyses des phases d'identification et de formulation de ce projet, la carte sanitaire est devenue plus complexe avec l'hétérogénéité des structures -7 types de Centres de Santé de Base (CSB) - et la multiplication de créations de centres de soins liées surtout à des demandes à caractère politique. Ces CSB sont répartis sur l'ensemble du territoire national et implantés selon des critères de densité de la population à une distance inférieure à 5 Km³.

Idéalement les centres intermédiaires⁴ devront être classés à un niveau entre les centres de santé de base et les hôpitaux régionaux et tertiaires. Ce projet appuiera le Ministère de la santé dans son effort de reformulation de la carte sanitaire. Le rôle de chaque niveau de la pyramide sanitaire (niveau de base, intermédiaire et tertiaire) devrait être défini. Ceci facilitera l'établissement de la liste du personnel sanitaire nécessaire ainsi que l'équipement requis pour accomplir sa tâche.

Le premier niveau des services de santé est constitué par les centres de santé de base (y compris certaines maternités périphériques) et les hôpitaux de circonscription. Ce niveau offre des soins de santé préventifs et curatifs de base à titre ambulatoire et des hospitalisations pour des accouchements ou des traitements de médecine générale ou de pédiatrie. Les centres de santé de base ont une activité essentiellement ambulatoire. Toutefois, ils peuvent, à titre exceptionnel et dans un but d'hospitalisation de courte durée, disposer d'équipements adaptés et de lits d'hospitalisation, et ce, compte tenu de la population desservie, de leur localisation géographique et de la nature de leur activité. Dans ces centres⁵ exerce un personnel

³ Le CSB de type I dessert une population inférieure à 2.500 habitants avec des prestations ambulatoires légères souvent fournies durant les matinées (et/ou une à deux fois par semaine) assurées par des équipes médicales mobiles (infirmier et médecin généraliste). Les CSB de type II (à partir de 2.500 habitants) et de type III (à partir de 5.000 habitants) ont un caractère de fonctionnement résidentiel et une ouverture quotidienne, souvent le matin avec un service assuré par un personnel médical quasi permanent (infirmier et médecin généraliste). Le CSB de type IV dessert une population d'au moins 10.000 habitants, délivre des soins préventifs et curatifs plus avancés que les autres types, raison pour laquelle ce centre dispose d'un plateau technique plus étoffé et d'un personnel médical plus diversifié. Au dessus de ces différents types de centre de santé se trouvent les hôpitaux de circonscription (50.000 habitants) qui dispensent des prestations de médecine générale, d'obstétrique et d'urgence. Ils disposent également de lits d'hospitalisation et de moyens de diagnostic adaptés à la nature et au volume de leur activité. En Tunisie les hôpitaux de circonscription sont classés selon la carte sanitaire dans la catégorie des soins de santé de base.

⁴ Deux centres intermédiaires pilotes ont récemment été créés dans le Grand Tunis mais ils se situent toujours entre les CSB et les hôpitaux de circonscription. Ces centres ont une double vocation à la fois locale pour certaines de leurs prestations (spécialité, plateau technique, unité dentaire) et une autre sous sectorielle plus restreinte axée sur un seul secteur de la circonscription sanitaire (plus de 50.000 habitants) pour les services de médecine générale, de soins de santé maternelle, de vaccination et de pharmacie.

⁵ Le rôle des CSB est particulièrement marqué dans les régions prioritaires en raison à la fois de la faiblesse du secteur privé et du niveau plus faible des revenus de la population. Les données recueillies témoignent que les CSB jouent un rôle essentiel surtout dans ces régions où le besoin est encore grand. Il est estimé à 800.000 personnes pour le diabète et 2 millions pour l'hypertension. Une grande partie est prise en charge aussi par les médecins spécialistes des hôpitaux qui ont tendance de plus en plus à garder les patients. La part ambulatoire dans les CSB est en baisse. Une partie encore plus grande est prise en charge par le privé mais les données sur leurs activités ne sont pas disponibles si ce n'est au travers des remboursements de la CNAM.

polyvalent qui offre un ensemble minimum d'activités (consultation curative, consultation prénatale, consultation postnatale, planification familiale, vaccination, consultation du nourrisson sain et récupération des malnutris, consultation des chroniques) et d'autres activités prévues dans le cadre des programmes nationaux, tels les programmes de lutte anti-diarrhéique et de lutte contre les infections respiratoires aiguës. Les soins de proximité portent de plus en plus sur les maladies chroniques et les examens réguliers (laboratoires et radiographie).

Selon la politique sanitaire du pays il ressort que les services d'urgence sont en pleine transformation avec la création de 6 services d'aide médicale d'urgence (SAMU) interrégionaux qui sont rattachés aux hôpitaux de circonscription. Chaque hôpital régional doit créer un service médical d'urgence régional (SMUR) qui travaille en étroite collaboration avec la salle de triage des SAMU.

Une réflexion sur le rôle et la mission de l'hôpital de circonscription apparaît nécessaire pour les orienter sur les activités de maternité et d'urgence ou bien sur les activités ambulatoires dans les centres urbains. S'il apparaît encore difficile de développer à moyen terme de nouveaux pôles universitaires, on peut améliorer les liens entre les centres intermédiaires - absents actuellement mais à créer - et les services spécialisés des hôpitaux tertiaires (établissements publics de santé et/ou centres hospitaliers universitaires situés dans le grand Tunis).

Le projet actuel a pour but d'accompagner cette nécessaire adaptation de la carte sanitaire selon les normes agréées par l'Organisation Mondiale de la Santé en adaptant progressivement les structures de soins car le sujet revêt un caractère sensible actuellement. L'amélioration de la qualité des examens et l'accès à des services spécialisés de proximité permettra de mieux faire comprendre le regroupement nécessaire de certaines activités et d'éviter une course vers des équipements hospitaliers qui seront difficilement rentabilisés.

2.3. Actions complémentaires

La récente initiative conjointe UE-Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en matière de renforcement des capacités de planification stratégique des pays bénéficiaires "Soutenir le dialogue politique sur les politiques nationales de santé" lancée pendant le dernier trimestre 2011 va contribuer substantiellement au développement du dialogue avec les Autorités de la santé en Tunisie et les différents acteurs impliqués dans ce secteur. Ce projet sera mis en cohérence avec les actions du présent projet visant à renforcer les capacités institutionnelles tant nationales que régionales en matière de santé, notamment sous l'angle de l'amélioration des systèmes de gestion et de planification.

Le projet d'appui aux secteurs des services adopté en 2011 prévoit une composante santé visant l'amélioration des prestations de service dans le domaine de la santé au niveau des centres hospitaliers et des cliniques privées. De même, dans le cadre du projet d'appui à l'accord d'association axé sur le jumelage institutionnel, trois actions ont démarré en 2012 dans ce secteur, notamment 1) la mise en place d'un système d'information médico-économique, 2) la création d'une agence nationale d'accréditation et de certification des services de santé et 3) l'appui à l'Institut de santé et de sécurité au travail (ISST).

Le Programme d'Appui à la Relance (PAR) lancé en 2011 conjointement avec la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement et l'Agence Française de Développement comporte une composante santé dont le suivi est assuré par la Banque Africaine de Développement. L'accent est mis sur la participation des bénéficiaires aux services rendus et sur leur proximité par rapport aux citoyens. Une composante réhabilitation et extension des bâtiments d'un montant de 8 millions d'EUR destinée aux activités ambulatoires dans les centres de santé de base sera prévu dans le cadre du programme PAR. Les centres qui seront retenus pour ces travaux dans les 13 gouvernorats prioritaires bénéficieront d'équipements et du matériel technique prévu dans le cadre du présent projet.

La Banque Européenne d'Investissement a effectué dès 2008 une intervention pour le renforcement des services hospitaliers en infrastructures et équipements (Projet Santé I – 150 millions d'EUR), en particulier au niveau des structures régionales de deuxième ligne. Un second projet axé sur les infrastructures de santé de 2^{ème} et 3^{ème} ligne est actuellement en cours d'identification.

La Coopération Espagnole apporte un appui à l'amélioration du système d'information sanitaire et cette initiative apparaît essentielle dans l'établissement de la nouvelle carte sanitaire en Tunisie. En outre, la coopération italienne appuie le Ministère de la Santé dans la mise en œuvre du plan national de lutte contre le cancer.

La coopération française dans le secteur de la santé se concentre sur la formation et le perfectionnement de personnels médicaux, au niveau des soins de santé de première ligne notamment. Elle apporte également son expertise dans des disciplines nécessitant un haut niveau de qualification. En outre, un soutien logistique permet d'améliorer l'équipement médical de régions défavorisées de la Tunisie. La Région Provence-Alpes-Côte d'Azur, par exemple, livre depuis plusieurs années des conteneurs de matériel médical au Gouvernorat de Kasserine. Elle a également contribué à l'équipement de services ambulatoires et médicaux.

2.4. Coordination des bailleurs de fonds

Dans le cadre du groupe thématique "secteurs sociaux", la Délégation a organisé en janvier 2012 une réunion de coordination des principaux partenaires techniques et financiers présents dans le secteur de la santé avec la présence de représentants du Ministère de la Santé. La finalité de cette réunion a été la présentation du nouveau projet UE-OMS et d'effectuer un tour de table sur les différentes interventions en cours ou à venir dans le domaine de la santé. Une grande partie de l'échange a porté également sur le projet d'appui aux services de soins de première ligne en cours de préparation et l'examen des possibilités de coopération et d'articulation entre les différents acteurs dans ce domaine.

Dans l'ensemble, les finalités de ces projets et initiatives sont très bien intégrées dans les services et les orientations du Ministère et s'inscrivent bien dans les principes de la Déclaration de Paris, de l'Agenda d'Accra, du Consensus européen pour le développement et du Code de conduite de l'UE.

3. DESCRIPTION

3.1. Objectifs

L'objectif général du projet est de contribuer à la réduction des inégalités sociales régionales et locales en Tunisie.

L'objectif spécifique consiste à améliorer la prestation des soins de santé de première ligne et intermédiaires des populations issues des 13 gouvernorats défavorisés du pays et en particulier des plus démunis.

3.2. Résultats escomptés et principales activités

Résultat 1: Elargir selon le rôle défini de chaque CSB la prestation de service offerts et améliorer la qualité des prestations de soins dans les centres de base et intermédiaires visant spécifiquement les examens et les services spécialisés ainsi que le dépistage précoce pour les maladies chroniques liées au vieillissement de la population.

Résultat 2: assurer une meilleure équité dans la répartition des moyens en particulier le plateau technique des laboratoires, de l'imagerie, de la dentisterie dans les centres de santé de base à réhabiliter.

Résultat 3: améliorer la proximité des soins les plus courants pour la population et renforcer l'accès à des services d'urgences mieux organisés dans les régions les plus reculées par des moyens de transports d'urgence appropriés.

Résultat 4: améliorer le système de planification et de programmation des services de santé par la révision de la carte sanitaire et renforcer les capacités institutionnelles du personnel médical et para médical.

Les activités retenues pour ce projet sont:

Activité I: Achat d'équipements pour les services ambulatoires

Les structures de soins retenues par le bénéficiaire en cohérence avec les actions de réhabilitation des centres de base et intermédiaires qui seront soutenues dans le programme PAR seront équipées en fonction de leur besoins et priorités. Les achats d'équipements, en particulier pour le renforcement du plateau technique de ces centres se feront en fonction du matériel existant et selon les normes fixées par le Ministère. Ils concernent:

- Laboratoire (Machines, petits matériels);
- Radiographie (Machines, tables d'examens);
- Dentisterie (chaises, électricité, petit matériel);;
- Matériel pour des Dialyses (machines, lits, petits matériels)
- Mobiliers (pour l'accueil et pour le travail du personnel);
- Equipement des services d'urgences;
- Equipement des ambulances.

Ce matériel sera conforme aux normes et standards pour cette catégorie de soins, notamment celles fixées par la carte sanitaire en vigueur en Tunisie. Il existe des

listes type pour chaque niveau de soins. Un matériel de numérisation sera choisi en particulier pour la radio pour favoriser les échanges en télé-médecine. Il s'agit de doter ces centres d'un plateau technique moderne composé généralement de petit matériel et équipement adéquat pour assurer les consultations de dépistage et de diagnostic préalable tant dans les domaines les plus courants du service ambulatoire que des domaines plus spécialisés tels les soins dentaires, l'ophtalmologie, etc.

Activité II: Transport médical

Cette composante comprend l'achat de 3 types de véhicules en fonction de leur utilisation et de leur positionnement:

- Les ambulances médicalisées dans les SMUR régionaux qui sont dans les hôpitaux régionaux. Deux par hôpital régional si le système est mis en place permettant à la population de faire appel directement à ces services. Ce service ne doit pas être exclusivement réservé aux transferts entre le centre régional et l'hôpital tertiaire. Les mécanismes de SAMU fonctionnent dans certaines régions mais ne couvrent pas encore la totalité des régions prioritaires.
- Les ambulances simples dans certains hôpitaux de circonscription (3 qui seront bien réparties sur l'ensemble du gouvernorat et qui seront intégrées au SAMU). Une ambulance de type simple sera associée à un service de garde avec un médecin. Elles permettront d'évacuer rapidement vers les centres régionaux les urgences et en particulier les femmes connaissant des difficultés d'accouchement. Elles serviront en particulier aux maternités qui ne disposent pas de bloc opératoire proche.
- Les transports par voitures entre centres de santé dans les groupements et certains hôpitaux de circonscription. Ces véhicules doivent permettre de faciliter le travail des équipes mobiles et de supervision, les actions de formation et la distribution de matériel.

Activité III: Renforcement de capacités

Cette composante permettra de réaliser des études et des actions de conseil et d'assistance technique qui pourront porter sur les sujets suivants:

- Mise à jour des principes de la carte sanitaire, clarification des concepts et des typologies d'activité des structures de soins, définition des centres intermédiaires, liste des critères d'implantation. Etude et présentation d'un document de synthèse sur l'expérience des centres intermédiaires.
- Etudes sur les moyens de renforcer les Groupements des centres de santé (Statut juridique, adaptation de la taille en divisant certains, création de nouveaux groupements en séparant la gestion de l'hôpital de circonscription). Analyse sur le coût de la gestion de ces alternatives et leur impact sur la motivation du personnel.
- Etude sur les conditions d'un autre financement extérieur (facturation à la CNAM) ou de systèmes encourageant la performance.

- Etudes sur les possibilités de décloisonner les services en particulier pour l'intégration de la médecine scolaire et des programmes verticaux comme la tuberculose ou le Planning familial.
- Etude pour améliorer la participation des patients à la gestion des centres et développer un système routinier d'enquête de satisfaction.

Elle portera aussi sur l'appui à la Direction de la formation continue du Ministère de la Santé en matière d'ingénierie de formation continue et d'élaboration de plans de formation axés sur les besoins en faveur du personnel médical et paramédical en mobilisant les institutions spécialisées existantes dans le domaine de:

- L'utilisation et la maintenance des équipements existants et ceux que le projet va acquérir (en particulier les nouveaux appareils plus sophistiqués d'examen et de laboratoire).
- La prise en charge des maladies chroniques dans le cadre des programmes nationaux. Des formations plus ciblées pourront porter sur les maladies non transmissibles (en particulier la dialyse).
- Le suivi de la qualité des examens et de leur utilisation.
- La prise en charge des urgences dans les hôpitaux de circonscription.

Des études sur le développement des ressources humaines en santé et de la communication seront organisés en vue de définir des actions permettant de:

- Etudes des besoins de ressources humaines en santé (nombre de médecins généraliste, infirmiers, sage femmes, etc.).
- Distribution de ces ressources selon la nécessité afin d'assurer une couverture sanitaire globale (au niveau central et périphérique).
- Motiver les médecins spécialistes dans les structures publiques (primes, conventions, stages, partenariat dans les hôpitaux tertiaires).
- Mettre en réseau du personnel de ces centres pour assurer le suivi de qualité, pour apporter des appuis techniques et développer des formations individuelles (télémédecine pour des examens plus complexes).
- Aménager le temps de travail permettant aux consultations de fonctionner l'après midi et ne pas contraindre les patients à utiliser les services d'urgence. Cela permettrait de désengorger l'affluence du matin aux consultations.
- Enquêter sur la satisfaction des patients et leur perception des soins.
- Etablir un réseau de gestion du parc des véhicules d'urgence pour pouvoir en faire une utilisation plus rationnelle et les mobiliser plus rapidement par le SAMU (logiciel pour les localiser, les suivre).

3.3. Risques et hypothèses

Les risques concernent en premier lieu et de façon majeure l'incertitude liée à la mise en place et le déroulement du processus démocratique en Tunisie et ses résultats en matière d'orientations gouvernementales. Pour le secteur de la santé, longtemps considéré comme secteur prioritaire dans les choix des gouvernements successifs, les programmes d'emploi futurs sont déjà approuvés par le Gouvernement pour la période 2010-2014 et ne pourront que se renforcer dans les 13 gouvernorats défavorisés du pays, cibles prioritaires du présent projet. Les orientations gouvernementales probables à ce jour en matière de révision de la loi de finances 2012 ont mis l'accent sur la dimension régionale et sur les services de soins de proximité dans l'ensemble des gouvernorats à fort déficit de services à la population.

La surenchère de réclamations des autorités locales peut risquer de remettre en cause la logique de la carte sanitaire avec la multiplication de structures difficiles à faire fonctionner. L'accent est donc mis sur le renforcement des critères de la carte sanitaire qui permettront aux techniciens du Ministère de la santé de mieux résister à certaines pressions politiques.

L'affectation du personnel qualifié dans les régions les plus reculées demande une politique cohérente et constante. Son succès est très lié au leadership politique que saura exercer le nouveau Ministre. Le projet fournit des outils mais cette volonté politique est essentielle pour obtenir les résultats souhaités. Une certaine flexibilité dans la composante 3 doit permettre d'aider le Ministère à trouver, dans les moments voulus, les compromis politiques nécessaires à des mesures qui pourront provoquer parfois des réticences dans l'administration et parmi le personnel concerné.

Les facteurs clés qui permettront d'améliorer sensiblement la durabilité du projet se trouvent dans le renforcement des capacités institutionnelles en formation qualifiante et en savoir faire du personnel actuel et nouveau des services de soins de santé de base visés par le projet. L'appui au développement d'un centre de ressources en ingénierie de formation continue en faveur du personnel de la santé dans son ensemble permettra à terme de renforcer la qualité du service et l'appropriation par ce personnel dans les régions cibles du projet.

3.4. Questions transversales

Le ciblage axé sur les 13 gouvernorats a pour vocation première de corriger les disparités régionales et de favoriser l'équité en matière d'accès des populations aux soins notamment en faveur des populations les plus démunies. La question de l'extension du financement de l'assurance sociale pour ces catégories constitue une finalité dans ce projet.

Par ailleurs, le projet a pour but de mettre en place des services de santé capables de mieux répondre aux besoins de la population avec un service beaucoup plus réactif et proche des citoyens. Il s'inscrit dans l'amélioration de la gouvernance mais aussi l'association plus étroite des citoyens dans l'évaluation des services publics.

Les services de maladies chroniques concernent en particulier les femmes qui ont une espérance de vie plus grande que les hommes et une prévalence des diabètes et de l'hypertension souvent importante. L'appui aux services d'urgence porte surtout

sur l'évacuation des femmes lors d'éventuels problèmes d'accouchements dans les hôpitaux de circonscription. Les ambulances disponibles permettent une évacuation rapide vers l'hôpital régional qui dispose d'un bloc fonctionnel.

3.5. Parties prenantes

Les principales parties prenantes intervenant dans la définition et la mise en œuvre de ce programme sont les Ministères de l'Investissement et de la Coopération Internationale, de la Santé Publique, des Affaires Sociales et des Finances. L'implication des gouvernorats dans le processus de coordination des activités de conception et de mise en œuvre des travaux constitue un atout à ce projet eu égard aux constructions de bonne qualité déjà réalisées. Ils travailleront en étroite collaboration à la fois avec les directeurs régionaux qui ont déjà grandement participé à la conception de ce projet et le Ministère de l'Équipement qui intervient en tant que maître d'ouvrage délégué dans la conception et la réalisation des travaux.

La société civile sera également associée à ce projet, notamment, les représentants des principaux prestataires de soins, le Conseil de l'Ordre des Médecins ainsi que les Associations régionales et locales représentatives de certaines maladies chroniques. Leur rôle dans les actions de prévention peut aussi être développé dans les centres intermédiaires.

4. QUESTIONS DE MISE EN ŒUVRE

4.1. Mode de gestion

Le mode de gestion est la gestion décentralisée partielle via la signature d'une convention de financement avec la République de Tunisie, sur la base des Articles 53c et 56 du Règlement financier.

4.1.1. Décentralisation des procédures

La Commission exerce un contrôle ex ante de toutes les procédures de passation de marchés sauf dans les cas où les devis-programmes s'appliquent, pour lesquels la Commission exerce un contrôle ex ante pour les marchés publics de plus 50.000 EUR et peut exercer un contrôle ex post pour ceux ne dépassant pas 50.000 EUR. La Commission exerce un contrôle ex ante de toutes les procédures d'attribution de subvention.

4.1.2. Paiements

Les paiements sont exécutés par la Commission sauf, dans le cas où les devis programmes s'appliquent, pour lesquelles les paiements sont exécutés par le pays de bénéficiaire pour les coûts de fonctionnement et les contrats dont le montant dépasse les plafonds indiqués dans le tableau ci-après.

L'ordonnateur compétent s'assure par l'utilisation du modèle de convention de financement en gestion décentralisée, que la séparation des fonctions d'ordonnancement et de paiement ou des fonctions équivalentes au sein de l'entité délégataire est effective et permet en conséquence de procéder à la décentralisation

des paiements pour les contrats dont le montant ne dépasse pas les plafonds ci-dessous:

Travaux	Fournitures	Services	Subventions
< 300.000 EUR	< 150.000 EUR	< 200.000 EUR	≤ 100.000 EUR

Le changement de mode de gestion constitue une modification substantielle, sauf si la Commission "recentralise" ou réduit le niveau des tâches précédemment délégués au pays bénéficiaire du mode de gestion décentralisée.

4.2. Procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions

1) Contrats

Tous les contrats mettant en œuvre l'action doivent être attribués et exécutés conformément aux procédures et aux documents standard établis et publiés par la Commission pour la mise en œuvre des opérations extérieures, tels qu'en vigueur au moment du lancement de la procédure en cause.

La participation au marché pour l'action décrite par la présente fiche est ouverte à toutes les personnes physiques et morales visées par le règlement 1638/2006 IEVP.

2) Règles spécifiques applicables aux subventions

Les critères de sélection et d'attribution essentiels pour l'octroi de subventions sont définis dans le «Guide pratique des procédures contractuelles dans le cadre des actions extérieures de l'UE». Ces critères sont établis conformément aux principes stipulés au Titre VI "Subventions" du règlement financier applicable au budget général.

3) Règles spécifiques sur les devis programmes:

Tous les devis-programmes doivent respecter les procédures et documents standard définis par la Commission, en vigueur au moment de l'adoption du devis programme en question (Guide pratique des procédures pour les devis programmes). La contribution financière de l'UE ne couvre pas les coûts de fonctionnement ordinaires découlant des devis-programmes.

4.3. Budget et calendrier indicatifs

Budget indicatif en millions d'EUR

Activité I: Equipements (essentiellement marché de fournitures avec possibilité de contrats de service ⁶)	4,5
Activité II: Moyens de transport médical (marché de fournitures)	3,5
Activité III: Renforcement de capacités (essentiellement contrats de service avec possibilité de contrats de subvention ⁷)	2,6

⁶ L'activité I prévoit l'achat d'équipement et des contrats de service pourraient être nécessaires pour assurer la formation pour l'utilisation de ces nouveaux équipements.

Evaluation et audit	0,3
Visibilité et communication	0,1
Imprévus ⁸	1,0
TOTAL	12,0

La durée de mise en œuvre opérationnelle du projet est estimée à 36 mois.

4.4. Suivi de l'exécution

La mise en œuvre est faite par les services du Ministère de la santé et par ses services déconcentrés au niveau des gouvernorats. Le Ministère de la Santé s'approprie bien les projets en matière de planification et gestion. Les structures techniques centrales représentées par la Direction des Equipements et des Travaux disposent d'une expérience importante dans ce domaine. L'Unité de Gestion de Projet (UGP) créée à l'initiative du bénéficiaire assure le suivi de l'exécution du projet. La responsabilité de la mise en place et du fonctionnement du système de monitoring interne du projet relève également de la responsabilité de l'UGP. Une assistance technique pourra être mobilisée pour appuyer l'UGP dans la préparation et le lancement des appels d'offres conformément aux règles et procédures de l'UE.

Le suivi des activités des centres est effectué par le Ministère de la santé. Les outils sont explicités en particulier dans les manuels des programmes des maladies chroniques. L'un des effets externes du projet sera de mobiliser davantage les services sur l'utilisation des indicateurs qui sont déjà collectés mais dont la fiabilité et la régularité doivent être améliorés. Il existe une liste d'une dizaine d'indicateurs de structure et de moyens avec 2010 comme année de référence. Toutefois, les indicateurs d'activité demeurent moins fiables car ils ne prennent pas en compte la qualité des prestations.

4.5. Évaluation et audit

Deux évaluations externes seront réalisées par des consultants indépendants: une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale pendant la phase de clôture du projet.

Par ailleurs, les devis programmes seront audités comme détaillé dans les procédures et les documents en vigueur au moment de leur approbation.

Conformément aux règles de l'UE en matière de passation des marchés, la Commission nomme un auditeur externe reconnu à l'échelle internationale. Un audit à mi-parcours et un audit final seront réalisés.

4.6. Communication et visibilité

Un plan de communication conforme au manuel de visibilité de l'UE sera mis en place à l'attention du public, des bénéficiaires et des partenaires. Le Projet comportant des réalisations physiques visibles, un effort particulier devra être fourni

⁷ L'activité III sera essentiellement mise en œuvre par des contrats de services mais certaines activités telles que l'assistance technique et les études pourraient être faites par des contrats de subvention.

⁸ L'utilisation des imprévus est soumise à l'accord préalable de la Commission.

pour réaliser une stratégie et des supports de communication pouvant assurer la visibilité nécessaire aux réalisations du projet.

Un document sur les centres intermédiaires (présentant les concepts et leurs fonctionnements au travers de cas précis) doit permettre de mieux faire connaître ces services auprès des citoyens Tunisiens mais aussi de la communauté internationale.