



OMS
STRATEGIE DE COOPERATION
AVEC LA TUNISIE
2005-2009

ABREVIATIONS

AIEA	: Agence Internationale de l'Energie Atomique
APVP	: Années Potentielles de Vies Perdues
C.S.B.	: Centre de Santé de Base
CAP/DSSB97	: (Enquête) Connaissances, Attitudes, Pratiques, Direction des Soins de Santé de Base (1997)
CAS	: Country Assistance Strategy (Banque Mondiale)
CCA	: Common Country Assessment (Nations Unies)
CCS	: Country Cooperation Strategy (OMS)
CIPD	: Congrès International pour le Développement
CNRPS	: Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
D.M.S.U	: Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire
D.S.S.B	: Direction des Soins de Santé de Base
D.T	: Dinar Tunisien
DEP	: Direction des Etudes et de la Planification
DHMPE	: Direction de l'Hygiène et de la Protection de l'Environnement
DMPA	: Dépense moyenne par personne et par an
DTCP3	: (vaccin) diphtérie, tétanos, poliomyélite (3 ^{ème} injection)
EPS	: Etablissement Public de Santé
FAO	: Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
GATT	: General Agreement on Tarifs and Trade
IDH	: Indice de Développement Humain
IMC	: Indice de Masse Corporelle
INS	: Institut National de la Statistique
INSP	: Institut National de Santé Publique
IPT	: Institut Pasteur de Tunis
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
J.M.P	: Joint Monitoring Program
JPRM	: Joint Programmes Review Mission
MEDA	: Programme de Coopération pour le Partenariat Euro-Méditerranéen

MICS2	: Multiple Indicators Cluster Survey 2 – (2000)
MMTI84	: (Enquête) Mortalité Morbidité Infantile en Tunisie (1984)
MSP	: Ministère de la Santé Publique
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONFP	: Office National de la Famille et de la Population
OIM	: Organisation Internationale pour Migrations
OMC	: Organisation Mondiale du Commerce
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
ONUDI	: Organisation des Nations Unies pour le Développement Industriel
PAD	: Pression Artérielle Diastolique
Pap-Child	: (Enquête) Pan Arab Project/Child 1994
PAP-Fam	: (Enquête) Pan Arab Project/Family – 2001
PAS	: Pression Artérielle Systolique
PCIME	: Prise en charge intégrée de la mère et de l'enfant
PCT	: Pharmacie Centrale de Tunisie
PFA	: Paralysie Flasque Aigue
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
S.M.I	: Santé Maternelle et Infantile
TRIPS	: Trade Related Intellectual Property Rights
UNDAF	: United Nations Development Assistance Framework
UNICEF	: Fond des Nations Unies pour l'enfance
WMC	: Centre OMS Méditerranéen pour la Réduction de la Vulnérabilité

Résumé

La Tunisie se caractérise par un développement économique remarquable, continu depuis des décennies et actuellement lié à la mise en œuvre d'un processus de libéralisation et d'intégration dans le marché mondial et notamment Européen.

Le taux de croissance annuel du Produit Intérieur Brut (P.I.B) se maintient autour de 5% depuis plus de dix ans. L'amélioration des conditions de vie de la population est patente comme le montre l'amélioration drastique de tous les indicateurs socio-économiques, et la Tunisie devrait globalement atteindre ou dépasser à l'horizon 2015, les différents objectifs du Millénaire pour le Développement.

La maîtrise de la croissance démographique contribue au développement économique et social et transforme les comportements sociaux. La femme est reconnue comme partenaire à part entière dans le développement sociétal, l'âge moyen au mariage s'élève et la proportion des célibataires s'accroît. La part des tranches d'âge supérieures augmente dans la population. Celle-ci toutefois reste jeune et la tranche des 15-19 ans ne verra son importance décroître que vers 2010, ce qui provoque des pressions accrues sur le marché de l'emploi avec un taux de chômage important, notamment chez les jeunes.

Cependant, le développement se concentre dans les régions côtières du pays et des inégalités existent au détriment, des régions Ouest et Sud et des zones rurales et périurbaines défavorisées.

L'amélioration de l'espérance de vie à la naissance, la régression et la maîtrise des maladies transmissibles, l'amélioration générale des indicateurs de Santé Maternelle et Infantile, sont aussi l'œuvre d'un système de santé performant malgré des ressources modestes. Aux disparités géographiques de développement économique et social correspondent néanmoins des inégalités dans l'amélioration des indicateurs sanitaires, avec l'existence de groupes de populations vulnérables (femmes, enfants, adolescents, personnes âgées dépendantes), qui rendent indispensable la pérennité des programmes nationaux de santé, et notamment en ce qui concerne les Soins de Santé de Base.

La transition démographique et le développement économique entraînent la modification du paysage épidémiologique et l'augmentation de la prévalence de maladies chroniques et dégénératives et de leurs facteurs de risque (diabète, hypertension artérielle, hyperlipidémie, tabagisme, traumatismes accidentels, maladies cardiovasculaires, cancers, maladies mentales...), ainsi que l'apparition de problèmes spécifiques à certains groupes (personnes âgées, jeunes). Ces problèmes vont poser des défis au système de santé, notamment en matière de coût des prises en charge.

Le système de soins comprend un système public jusqu'ici dominant et globalement performant pour les Soins de Santé de Base et les structures hospitalo-universitaires mais de manière moins évidente pour les Hôpitaux Régionaux (2^{ème} «ligne» du système). La gestion du secteur public reste très centralisée malgré des efforts de décentralisation et le secteur dit de libre pratique est en plein essor depuis les années 1990.

La répartition des moyens matériels et humains est plus favorable aux régions côtières développées. Pour les régions de l'intérieur et les populations défavorisées, le facteur essentiel d'équité reste la première ligne du secteur public.

La part des dépenses de santé dans le P.I.B reste constante, autour de 5% par an, depuis les années 1990. Le secteur public, qui assure 2/3 des consultations et 90% des hospitalisations, n'absorbe que 50% des dépenses de santé. Le secteur de libre pratique absorbe l'autre moitié des dépenses.

Les sources de financement sont le budget de l'état, les Caisses de Sécurité Sociale, et les ménages. La contribution de l'Etat diminue, celle des ménages s'accroît et atteint un plafond en termes d'acceptabilité. La contribution des caisses, encore modeste, devrait devenir dominante avec la réforme, en préparation, du système d'assurance maladie.

Cette réforme a pour objectifs d'assurer la pérennité des atouts du système de santé notamment dans le secteur public, l'équité et l'amélioration de la qualité des soins, un mix public-privé optimal pour la maîtrise des dépenses, la prévention et prise en charge des maladies de la transition, enfin le maintien et l'amélioration des acquis en matière d'indicateurs sanitaires.

L'évolution du P.I.B et l'amélioration des indicateurs sociaux font que la Tunisie est de moins en moins éligible 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. Diverses organisations du système des Nations Unies sont présentes en Tunisie.

L'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) a une longue histoire de coopération avec la Tunisie. L'ouverture récente d'un bureau dans le pays devrait contribuer à assurer une vision plus stratégique dans cette coopération, conformément aux orientations prises par l'Organisation aux niveaux régional et mondial.

La stratégie de coopération pour la période 2005-2009 présentée dans ce document, comporte 3 axes principaux :

- Le renforcement du système de santé pour préserver et promouvoir les objectifs de santé publique du pays dans un contexte d'ouverture et de libéralisation économique,
- La réponse aux défis posés à la santé des Tunisiens par les transitions socio-économique, démographique et épidémiologique,
- Le partenariat et le plaidoyer pour la santé dans le secteur et au-delà, dans le pays et au-delà.

1. Introduction

Dans le cadre du renforcement de son action en faveur des pays et en particulier de sa coopération avec la République tunisienne, l'Organisation Mondiale de la Santé a entamé une démarche de formulation de sa stratégie de coopération avec le pays (CCS, de l'anglais *Country Cooperation Strategy*). La Tunisie s'est déjà associée à des démarches similaires avec le système des Nations Unies (Bilan Commun de Pays et Plan-Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement - CCA/UNDAF), avec l'UNICEF, le FNUAP et le PNUD, avec la Commission Européenne et la Banque mondiale (*Country Assistance Strategy* - CAS). La CCS vise le renforcement du partenariat OMS-Tunisie en lui donnant un cadre stratégique, pour un soutien de l'ensemble de l'Organisation qui soit adapté aux besoins du pays et conforme aux orientations régionales et globales.

La démarche de la CCS a été très bien accueillie par l'administration nationale et ses partenaires. Elle répond aux attentes de cohérence accrue et d'approche plus stratégique dans la coopération de l'OMS, au moment où l'Organisation ouvre à nouveau un bureau dans le pays. La période retenue pour cette première CCS (2005–2009) coïncide avec celle couverte par le programme présidentiel, qui vient donner un élan pour la fin du X^{ème} plan de développement (2002-2006) et la préparation du XI^{ème} (2007-2011). La CCS prend également appui sur l'ensemble CCA/UNDAF actuel (2002-2006) et contribuera à la préparation du prochain (2007-2011).

L'élaboration de cette CCS survient dans un contexte de transitions multiples - socio-économique, démographique, épidémiologique – dans lequel le pays, en dépit de ses acquis considérables, doit faire face à des défis importants en termes de vulnérabilité. Pour accompagner le Ministère de la Santé et ses partenaires dans la transition et le nécessaire processus de réforme qui lui est associé, la coopération de l'OMS pour la période 2005-2009 sera axée sur trois composantes :

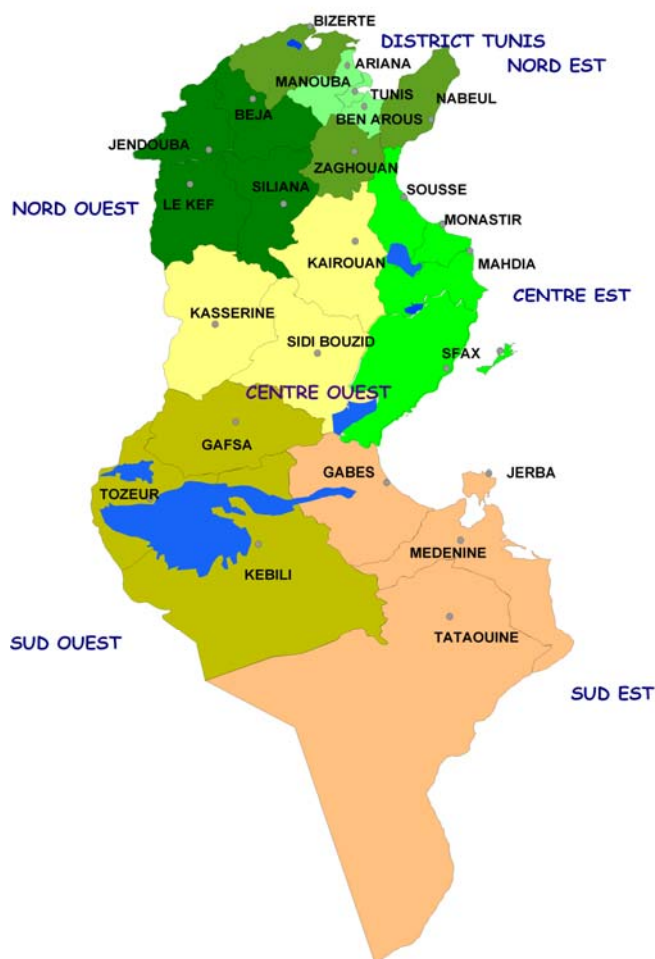
- Le renforcement du système de santé pour préserver et promouvoir les objectifs de santé publique du pays dans un contexte d'ouverture et de libéralisation économique,
- La réponse aux défis posés à la santé des Tunisiens par les transitions socio-économique, démographique et épidémiologique,
- Le partenariat et le plaidoyer pour la santé dans le secteur et au-delà, dans le pays et au-delà.

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

2. Santé et développement : résultats, options et défis

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 Libye, la Tunisie a une superficie de 154.350 km². Elle est divisée en 24 gouvernorats, eux-mêmes subdivisés en 263 délégations administratives et regroupés en 7 grandes régions socioéconomiques. La population totale est estimée à 9.888.000 habitants au 1^{er} Juillet 2003. Le taux d'urbanisation est de 63,4% (33% en 1956, 54,3% en 1985) (22). Les régions côtières couvrent environ un tiers du territoire, regroupent 67% de la population totale et 90% des activités industrielles (66).

Carte n°1 : LA TUNISIE PAR GOUVERNORAT ET PAR REGION



2.1. Des résultats impressionnants sur les plans économique et social, avec toutefois des signes de fragilité

PIB par tête (Année 2000 – Prix courants)	2790 DT
Croissance annuelle moyenne du PIB (prix constants 1990)	
De 1982 à 1992	3,8%
De 1992 à 2002	4,7%
Indice de développement humain (I.D.H) (année 1998)	0,703
Variation annuelle des prix à la consommation (année 2002)	+ 2,7%
Taux de chômage (année 2003)	14,3%
Taux d'endettement (année 2002)	53,5%

Source : Références bibliographiques n° (22) (65) (80)

Tableau n°1: Principaux indicateurs économiques)

De l'indépendance du pays (1956) jusqu'au milieu des années 1980 (croissance du PIB négative et adoption d'un plan d'ajustement structurel en 1986) (65), (83), l'économie est fortement étatisée. La Tunisie passe ensuite à une libéralisation

progressive et une intégration résolue dans le marché mondial (entrée dans l'accord du

ANNEES	1972	1980	1997	1999	2000	2001	2002
Agriculture - Pêche	59,3%	39,4%	22%	22,7%	22,1%	22%	21%
Industrie - Mines-énergie Bâtiment – TP	16,8%	30,2%	34,1%	33,8%	33,2%	33,9%	33,9%
Commerce et services	23,9%	30,4%	43,9%	43,5%	44,7%	44,1%	45,1%

Source : Références bibliographiques n° (21) (22) (23) (24)

Tableau n°2: Evolution de la répartition de la population active occupée par secteurs d'activité selon l'INS

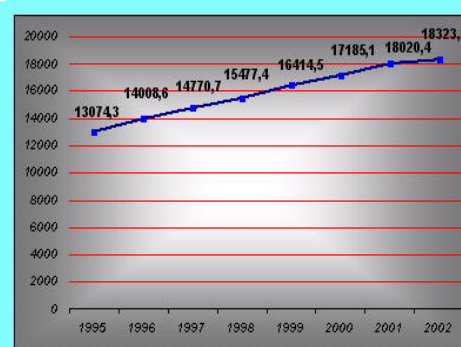
GATT en 1990 et dans l'accord d'association avec l'Union Européenne en 1995). La période est marquée par une reprise dynamique de la croissance, avec cependant des risques que les

disparitions d'entreprises et d'emplois ne soient pas compensées par un accroissement suffisant des investissements directs étrangers (65) (66).

Globalement et au rythme de 10 plans de développement économique et social, le pays passe d'une économie basée sur une quasi mono-production agricole (vins, blé, huile) et minière (phosphates) à une diversification et une industrialisation de la production.

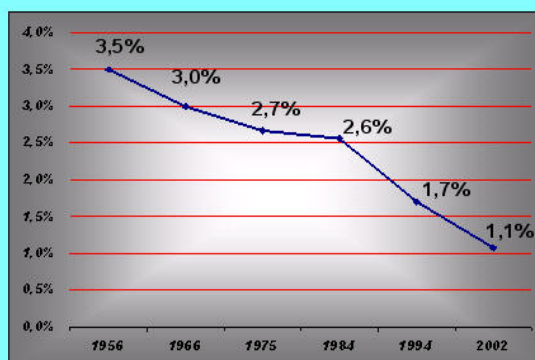
Le pays est en phase de transition démographique et la politique de planification des

naissances engagée depuis 1966 a fait passer l'indice synthétique de fécondité de 7,2 en 1966, à 2 en 2002 (22) (avec un taux d'accroissement naturel annuel moyen de la population de 1,08). La condition des femmes évolue, leur espérance de vie à la naissance passe de 51,6 ans en 1966 à 75 ans (60) en 2002 (73 ans pour les 2 sexes), leur taux d'analphabétisme passe de 96% en 1956 à 31,2% en 2002, les années consacrées à la maternité baissent de 24 en 1966 à 10 en 1994. Les comportements sociaux changent (70) (74) (72) et l'âge moyen au premier mariage (59) passe de 19,5 ans à 29,2 ans pour les femmes et de 26,3 ans à 32,9 ans pour les hommes entre 1956 et 2001, d'où l'augmentation de la population des célibataires et des problèmes spécifiques de santé sexuelle et reproductive (71) (73).



Source : référence bibliographique n° (83)

Graphique n°1 : Evolution du PIB (à prix constant 1990) de 1995 à 2002 selon la Banque Centrale de Tunisie



Source : Références bibliographiques n° (22) (23) (59) (84)

Graphique n° 2 : Evolution du taux d'accroissement naturel annuel de la population selon l'INS

La tranche d'âge des 60 ans et plus voit ses effectifs et sa part dans la population totale croître (5,5% en 1966, 9,1% en 2002), avec pour conséquence des problèmes nouveaux de prise en charge sociale et sanitaire (22) (59). Mais la population reste jeune (âge moyen : 28,34 ans) et la tranche des 15-19 ans s'accroît, provoquant des pressions accrues sur le marché de l'emploi qui ne devraient diminuer que vers 2010 (25) (26) (61). Le taux de chômage est de 14,3% en 2003 (plus élevé dans les régions de l'Ouest) (61). L'écart entre le taux de chômage des femmes et celui des hommes se réduit mais le taux d'activité des femmes n'est que de 24%. 68% des chômeurs ont moins de 30 ans en 1999, et 61,1% n'ont pas d'instruction ou n'ont pas dépassé le niveau primaire, même si le chômage touche de plus en plus de diplômés (23) (2).

hommes se réduit mais le taux d'activité des femmes n'est que de 24%. 68% des chômeurs ont moins de 30 ans en 1999, et 61,1% n'ont pas d'instruction ou n'ont pas dépassé le niveau primaire, même si le chômage touche de plus en plus de diplômés (23) (2).

Il existe des disparités régionales, les régions de l'Ouest, ayant des taux de chômage supérieurs à la moyenne nationale, avec certains gouvernorats particulièrement touchés (Béja, Siliana, Le Kef, Kasserine, Gafsa, Tozeur) et plus encore pour le sexe féminin (23).

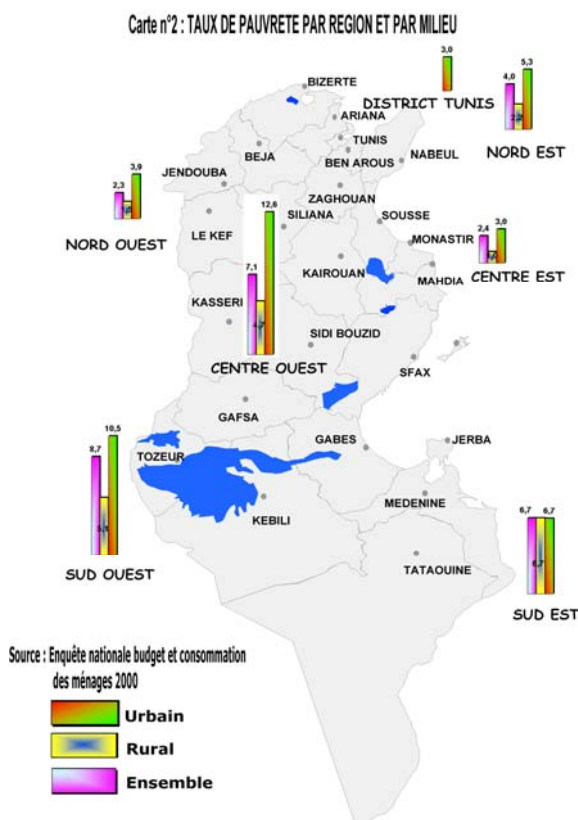
- Population totale (Juillet 2003)	9.888.000
- Sex ratio (année 2002)	1,012
- Densité au km ² (année 2002)	62,9 habitants/km ²
- Taux d'accroissement annuel (année 2002)	1,08%
- Population des moins de 15 ans (année 2002)	27,9%
- Population des plus de 60 ans/année 2002)	9,1%
- Age moyen (année 2002)	28,34 ans
- Indice synthétique de fécondité (I.S.F) (année 2002)	2
- Taux de natalité (année 2002)	16,2‰
- Espérance de vie à la naissance (année 2002)	
. hommes	71 ans
. femmes	75,1 ans
. ensemble	73 ans
- Age moyen au mariage (année 2001)	
. hommes	32,9 ans
. femmes	29,2 ans
- Taux de mortalité générale (année 2002)	5,8%
- Taux de mortalité infantile (année 2002)	22,1%

Sources : Référence bibliographique n° (22) (70)

Tableau n° 3 : Principaux indicateurs démographiques

La dépense annuelle moyenne par personne (DMPA) passe de 147 DT en 1975 à 1329 DT en 2000 (16) (18) (29) (20) (24) – avec, en dinars constants, une croissance annuelle moyenne de 0,8% entre 1990 et 1995, et de 3,4% entre 1995 et 2000 (34) (40) – mais en milieu rural (864 DT) elle est de moitié inférieure à celle du milieu urbain (1604 DT) et elle est plus basse dans l'Ouest et le Sud. Par ailleurs, les 20% de la population la plus défavorisée ne contribuent qu'à 6% des dépenses (24).

Le nombre de logements s'accroît (+42% entre 1984 et 1994 et + 22,3% entre 1994 et 2002) (22) (23) et 80% des ménages sont propriétaires de leur logement (61). Le nombre moyen de pièces par logement est de 2,8 et le ratio personnes par pièce est de 2,1 (47). En 2002, le taux de couverture par le réseau électrique est de 95,9% (23).



La pression croissante sur les ressources en eau rares - dont les trois quarts sont des eaux de surface ou de nappes phréatiques peu profondes et sont de ce fait considérées comme très sensibles à la pollution - constitue un défi majeur. La Tunisie a mené une politique volontariste de maîtrise des pertes d'eau au niveau des réseaux d'irrigation et d'alimentation en eau potable. En outre, le pays a pris très tôt l'option de réutiliser pour l'irrigation une partie significative des eaux usées traitées, ce qui nécessite une vigilance particulière pour en maîtriser le possible impact sur la santé des travailleurs agricoles et des consommateurs. Les estimations du Programme conjoint UNICEF/OMS de monitoring pour l'eau potable et l'assainissement (JMP) (85), publiées en 2004, donnent pour 2002 des **taux d'accès à une source d'eau améliorée** de 85.5% pour la population totale et de 60% pour la population rurale. Les données correspondantes pour **l'accès à l'assainissement amélioré** sont respectivement de 84.7% et 62%.

Les autres **défis environnementaux** sont liés à la pollution de l'air, la gestion des déchets, la sécurité chimique, l'hygiène des environnements récréatifs, la sécurité des aliments, notamment en relation avec le commerce international de produits alimentaires. Il est à noter que la Tunisie dispose à la fois d'un ministère et d'une Agence Nationale, chargée principalement de la lutte contre la pollution et, d'une manière provisoire, de la gestion des déchets. Le pays dispose d'un Agenda 21 préparé dans un cadre multisectoriel et d'une stratégie nationale pour la santé et l'environnement, même si les deux secteurs ne semblent pas avoir à ce jour de collaborations concrètes.

Le taux de pauvreté (12,8% en 1980) est tombé à 4,2% en 2000. Cependant 296.000 personnes, soit les trois quart de la population dite pauvre, se concentrent en milieu urbain (24). Le nombre de cartes de soins distribuées à la population indigente ou à revenus limités fait estimer la population vulnérable à 20% ou 30% de la population totale (35) (81).

Les autorités s'attachent à développer le niveau d'instruction de la population ; pour des raisons éthiques, mais aussi pour lui permettre de mieux se positionner sur le marché de l'emploi, national et international. Des phénomènes résiduels d'**analphabétisme** (22,4% en 2002) persistent, surtout pour les femmes (31,2%), et en particulier dans les gouvernorats de l'Ouest et du Sud. Mais l'élimination des disparités de genre dans l'enseignement primaire et secondaire et l'accès universel à l'enseignement primaire (5^{ème} et 6^{ème} objectifs du Millénaire pour le Développement) sont en passe d'être atteints: **le taux de scolarisation** à 6 ans est de l'ordre de 100% depuis 5 ans pour les garçons et les filles et de 92,9% pour les 6-14 ans (en 2002) (22).

- Dépense moyenne annuelle par personne (DMAP) (année 2000)	
. milieu rural	864 DT
. milieu urbain	1604 DT
. les deux milieux	1329 DT
- Indice de Gini (année 2000)	
. milieu rural	0,358
. milieu urbain	0,391
. les deux milieux	0,409
- Taux de pauvreté (année 2000)	4,2%
- Taux d'urbanisation (année 2002)	63,4%
- Taux d'analphabétisme chez les 10 ans et plus (année 2002)	
. féminin	31,2%
. masculin	13,6%
. les 2 sexes	22,4%
- Taux de scolarisation (6-14 ans) (année 2002)	
. féminin	92,9%
. masculin	91,3%
. les 2 sexes	92,1%
- Accès à l'eau potable (% de population) (année 2002)	93,8%
- Accès à l'électricité (% de ménages) (année 2002)	95,9%
- Raccordement assainissement (communal) (année 2002)	72,6%

Source : Références bibliographiques (22) (24)

Tableau n° 4 : Principaux indicateurs de conditions de vie

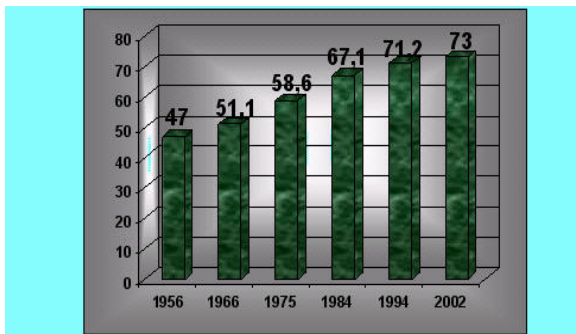
- Par une volonté politique soutenue, la Tunisie a bâti une société moderne avec un développement économique maintenu à travers les décennies.
- Le développement économique s'accompagne d'une amélioration générale des conditions de vie, mais des inégalités persistent qui peuvent s'aiguiser du fait de l'engagement irréversible du pays dans la voie de la libéralisation économique.
- Les groupes de populations vulnérables sont des femmes (emplois précaires dans le textile et l'agriculture), enfants, adolescents, jeunes adultes, personnes âgées dépendantes, notamment dans les régions de l'Ouest et du Sud, en milieu rural, et dans les quartiers défavorisés périurbains.

Plus largement, la Tunisie devrait atteindre ou dépasser, les différents **objectifs du millénaire pour le développement (OMD)**, à l'exception de celui relatif à la mortalité maternelle, pour lequel les projections à l'horizon 2015 donnent un taux de réalisation de 70% environ. Par ailleurs, comme le dit le

rapport sur les OMD pour la Tunisie, "l'analyse développée sur la base d'indicateurs

centrés sur les OMD a permis de mettre en relief les disparités régionales qui caractérisent le paysage de la Tunisie. Dans ce cadre, faut-il se limiter à mesurer les performances au niveau national et occulter les disparités entre les différentes régions du pays? Une analyse régionale plus approfondie cadrée sur les OMD pourrait être d'un apport très important" (65) (67).

2.2. Analyse de la situation sanitaire : Un état de santé qui s'est fortement amélioré sur les dernières décennies et des inégalités à vaincre



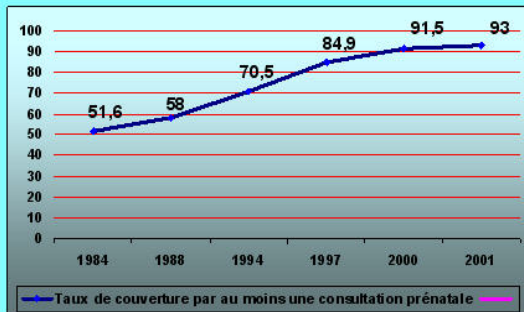
Source : référence bibliographique n° (22) (84)

Graphique n°3 : Evolution de l'espérance de vie de la population selon l'INS

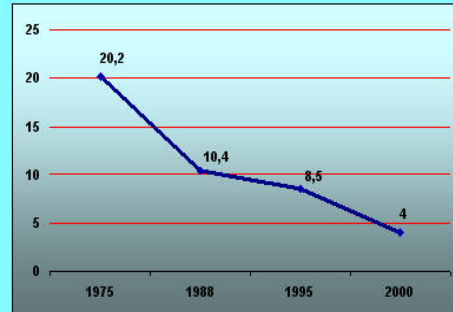
2.2.1. La Tunisie est à un stade avancé de la transition épidémiologique et démographique, comme le montrent la régression et la maîtrise des maladies transmissibles, celles des problèmes de santé maternelle et infantile (S.M.I) et l'augmentation des maladies non transmissibles, chroniques et dégénératives.

L'espérance de vie à la naissance croît de manière continue depuis plusieurs décennies.

2.2.2. Du fait de la mise en oeuvre des programmes nationaux de **santé maternelle et infantile** dans le cadre des soins de santé de base (S.S.B), l'amélioration des taux de couverture (vaccinale, pré et post natale et accouchements assistés) et des indicateurs de résultats, sont générales au plan national

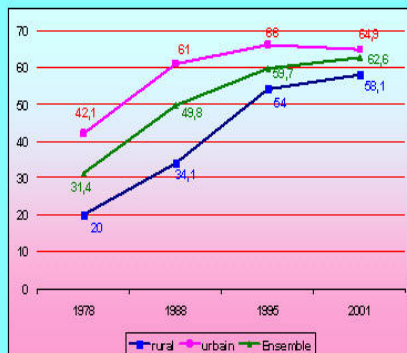


Graphique n°4 : Evolution du taux de couverture des femmes enceintes par au moins une consultations prénatale (secteur public + secteur privé), selon enquêtes : MMT184, EDS88, PapChild 94, CAP.DSSB 97, MICS 2.2000, Pap Fam 01



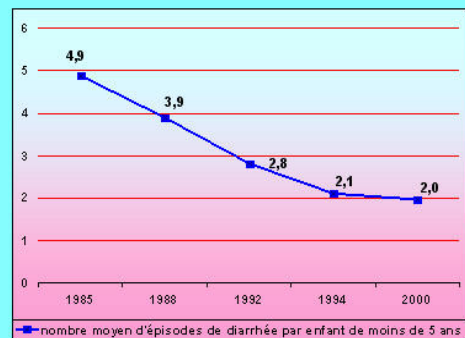
Source : référence bibliographique n° (13) (47) (57) (69) (14)

Graphique n°5 : Evolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0 à 5 ans de 1975 à 2000 selon différentes enquêtes



Source : référence bibliographique n° (59)

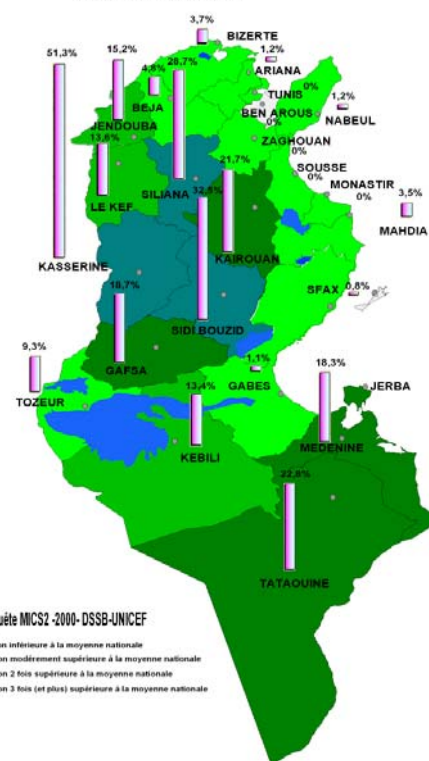
Graphique n° 7 : Evolution du taux de prévalence contraceptive selon l'ONFP



Source : Références bibliographiques n° (44) (69) (45) (57) (47)

Graphique n°6 : Evolution du nombre moyen d'épisodes de diarrhée

Carte n° 3 : PROPORTION D'ACCOUCHEMENTS EN MILIEU NON ASSISTÉ SELON LES GOUVERNORATS



Source : Enquête MICS2 -2000- DSSB-UNICEF

- Proportion inférieure à la moyenne nationale
- Proportion modérément supérieure à la moyenne nationale
- Proportion 2 fois supérieure à la moyenne nationale
- Proportion 3 fois (et plus) supérieure à la moyenne nationale

Des taux élevés de prévalence et des taux bas de couverture pour certains problèmes persistent cependant en milieu rural ou périurbain défavorisés, et dans les régions de l'Ouest et du Sud). La mise en œuvre de programmes régionaux et locaux spécifiques selon une approche intégrée et à volets multiples (diarrhées et infections respiratoires aiguës

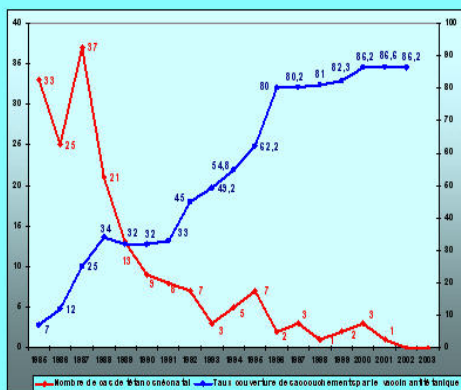
TAUX DE MORTALITE	ANNEE	1992	2000
Taux de mortalité infantile			
Urbain		22,3% ^a	16% ^a
Rural		50,4% ^a	30% ^a
Féminin		31,5% ^a	22% ^a
Masculin		39,0% ^a	26% ^a
Ensemble		35,3% ^a	24% ^a
Taux de mortalité de moins de 5 ans			
Urbain		27,1% ^a	15% ^a
Rural		62,7% ^a	40% ^a
Féminin		40,8% ^a	26% ^a
Masculin		46,1% ^a	33% ^a
Ensemble		43,6% ^a	30% ^a

Source : références bibliographiques n° (47) (57)

Tableau n°5 : Taux de mortalité infantile et taux de mortalité des moins de 5 ans par milieu et par sexe en 1992 et 2000.

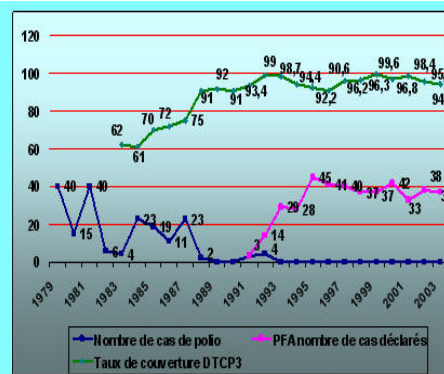
chez les moins de 5 ans, mortalité périnatale, mortalité maternelle, anémies de la femme et de l'enfant) est une réponse possible à cette situation sur le chemin de la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD), particulièrement en ce qui concerne la mortalité maternelle (48) (50).

2.2.3. La Direction des soins de santé de base (D.S.S.B) gère une série de programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles dont les résultats sont patents. Les cas autochtones de bilharziose et de paludisme ont disparu depuis 20 ans et la rougeole, le tétanos néonatal et la poliomyélite sont en phase de pré éradication ou d'éradication (42).



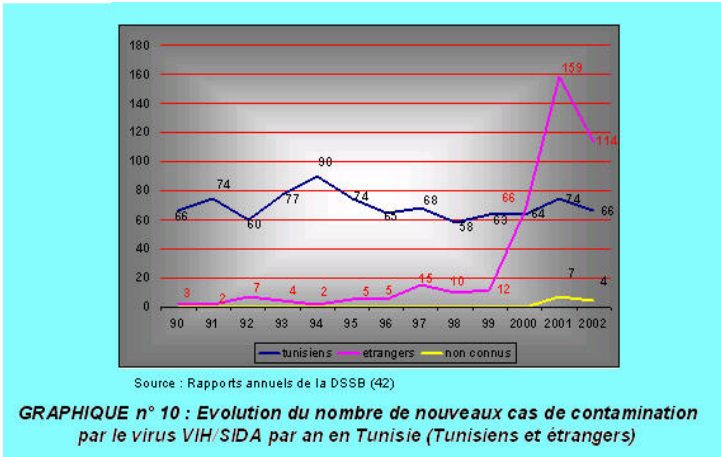
Source : Rapports annuels de la DSSB (42)

Graphique n°8 : Evolution du nombre de cas de tétanos néonatal et du taux de couverture par le vaccin anti-tétanique de 1985 à 2003



Source : rapports annuels DSSB (42)

Graphique n°9 : Evolution du nombre de cas de poliomyélite déclarés et du nombre de cas de PFA non poliomyélitique déclarés, comparées à l'évolution du taux de couverture par le DTCP3.



Le Programme National de lutte contre le VIH/SIDA semble stabiliser la situation épidémiologique de la maladie puisque, depuis 1990, le nombre de nouveaux cas de maladie et le nombre de nouveaux cas de contamination demeurent stables.

2.2.4. Les maladies de la transition épidémiologique :

2.2.4.1. Causes de décès :

Selon l'Institut National de la Santé Publique (INSP) (4) entre 1966 et 1999, le profil épidémiologique de la population a évolué. Les parts des décès infantiles et juvéniles dans la mortalité totale sont passés respectivement de 31% et 21,7% à 11,7% et 2,8%, tandis que la part des décès chez les plus de 50 ans est passé de 33% à 70%. Dans la même période, la part de la mortalité attribuable aux maladies cardio-vasculaires est passée de 11% (3ème rang) à 23% (1er rang), celle des tumeurs malignes de 3% à 12% (4).

Toujours selon l'INSP et par **groupes de pathologies** (17), la répartition proportionnelle des causes de décès en 2001 a un profil assez comparable chez les hommes :

- maladies du système circulatoire : 27%
- cancers 18,2%
- traumatismes accidentels : 10,5%
- Maladies de l'appareil respiratoire : 10,5%

et chez Les femmes :

- maladies du système circulatoire 31,4%
- cancers 14,0%
- Maladies endocrinienne et métaboliques 10,4%
- traumatismes accidentels 4,8%

On note aussi que chez les femmes, l'hypertension artérielle, le diabète et les accidents vasculaires cérébraux sont les trois principales maladies **causes de décès** avec une **surmortalité féminine** marquée pour l'HTA (11,3%, versus 6.4% pour le sexe masculin) ; le diabète sucré (8,1% versus 5,7%) et la fracture du col du fémur (2,6% versus 1%). Une **surmortalité masculine** s'observe pour les cardiopathies ischémiques (6,6% versus 3,4% pour le sexe féminin), les broncho-pneumopathies (5,1% versus 2,7%), le cancer du poumon (5,2% versus 0,6%) et surtout pour les accidents de la voie publique (6,2% versus 1,6%).

Selon un autre indicateur : «**les années potentielles de vie perdue (APVP)** (17)» (nombre d'années qu'un sujet mort prématurément, c'est à dire avant 65 ans –décès infantiles exclus- n'a pas vécu) des modifications sont introduites dans l'ordre présenté plus haut :

Les traumatismes accidentels sont la première cause des APVP, avec 25% du total, supplantant ainsi les tumeurs malignes et les maladies du système circulatoire. 6 APVP sur 10 sont dues aux traumatismes accidentels, aux tumeurs malignes et aux maladies du

système circulatoire. Les accidents de la voie publique entraînent les décès d'adultes (82) jeunes (moyenne d'âge <40ans) et la moyenne d'âge des personnes décédées de cancers (61,4ans) est inférieure à celle des personnes décédées de maladies du système circulatoires (71,6ans)

Un autre indicateur, «**la mortalité prématurée (17)**» (ensemble des décès survenus avant 65 ans) peut également permettre d'affiner le choix des priorités sanitaires. Ainsi la mortalité périnatale (21,6%) et les cancers (16,9%) passent devant les maladies de l'appareil circulatoire (15,6%) et les morts accidentelles (12,3%), et les accidents de la voie publique représentent 6,1% de la mortalité prématurée.

2.2.4.2. Charge de morbidité :

Au vu de l'importance des maladies cardiovasculaires dans les causes de décès (5), l'attention doit se porter sur certains facteurs de risque favorisant ces maladies à savoir **les états morbides** comme l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète et l'obésité et les **comportements à risque**, notamment le tabagisme dont l'influence sur l'apparition des cancers est aussi notoire.

Hypertension artérielle :

Selon le critère OMS le plus récent [Pression Artérielle Systolique (PAS) \geq 140 mmHg, Pression Artérielle Diastolique (PAD) \geq 9 mmHg], la prévalence de l'hypertension artérielle est estimée (enquête INSP 1997-Ariana) (6) à 38,4% des adultes âgés de 35 à 64 ans. Les femmes ont une prévalence plus élevée (39,8%) que les hommes (35,4%). Si l'on retient le critère PAS \geq 16 mmHg et PAD \geq 95 mmHg le différentiel hommes (12,2%) et femmes (21,9%) est plus marqué.

Obésité et diabète

L'étude des données disponibles fait observer que l'ensemble pré obésité et obésité a une prévalence nettement plus élevée chez la femme adulte (62,5%) que chez l'homme adulte (48,3%) (6), et deux fois plus élevée en milieu urbain (femmes = 58,2%, hommes = 35,9%) que dans le milieu rural (femmes = 37,1%, hommes = 18,6%) (14). La prévalence du diabète serait également deux fois plus élevée en milieu urbain (6,7%) qu'en milieu rural (3,6%) (14).

Hyperlipidémie (6) :

La prévalence globale de **l'hypercholestérolémie** est de 14,3% ; elle est plus importante chez les femmes (15,9%) que chez les hommes (12,4%). Ces taux sont inférieurs à ceux des pays développés. L'hypertriglycéridémie existe chez 13,6% des adultes de 35 à 64 ans révolus (15% pour les hommes, 11,3% des femmes).

Enquêtes	Prévalence (%)		
	Ensemble	Hommes	Femmes
1981-4284 lycéens de Tunis* (12 - 19 ans)	27,7	36,5	20
1994 -2860 jeunes des 2 sexes** (17 - 24 ans)	18,1	32,5	3,1

Tableau n° 6 : Le tabagisme chez les jeunes en 1981 et en 1994 selon deux enquêtes tunisiennes

* El Gharbi B. Tabac et appareil respiratoire – Institut de pneumologie Abderrahman Mami – Ariana – Tunis 1985.

** ONFP. Les jeunes au quotidien. Environnement socioculturel et comportements de santé – Publication de l'Office National de la Famille et de la Population – Tunisie 1996.

Tabagisme

C'est un facteur de risque important et la part de mortalité attribuable au tabac en 1997 est estimée à 22% chez les hommes et à 4% chez les femmes (19). Actuellement (10) (6), la prévalence globale est estimée à 30% (52,8% chez les hommes, 5,2% chez les

femmes). La prévalence chez les jeunes varie selon les études de 15% à 29,2% et serait

en régression chez les scolarisés, mais en progression chez les jeunes en situation d'exclusion (9).

Cancers

Les cancers sont la deuxième cause de décès chez les hommes (18.2%) comme chez les femmes (14%) (17). Cette pathologie est appelée à se développer du fait du vieillissement de la population et la multiplication des facteurs de risque en rapport avec l'adoption de nouveaux modes de vie (tabac, exposition au soleil, Infections Sexuellement Transmissibles (IST), nouveaux modes alimentaires). D'après l'Institut National de la Santé Publique (62), en 1997, l'incidence de tous les cancers est de 100,1/100.000 pour le sexe masculin et de 86,4/100.000 pour le sexe féminin. On cite pour les hommes, par ordre de fréquence, le cancer du poumon (20,8/100.000), le cancer de la vessie (10,7/100.000), le cancer cutané (7,2/100.000), le cancer de la prostate (6,1/100.000) et pour les femmes, le cancer du sein (19,7/100.000), le cancer cutané (5,8/100.000), le cancer du col utérin (4,8/100.000). Selon la DSSB (42) en 2003, chez les hommes, l'incidence des cancers du poumon est passée à 27,6/100.000, celle des cancers de la vessie à 13,1/100.000 et chez les femmes l'incidence du cancer du sein est passée à 23,6/100.000, celle du cancer cutané à 7,5/100.000 et celle du cancer utérin à 5,8/100.000.

Les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires, qui sont souvent aussi ceux des cancers, devraient bénéficier d'enquêtes aux plans national et régional, pour mieux adapter les programmes de lutte.

Handicaps :

Selon l'enquête population emploi de l'Institut National de la Statistique (I.N.S) en 1999, on compte 90.800 handicapés (56.200 de sexe masculin et 34.600 de sexe féminin), dont 34,2% d'handicapés mentaux, 30,5% d'handicapés moteurs, 6,1% d'handicapés totaux. La prévalence globale du handicap est de 0,96%, avec une prédominance du milieu rural (1,05%) sur le milieu urbain (0,91%) (23),

2.2.4.3. Programmes de prise en charge :

Nombre de maladies de la transition font l'objet de **programmes nationaux de Soins de Santé de Base** (42). Le programme de prise en charge des hypertendus et diabétiques est opérationnel depuis 10 ans. Il comporte des volets de dépistage, de prévention primaire et secondaire et de traitements standardisés. Le programme de lutte contre le tabagisme est axé sur l'éducation sanitaire et les consultations de sevrage.

La D.S.S.B a développé un réseau d'Unités Régionales de Réhabilitation pour la prise en charge médico-sociale et psychologique des handicapés et un programme national de prévention du handicap est à l'étude (49) (Office National de la Famille et de la Population) (ONFP) et DSSB).

Le programme national de lutte contre les cancers (43) (63) prévoit l'implication de la première ligne dans la prévention primaire et secondaire des cancers. Des stratégies de dépistage de cancer du sein et du cancer du col utérin (ONFP – DSSB) ont démarré leurs activités (58).

L'ONFP, dans le cadre de l'évolution du référentiel international vers la santé de la reproduction (Congrès International Population et Développement (C.I.P.D), le Caire, 1994) (60), réoriente ses stratégies vers la prise en charge de nouvelles composantes de la santé reproductive (56) et introduit, avec la DSSB, de nouvelles activités dans la première ligne du

secteur public (75) (prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST), ménopause, infertilité, pré-nuptialité, diagnostic anténatal des maladies héréditaires, santé des adolescents et des jeunes).

L'approche «santé des jeunes et des adolescents en santé reproductive» (tabagisme, drogue, I.S.T, santé sexuelle) (11), développée par la DMSU et l'ONFP, privilégie l'éducation sanitaire (notamment par les pairs) et des formes de prise en charge spécifiques (cellules d'écoute pour la DMSU (41), espaces jeunes pour l'ONFP).

D'autres programmes (personnes âgées, santé mentale) sont encore au stade de développement de la formation des personnels. Ils sont tributaires d'une évolution des prises en charges par la médecine générale (8) (63).

	Ensemble	Sexe masculin	Sexe féminin
SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE			
- Mortalité infantile (< 1 an) (année 2002)	22,1‰	26‰	22‰
- Mortalité juvénile (< 5 ans) (année 2000)	30‰	33‰	26‰
- Mortalité maternelle (année 2000)			54/100.000
- Taux de couverture vaccinale (année 2003) (tous vaccins - enfants de 2 à 23 mois)	≥ 95%		
- Nombre annuel moyen d'épisodes de diarrhée (enfants de moins de 5 ans) année 2000	2		
- Prévalence de l'insuffisance pondérale (enfants de 0 à 5 ans) année 2000	4%		
- Taux d'accouchements assistés (année 2000)			89,3%
- Prévalence contraceptive (année 2001)			62,6%
MALADIES TRANSMISSIBLES			
- Prévalence VIH-SIDA (2002)	7,4/100.000		
- Incidence de la typhoïde (année 2003)	0,46/100.000		
- Incidence de la tuberculose (année 2004)	19,6/100.000		
MALADIES NON TRANSMISSIBLES			
- Hypertension artérielle* (PAS ≥ 160 mmHg – PAD ≥ 95 mmHg)	17,1%	12,2%	21,9%
- Obésité* (IMC ≥ 30 kg/m ²)	16,5%	8,2%	24,4%
- Pré obésité* (25 kg/m ² ≤ IMC < 30 kg/m ²)		40,1%	38,1%
- Diabète* (glycémie à jeun > 7,8 mmol/l)	9,8%	9,1%	10,6%
- Hypercholestérolémie*	14,3%	12,4%	15,9%
- Hypertriglycéridémie*	13,6%	15%	11,3%
- Tabagisme*	29,9%	52,7%	5,2%

Source : Références bibliographiques n° (6) (14) (42) (62) (67) (69) (47)

* Prévalence chez les adultes de 35 à 64 ans – année 1997 (6)

Tableau n°7 : Indicateurs principaux de l'état de santé de la population

2.3. Le système de santé : acteurs, ressources et fonctions

2.3.1. Structures de soins

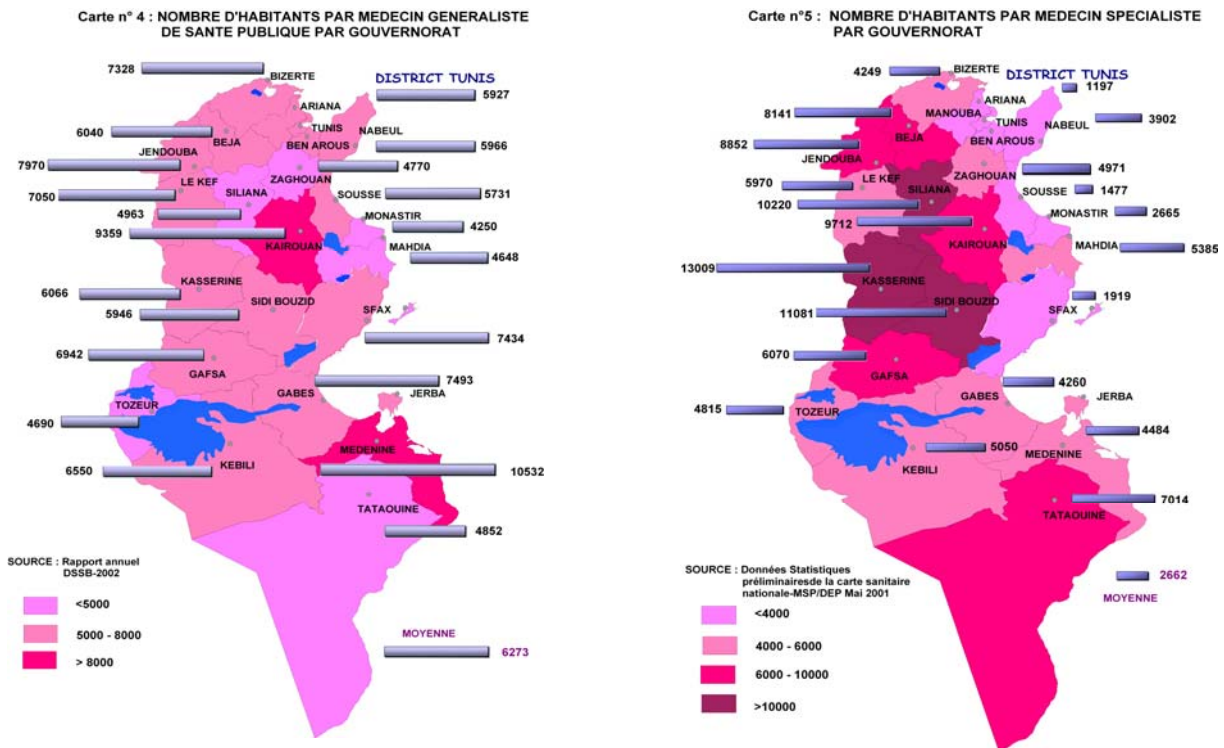
Le système de santé est traditionnellement hospitalo-centré, avec un développement privilégié des structures hospitalo-universitaires (3).

Cependant, dès l'indépendance, l'aspect «santé publique» des problèmes sanitaires est abordé à travers la mise en place de campagnes de masse et d'un réseau de dispensaires de soins curatifs, autour desquels vont progressivement s'organiser les Soins de Santé de Base avec des Programmes Nationaux à partir de 1981, suite à la conférence d'Alma Ata (1978).

Le premier niveau, ou secteur de première ligne, est celui des Soins de Santé de Base. Il comprend 2028 Centres de Santé de Base (C.S.B) répartis sur tout le territoire (1 CSB/4822 habitants en 2002 contre 1 CSB/6676 habitants en 1982) (42). 90% de la population est à moins de 5 km d'un C.S.B (78). Ce secteur comprend aussi 118 hôpitaux de circonscription et maternités autonomes (périphériques). Le fonctionnement de ces

structures est organisé au sein de 203 circonscriptions sanitaires, entités définies territorialement et gérées collégialement par les équipes sanitaires de terrain (29) (52).

Exercent dans le secteur (en 2002) 1559 médecins généralistes, 10365 paramédicaux, 223 médecins dentistes, 91 pharmaciens. La répartition de ces personnels est relativement bien équilibrée (42) sur tout le territoire et **le secteur est un facteur fondamental d'équité (86)**. Il intègre sur le terrain les nombreux programmes nationaux gérés à l'échelle centrale par la D.S.S.B, la Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire (D.M.S.U), la Direction de l'Hygiène du Milieu et de la Protection de l'Environnement (DHMPE) et l'O.N.F.P. Il est chargé de toute la politique préventive et réalise environ la moitié des consultations médicales du pays, 20% des admissions hospitalières et 20% des accouchements.



Le potentiel des hôpitaux de circonscription est insuffisamment exploité en raison de la faiblesse de leurs plateaux techniques, qui limite le champ des prises en charge diagnostiques et thérapeutiques. Le financement du secteur (28) (15) est assuré par ses recettes propres (30% du budget de fonctionnement hors salaire) et une subvention de l'état. Il n'absorbe que 10% environ de l'ensemble des dépenses de santé du pays mais fait preuve d'une grande vitalité dans la coordination de la gestion des problèmes de santé. On lui doit par ailleurs, pour une grande part, l'amélioration drastique des indicateurs sanitaires sur les dernières années, notamment pour la santé maternelle et infantile et les maladies transmissibles. Le capital de connaissances et de savoir-faire acquis par le personnel en matière de santé publique et d'approche «populationnelle», en fait un cadre opportun pour la prise en charge efficiente des questions sanitaires liées à la transition (maladies chroniques, dégénératives, cancers, santé des jeunes, ménopause, gériatrie etc...), d'autant que le secteur développe un programme innovant d'assurance qualité des soins (50) (46) (54) (53) et s'engage dans une dynamique de promotion d'une «médecine de famille» qui devrait s'accompagner d'une réforme de la formation de base en médecine générale et d'une valorisation de cet exercice (55) (63).

Le deuxième niveau de soins (35) (40) est constitué par 33 hôpitaux régionaux généralement situés aux chefs lieu de gouvernorat. Ils sont absents dans les villes de facultés (Tunis, Sousse, Monastir, Sfax) et disposent de 5479 lits (32% des lits du secteur public) et 600 médecins spécialistes environ (soit 30% des médecins spécialistes du secteur public). Malgré des plateaux techniques globalement satisfaisants, la productivité du secteur est affectée par le manque de médecins spécialistes, plus attirés par les carrières hospitalo-universitaires ou de libre pratique dans les régions de Tunis ou du Centre Est. Ce 2^{ème} niveau ne peut pas jouer effectivement son rôle de référence pour la première ligne. Il absorbe environ 25% des dépenses de santé du secteur public, et la quasi-totalité de son financement provient de recettes propres et de la facturation des prestations aux caisses de sécurité sociale. Les salaires sont à la charge de l'Etat (15) (28).

Structures publiques (MSP/INSP.2003)

- .Centres de Santé de Base : 2028 (1CSB/4822 hab)
- .Hôpitaux de circonscriptions + maternités autonomes : 118 (2613 lits)
- .Hôpitaux Régionaux : 33 (5479 lits)
- .Hôpitaux Généraux, Instituts et Centres Spécialisés : 34 (8590 lits)
- .Total lits : 16.682 lits (1lit/586 hab)

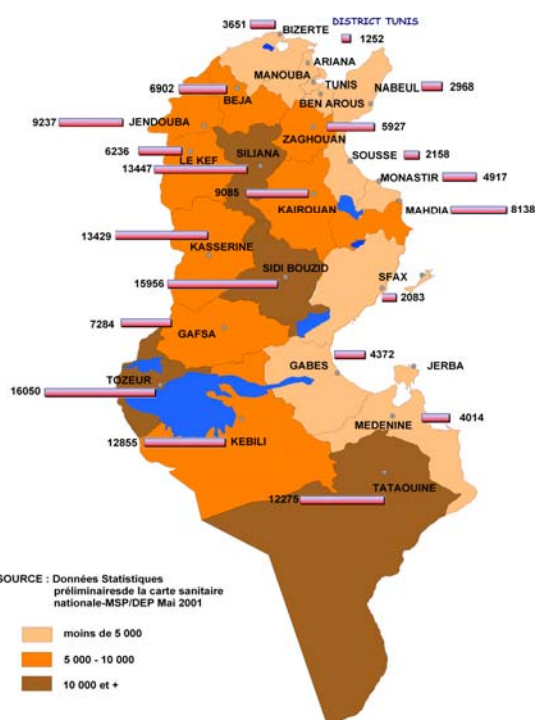
Le troisième niveau est le plus haut niveau de référence. Il s'agit du pôle universitaire, qui comprend 11 hôpitaux généraux et 23 instituts et centres spécialisés, avec 8596 lits (51,4% des lits du secteur public), qui sont des établissements publics de santé (EPS) (27) localisés dans les villes de faculté. Il dispose de 70% des médecins spécialistes du secteur public et les plateaux techniques sont performants. Bien qu'ils concentrent l'essentiel de l'équipement lourd du secteur public, ces hôpitaux sont moins bien pourvus que le secteur de libre pratique (35) (40). Le troisième niveau est chargé de la formation des cadres médicaux et «juxtamédicaux» (36). Les niveaux de compétence sont élevés, mais le secteur souffre de l'encombrement des consultations, dû à la faiblesse du deuxième niveau, et d'une tendance de plus en plus vive à la fuite des compétences vers le secteur de libre pratique qui propose des niveaux nettement plus élevés de revenus. Cette évolution fait craindre une dégradation de la qualité de l'encadrement et de la formation des futurs praticiens. Le financement des établissements est assuré par les recettes propres et la facturation aux caisses. Les salaires sont à la charge de l'état.

Le secteur parapublic (80) (81) est assez développé mais reste secondaire. Il comprend les 6 polycliniques de soins ambulatoires de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (C.N.S.S.), les services médicaux autonomes de certaines entreprises nationales, et les services médicaux de médecine du travail à vocation préventive. Enfin, le Ministère de la Défense dispose de 3 hôpitaux militaires et le Ministère de l'Intérieur d'un hôpital des forces de sécurité intérieure.

Structures privées (MSP/INSP 2003)

- . Cabinets médicaux : 3524
- . Cabinets dentaires : 1102
- . Laboratoires de biologie médicale : 175
- . Labo-d'anapath : 13
- . Cabinets paramédicaux : 870
- . Officines pharmaceutiques : 1443
- . Centres d'hémodialyse : 100 (998 machines)
- . Cliniques mono et pluridisciplinaires: 72(2129 lits)

Carte n°6 : RATIO NOMBRE D'HABITANTS PAR MEDECIN DE LIBRE PRATIQUE PAR GOUVERNORAT



	Secteur Public	Secteur de Libre Pratique	Total	Densité
				Nombre d'Hab/agent
Médecins Généralistes	2336	1724	4060	2436
Médecins Spécialistes	2100	1943	4043	2446
Médecins Dentistes	409	1125	1534	6447
Pharmaciens	373	1797	2170	4558
Paramédicaux	29030	946	29976	330

Source : MSP/INSP/2003

Tableau n°8 : Distribution des ressources humaines - Secteur public et secteur privé

Le secteur privé (32) (40) est en plein essor depuis les années 1990. Le secteur emploie 83% des pharmaciens du pays, 72% des médecins dentistes et seulement 7% des paramédicaux (78). Il dispose de la plus grosse part de l'équipement lourd du pays. Il est financé essentiellement par les ménages (15), absorbe environ la moitié des dépenses totales de santé, et son développement va sans doute s'accroître avec la réforme de l'assurance maladie.

EQUIPEMENTS	Public	Privé	TOTAL	Densité Hab./Equip.
I.R.M.	3	5	8	1.236.000
Scanner	15	54	69	143.000
Lithotripteur	3	12	15	660.000
Télécobalt	4	5	9	1.100.000
Angio.Numérisée	6	10	16	618.000
Installation Cathé.	9	10	19	520.000
C.E.C	6	12	18	550.000

Source : INSP – Achour N. Défis du système de santé Tunisien, Tunis 2004 (40)

Tableau n°9 : Equipements lourds (Année 2003)

Au total, la répartition des moyens matériels et humains est grevée de disparités régionales, en défaveur des régions Ouest et Sud du pays. Le secteur de libre pratique suit la demande solvable (35) et s'installe dans le grand Tunis, le Centre Est et les autres régions côtières. Le niveau

hospitalo-universitaire concentre la grande part des moyens de références spécialisés dans le Centre Est et le Grand Tunis, et les hôpitaux régionaux ne peuvent actuellement jouer ce rôle de référence pour les régions de l'intérieur.

2.3.2. Dépenses et financement :

D'abord de l'ordre de 3% à 4% dans les années 1980, la part des **dépenses de santé** (15) (40) dans le PIB dépasse les 5% par an de manière constante depuis 1990. Cette augmentation est corrélée au développement du secteur de libre pratique. Le total des dépenses de santé est estimé en 2003 à 1821 millions de DT (1073 millions de DT en 1995), soit 184 DT par habitant et par an. Au vu de l'amélioration des indicateurs sanitaires, on peut donc dire que le système de santé a globalement fait preuve d'efficacité.

ANNEES	1980	1985	1990	1995	2000
Dépenses nationales de santé (Dinars constants- millions de DT)	138	285	578	938	1489
Part dans le PIB	3,2%	4,2%	5,3%	5,5%	5,5%
Etat		2,3%	2,2%	2,4%	2,2%

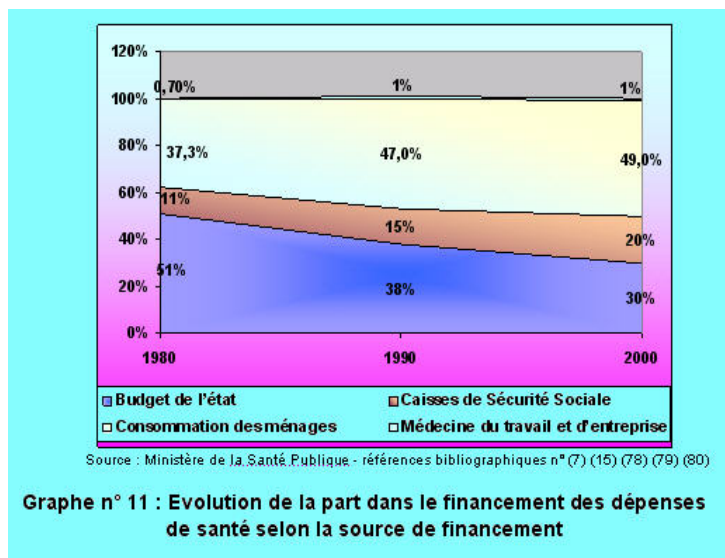
Source : MSP/DEP référence bibliographique n° (78) (40)

Tableau n°10 : Evolution de la part des dépenses nationales de santé dans le PIB

Le secteur public, qui assure environ les 2/3 des consultations, 90% des hospitalisations et la quasi totalité de la prévention, n'absorbe que 50% environ des dépenses. Pour un volume nettement moindre de prestations, le secteur de libre pratique absorbe l'autre moitié des dépenses.

Les hôpitaux régionaux et les EPS ont vu ces dernières années la subvention de l'état à leur budget de fonctionnement (hors salaire) disparaître.

Les **sources de financement** sont essentiellement le budget de l'état, les caisses de sécurité sociale et les ménages (15). Au cours des années 80 et 90, la part de la contribution de l'état a diminué, celles des caisses et des ménages ont augmentés (4) (7) (81).



2.3.3. Le système d'assurance maladie et sa réforme :

La couverture contre le risque maladie est caractérisée par une multiplicité de régimes. Les régimes «légaux» datent des années 50 et 60, et on distingue la Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale (CNRPS) pour les assurés du secteur public et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour les assurés du secteur privé. Ces deux régimes couvrent environ 60% de la population et aboutissent de fait,

pour les usagers, à l'utilisation quasi-obligatoire d'un système d'octroi direct de soins dans les structures sanitaires publiques et dans les polycliniques de la CNSS (79) (80). Le régime dit «Assistance Médicale Gratuite» couvre la population indigente (161.000 cartes de soins de type I en l'an 2000) et la population à revenus limités (530.000 cartes de soins de type II), soit 3 millions de personnes environ (81). Il y a une forte concentration des bénéficiaires de ce type de couverture dans les régions de l'Ouest (35).

La réforme du système d'assurance maladie, en préparation (31) (39), prévoit :

- la création d'une caisse unique unifiant les régimes légaux,
- l'existence d'un régime obligatoire de prise en charge des soins jugés avoir un impact direct sur la santé,
- le maintien d'un régime complémentaire facultatif géré par les mutuelles ou les assurances privées, couvrant les prestations exclues du régime de base ou la part des frais non remboursée par ce même régime,
- le remboursement des soins aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, par un système de conventionnement négocié entre la caisse et les prestataires publics ou privés.

La réforme, ayant été pensée essentiellement en terme de désengagement de l'état et d'équilibre financier des caisses, précise mal ses implications concrètes sur le fonctionnement du système de santé à ses divers niveaux.

Le secteur de Soins de Santé de Base a jusqu'ici surmonté les contraintes de compression des dépenses auquel il a été astreint, par un effort poussé de systématisation dans son organisation et ses pratiques, et l'acquisition d'une réelle cohérence interne. Son avenir et son mode de financement ne sont pas envisagés en tant que tels dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie, ce qui risque de porter atteinte à cette cohérence et au-delà, à celle du système public de santé dans toutes ses composantes et ses acquis.

La question est posée, de la consolidation des institutions du système qui ont été les maîtres d'œuvre de la politique sanitaire du pays. La DSSB, l'ONFP, le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), la DMSU, la DHMPE, l'Institut Pasteur de Tunis (IPT), la Pharmacie Centrale de Tunisie (PCT), l'Institut National de Santé Publique (INSP), les

facultés et structures universitaires de soins) sont en effet dépositaires de connaissances et de pratiques ayant fait leurs preuves et qu'il importe d'inventorier et de préserver, pour assurer une continuité dans la dynamique sanitaire.

La question du rôle déficient des hôpitaux régionaux, quand à l'offre de soins spécialisés aux populations de l'intérieur, doit être résolue, et ce d'autant que la situation de ces populations risque d'être aggravée par la déstabilisation prévisible du secteur des Soins de Santé de Base. Ce dernier devrait pouvoir être rémunéré au coût réel des prestations fournies et il faudrait envisager l'adaptation du rôle des hôpitaux de circonscription.

Une question capitale et urgente est celle de l'élaboration de consensus sur les prises en charge thérapeutiques. En dépend pour une large part la maîtrise des dépenses de santé, qui dépend aussi du maintien du rôle régulateur de la PCT en matière d'importation de médicaments. Cet organisme a développé un mode exemplaire de gestion du marché du médicament qui, sans remettre en cause les orientations actuelles de libéralisation, préserve l'accessibilité et l'équité (78).

2.4. Politique et objectifs principaux en matière de santé

2.4.1. Les orientations essentielles du 10^{ème} plan (2002-2006) ont été actualisées et renforcées dans le programme électoral présidentiel, qui couvre la période 2004-2009 et inscrit l'action sanitaire dans le cadre de la réalisation de conditions de vie meilleures et de la promotion sociale de toutes les catégories de la population. Ce programme prévoit, notamment :

. Historiquement avec des ressources modestes, le système de santé tunisien a donné des résultats remarquables.
. Le secteur public assure la grande majorité des prestations mais n'absorbe que la moitié des dépenses de santé. Le secteur de libre pratique se développe depuis les années 1990.
. Les dépenses de santé sont assurées par l'Etat, les Caisses de Sécurité Sociale et les ménages.
. Le volume des dépenses de santé s'accroît parallèlement à la croissance du PIB. La proportion de PIB pour les dépenses de santé qui est assurée par l'Etat demeure constante.
. Il semble que la croissance continue des dépenses n'est pas assurée par l'Etat, mais principalement par les ménages dont le niveau de participation atteint un plafond d'acceptabilité. La participation des Caisses va probablement devenir dominante dans le cadre de la réforme du système d'Assurance Maladie.
. La mise en œuvre de cette réforme devrait développer les stratégies adéquates pour préserver les acquis du système de santé, notamment dans le secteur public, et pour réaliser le meilleur mix public-privé en vue de réaliser les objectifs nationaux de santé.

- la couverture sociale pour tous ;
- une meilleure couverture sanitaire ;
- une meilleure qualité des services de soins ;
- la réalisation de meilleurs indicateurs en matière de santé de la mère et de l'enfant ;
- une priorité nationale : la prévention des maladies chroniques et graves ;
- une attention particulière à la santé des personnes âgées, en développant la gérontologie ;
- le renforcement de la surveillance des maladies émergentes et le développement du secteur de la médecine de pointe.

Le programme présidentiel comprend également un élément relatif au cadre de vie, qui appelle à permettre aux citoyens de vivre dans des villes propres. L'approche «ville santé» une approche possible dans ce cadre.

2.4.2. Le 10^{ème} plan de développement (34) prévoit en outre, parmi ses principales orientations stratégiques, de :

- a) Poursuivre la consolidation des services de première ligne et des soins préventifs tout en renforçant la lutte contre les facteurs de risque et la promotion des déterminants d'une bonne santé, grâce notamment à la préservation de l'hygiène du milieu et la promotion des comportements sains.

- b) Promouvoir l'assurance qualité en centrant particulièrement l'action sur l'organisation des services, le développement des ressources humaines et l'évaluation.
- c) Améliorer la performance du système par le renforcement de la décentralisation et des capacités de gestion du système.

Le plan fixe également des objectifs opérationnels, notamment :

1. Ramener le taux de mortalité infantile à moins de 20 pour mille naissances vivantes en 2006, contre 22.8 pour mille naissances vivantes en 2001.
2. Ramener le taux de mortalité maternelle à moins de 40 pour 100.000 naissances vivantes d'ici 2006, contre environ 52 pour 100.000 naissances vivantes en 2001.
3. Maintenir un taux d'accroissement démographique aux alentours de 1.1% durant la période 2002-2006, contre 1,14 en 2001.
4. Améliorer le taux de couverture des femmes enceintes par la consultation prénatale pour atteindre d'ici 2006 un taux de 95% pour une consultation et de 70% pour les quatre consultations.
5. Améliorer le taux de couverture post natale pour atteindre d'ici 2006 un taux de 75% au cours des deux mois qui suivent l'accouchement.
6. Améliorer le taux de couverture vaccinale contre les maladies cibles pour atteindre un taux supérieur à 90% au niveau de toutes les circonscriptions sanitaires, avec la mise en place d'un programme d'éradication de la rougeole et l'introduction de nouveaux vaccins (contre l'hémophilus, la rubéole...).
7. Maintenir le taux actuel des lits publics à 1.7 pour 1000 habitants.
8. Maintenir le taux actuel de production locale en médicaments (43%) (38).
9. Encourager l'investissement privé dans le secteur de la santé, en particulier dans les régions de l'intérieur du pays.

2.4.3. L'élément nouveau survenu en 2004 est la promulgation d'une loi (30) instituant un nouveau régime d'assurance maladie au profit des assurés sociaux et qui énonce :

- les principes de solidarité et d'égalité des droits qui le sous-tendent;
- l'insertion de ce régime dans un système sanitaire qui englobe les prestations fournies dans les secteurs public et privé de la santé;
- l'introduction de relations conventionnelles entre les caisses et les prestataires de soins qui doivent déterminer, notamment :
 - ✓ les outils de maîtrise des dépenses de santé,
 - ✓ les outils de garantie de la qualité des services,

établissant ainsi le lien quasi-organique entre la réforme du financement et celle, inévitable, du système de soins en Tunisie.

2.5. Les principaux défis pour le secteur de la santé

1) Le premier défi est celui de la **pérennité des acquis** du système de santé tunisien en matière :

- de santé publique (éradication ou maîtrise des principaux fléaux connus),
- d'équité dans l'accessibilité aux soins, notamment pour les populations vulnérables et ce, face aux risques inhérents à la réforme engagée du financement de la santé et, plus largement, aux choix macro-économiques du pays.

2) La **maîtrise des dépenses de santé** (tout en visant la correction du sous financement du secteur public), la **réduction substantielle de la part supportée directement par les ménages**, et la **réduction du risque de dépenses «catastrophiques»** pour ceux-ci, constituent également un ensemble de défis importants.

Il est nécessaire dans ce cadre, de:

- mettre en place des mécanismes de régulation de l'offre de soins (ressources humaines, infrastructure, équipements...) qui tiennent compte de la nécessaire complémentarité des secteurs public et privé,
- sauvegarder la place clé du sous-système "Soins de Santé de Base" au vu de son efficience et de son potentiel à être un facteur d'équilibre dans l'accessibilité aux soins curatifs et préventifs,
- améliorer le fonctionnement du système de référence des malades dans le secteur public, en améliorant les possibilités d'utilisation des hôpitaux de circonscription et des hôpitaux régionaux, pour réduire l'encombrement du troisième niveau de soins,
- sauvegarder le statut de la Pharmacie Centrale de Tunisie et la pérennité du système tunisien d'approvisionnement (et de production) pour les médicaments (38).

3) Le système de santé a, au plan quantitatif et en termes de couverture et d'amélioration des indicateurs sanitaires, fait preuve de son efficience. C'est en termes de qualité des soins et particulièrement des prises en charges individuelles et de satisfaction des usagers, que se posent de nouveaux défis (33) (37).

4) Il importe, plus largement, de sauvegarder et développer l'harmonie du système de santé tunisien, en **réalisant le «mix» public/privé le plus efficace possible**, afin de concrétiser les options nationales visant à :

- consolider le rôle du secteur public pour lui permettre de jouer son rôle de référence sur les plans des soins, de la formation et de la recherche,
- gérer la complémentarité entre les secteurs public et privé, en matière de soins curatifs et préventifs,
- mettre en œuvre des mécanismes de gestion et d'amélioration de la qualité des soins dans les deux secteurs, devant aboutir notamment à la généralisation de l'accréditation des établissements de soins et à la systématisation de l'évaluation des pratiques médicales.

5) La double **transition démographique et épidémiologique** présente les principaux défis suivants:

- prise en charge de problèmes de santé particuliers des jeunes et des adolescents (notamment psychoaffectifs, de comportement à risque et de santé sexuelle et reproductive);
- prévention et prise en charge des maladies chroniques et des cancers ;
- prévention et prise en charge des problèmes liés au vieillissement.

6) Dans le cadre de ce qui précède, s'inscrivent des défis en rapport avec les **déterminants de la santé**, dont :

- la protection sociale, qui ne couvre actuellement pas l'ensemble de la population, notamment dans l'agriculture et les secteurs à risque en termes d'emploi,
- l'accès aux soins, notamment pour les groupes vulnérables et les personnes en situation précaire eu égard, notamment, aux disparités régionales,
- les comportements et styles de vie générateurs de risques sanitaires sérieux et graves (tels que l'infection par le VIH et le SIDA), la violence sous toutes ses formes (accidents de la route, violence domestique à l'égard des femmes ou des enfants...), et le développement des facteurs de risques liés à l'adoption de modes de vie «modernes» et relatifs aux maladies chroniques et aux cancers,
- l'environnement et ses diverses pollutions, qui peuvent menacer la santé des populations exposées, en particulier en milieu professionnel.

- 7) Des défis persistent, en rapport avec les **OMD**, principalement :
- la persistance de niveaux relativement élevés de mortalité maternelle et périnatale dans certains groupes de population ;
 - la nécessité de désagréger les OMD et leurs différents indicateurs, afin d'en faire des outils d'observation (et d'intervention) par rapport aux disparités régionales et locales.
- 8) Les défis critiques relevant de la **gouvernance du système de santé** concernent :
- la nécessité d'une réflexion stratégique et l'élaboration d'un consensus national sur les orientations de la réforme de l'assurance maladie ;
 - le développement d'une politique claire de régulation de l'offre, y compris les ressources humaines;
 - le recueil et l'analyse de l'information au service du suivi et de l'évaluation, de la communication et de la coopération intra et inter-sectorielle. Dans ce cadre, s'impose notamment la structuration d'un système national d'information sanitaire performant et pérenne;
 - l'organisation et la gestion de l'ensemble du système et le renforcement de la décentralisation ;
 - l'implication de l'ensemble des partenaires et notamment les utilisateurs et les professionnels de toutes catégories ;
 - l'amélioration et la gestion de la qualité des soins dans les secteurs public et privé;
 - l'introduction de normes et de références et la rationalisation de l'usage des médicaments, ainsi que des nouvelles technologies.
- 9) Enfin, **l'harmonisation et la coordination de l'aide internationale au développement sanitaire** (voir chapitre suivant) et le renforcement du rôle de l'OMS en tant que partenaire-clé dans le processus de développement sanitaire et la réforme du système de santé tunisien constituent les défis principaux du partenariat international pour la santé en Tunisie.

3- Coopération et partenariats internationaux pour la santé

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.

La Banque Mondiale a soutenu le projet de réforme hospitalière durant le 8^{ème} plan de développement économique et social (1992-1996) pour un budget total de 42 millions de dinars, dont 25 millions en prêt, et un projet sectoriel d'investissement dans le cadre du 9^{ème} plan (mise à niveau des hôpitaux régionaux, développement des services d'urgences, mise en place d'un système national d'information sanitaire) pour un coût de 75 millions de dinars, dont 57 millions en prêt (1)).

Pour le secteur de la santé, les principales sources de financement extérieur sont:

La Banque Européenne d'investissement	:145 200 000 \$US
Banque islamique de Développement	: 25 000 000 \$US
Fonds Saoudien de Développement	: 40 000 000 \$US

3.2. Le système des Nations Unies

Diverses organisations de coopération des Nations Unies sont présentes en Tunisie : UNICEF, PNUD, FNUAP, FAO, ONUDI, OIM. La période 2002-2006 a été marquée par l'élaboration d'un «Plan cadre des Nations Unies pour le Développement», en consultation avec le gouvernement Tunisien, et qui sert de référence à la stratégie des organisations (68). Ce plan comprend 4 axes : l'insertion dans l'économie mondiale, les défis sociaux, l'environnement et le patrimoine, les questions de gouvernance.

Le budget alloué au volet santé dans le programme quinquennal 2002-2006 de coopération de l'**UNICEF** est de 838.000 US\$ pour les ressources ordinaires et 800.000 US\$ pour des fonds supplémentaires. Le programme comporte un projet d'amélioration de la qualité des services de santé maternelle et infantile de la première ligne comprenant un appui aux stratégies nationales d'audit des décès maternels et de prévention et de prise en charge des anémies, l'appui à la décentralisation des activités par la dynamisation des circonscriptions sanitaires et l'engagement des programmes de santé maternelle et infantile dans le processus de l'assurance qualité, l'intégration d'un service d'écoute des jeunes dans les centres de santé, et la prise en charge intégrée des maladies de la mère et l'enfant (PCIME). Un deuxième projet développe une stratégie pour une meilleure prise en charge psychoaffective de l'enfant dans la famille (matériel de communication, formation des animateurs). L'UNICEF porte également une attention particulière à la protection des adolescents et des jeunes contre le VIH/SIDA.

Le **FNUAP** fournit un appui à la mise en place d'un programme étendu en matière de santé de la reproduction et de santé sexuelle, ciblant les adolescents et les jeunes (11), impliquant des Organisations non Gouvernementales (ONG) et soutenant un système de prestations de services de santé intégrés dans la première ligne. Il soutient par ailleurs le développement du rôle de l'ONFP en matière d'évaluation, de formation, de recherche et de communication. Ces activités se déroulent en portant une attention particulière à la dimension genre. La contribution budgétaire allouée par le FNUAP pour la réalisation de ce

programme est de 2 millions de US\$. Une somme égale sera recherchée auprès de donateurs.

Certains volets de l'action des **autres organisations** ont un impact sur la santé ; on citera particulièrement les actions du PNUD visant à la protection des groupes sociaux vulnérables pour réduire l'impact social des processus de libéralisation économique, la résorption des disparités régionales et sociales, l'appui à l'émancipation de la femme rurale, ainsi que les actions de l'UNICEF relatives à la protection et à l'intégration sociale de l'enfance. Dans le domaine de la santé, la Tunisie coopère aussi avec plusieurs autres organisations internationales notamment l'Agence Internationale de l'Energie Atomique (AIEA), et le programme conjoint des Nations Unies sur le VIH-SIDA (ONUSIDA).

3.3. La coopération bilatérale

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

Dans le cadre de son programme MEDA, **l'Union Européenne** a accordé à la Tunisie une aide budgétaire de 40 millions d'Euros pour accompagner la réforme de la sécurité sociale. La Tunisie bénéficie également des autres « guichets » du programme MEDA, notamment en matière de coopération entre institutions du Nord et du Sud de la Méditerranée.

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, la Pologne pour l'Europe, l'Afrique du Sud, le Mali, le Niger, 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.

A titre d'exemple de coopération bilatérale, la France a un programme actif de coopération technique représentant un budget annuel d'environ 500 000 € (sans compter les coûts invisibles tels que les salaires des experts français impliqués). Le programme est axé sur la «coopération par le métier» : jumelage entre unités de soins, d'enseignement ou de recherche médicale, coopération au niveau des régions... La coopération technique française concerne également le domaine social : soutien à la réforme de l'assurance maladie, insertion des handicapés, mise en place d'assurance maladie pour des groupes particuliers en milieu rural, avec l'aide de la mutualité agricole française...

La coopération avec le **Monde Arabe et notamment le 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, Libye, Maroc, Mauritanie, Syrie...) ou multilatéral (Ligue Arabe et Union du Maghreb Arabe).

3.4. Malgré ses apports indéniables, la coopération pose de sérieux problèmes de coordination, l'Etat 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.

3.5. La coopération tunisienne

A travers le placement de coopérants, la Tunisie participe depuis les années 70 à l'effort entrepris par plusieurs pays, et tout particulièrement ceux du Golfe, pour mettre en place et

développer leurs systèmes de santé. Au 20 décembre 2004, 2409 coopérants exerçaient leurs fonctions à l'étranger, dont 1343 en Arabie Saoudite. Il s'agit essentiellement d'infirmiers, de techniciens supérieurs et de médecins spécialistes ou généralistes.

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

Par ailleurs, plusieurs institutions sous tutelle du ministère de la santé (Office National de la Famille et de la Population, Centre National de Formation Pédagogique du Personnel de la Santé, Institut National de la 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 le FNUAP, le PNUD, l'OMS, la Banque Islamique de Développement et la Banque Mondiale.

4- La coopération entre l'OMS et la Tunisie : passé et présent

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, bilharziose et autres maladies transmissibles. Les programmes de prévention ont été appuyés tant en ce qui concerne la logistique que la formation du personnel de santé.

Etant 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, 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.

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 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.

A partir des années 90, la coopération a concerné un bon nombre de programmes couvrant les domaines des technologies médicales, le renforcement du système de santé basé 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 (laboratoire, médicaments, banque du sang, ressources humaines 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 ⁽⁷⁶⁾ ⁽⁷⁷⁾ 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 responsabilité du Ministère de la Santé Publique (M.S.P.)

- L'analyse de la coopération à travers les diverses biennies montre une concentration des efforts en direction de la formation du personnel et de développement institutionnel. Le recours aux consultants étrangers devient relativement limité, et beaucoup de programmes ont recours à l'expertise nationale,
- La coopération technique privilégie la dimension sous régionale et notamment maghrébine. La Tunisie contribue ainsi au renforcement institutionnel de certains pays Arabes et pays francophones de l'Afrique subsaharienne, à travers la formation de cadres et la provision de certaines expertises.

Les tableaux qui suivent donnent un aperçu des domaines de coopération entre 2000 et 2005, de l'évolution de la part des ressources qui leur sont allouées, et des types d'activités soutenues.

Biennies	2000-2001	2002-2003	2004-2005
Domaines d'intervention			
Maladies infectieuses	5%	6%	11%
Santé Maternelle et Infantile	8%	7%	7%
Environnement et Nutrition	4%	14%	10%
Maladies non transmissibles	11%	17%	17%
Techniques et laboratoires	15%	18%	21%
Développement des systèmes de santé	57%	38%	34%
Montant total alloué en dollars US	1.483.448	1.189.356	1.545.162

Source : Bureau de pays de l'OMS - Tunisie

Tableau n° 11 : Evolution des ressources allouées et de leurs proportion selon les champs d'intervention de l'OMS en Tunisie pour les biennies 2002-2001, 2002-2003, 2004-2005

Biennies	2000-2001	2002-2003	2004-2005
Types d'activité			
Formation à l'étranger	25%	31%	20%
Formation nationale	37%	35%	41%
Equipements et fournitures	7%	5%	5%
Consultants	6%	6%	6%
Dépenses locales	25%	23%	28%

Source : Bureau de pays de l'OMS - Tunisie

Tableau n°12 : Evolution de la part des ressources allouées selon le type d'activité Coopération OMS-Tunisie – biennies 2000-2001, 2002-2003, 2004-2005

On remarquera la distribution assez homogène du budget entre les différents domaines d'intervention, avec toutefois une certaine croissance pour les maladies non transmissibles et les «techniques et laboratoires». Par ailleurs, les parts allouées à la formation sont de loin les plus importantes et restent constantes (environ 60%) au long des biennies. Ce dernier aspect est particulièrement apprécié par les responsables tunisiens eus égard à la rigidité et à la difficulté qui caractérise les procédures administratives pour

l'obtention de fonds pour la formation, dans le cadre des budgets nationaux de l'administration tunisienne.

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 intégrer les changements intervenus sur les plans global et régional aux niveaux politique, économique et social.

Toutefois, la coopération a pris trop souvent une orientation «historique» peu novatrice, laissant également peu de place au partenariat avec les régions, les autres secteurs et la société civile.

La réouverture du bureau de pays devrait contribuer à une meilleure visibilité de l'OMS au niveau national et améliorer 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.

4.4. Le Centre Méditerranéen pour la réduction de la vulnérabilité : aperçu général

La présence de l'OMS dans le pays est aussi renforcée par l'existence du centre méditerranéen, qui contribue au développement sanitaire au niveau national et global. Fondé à la suite d'un 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 (WMC), 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 WMC 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: la Méditerranée orientale (EMRO), l'Afrique (AFRO), l'Europe (EURO), l'Asie du Sud-Est (SEARO) et le Pacifique occidental (WPRO), ainsi que la Région des Amériques (AMRO/PAHO).

En 1998-1999, le Centre a principalement porté ses efforts sur le développement des compétences pour la gestion des risques et sur le développement humain (il a, entre autre, servi de point focal à EMRO 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.

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 WMC a fourni, à la demande, une expertise dans divers programmes de santé en Tunisie. Par le biais de cette collaboration, les experts tunisiens ont partagé leur domaine d'expertise et aidé le Centre dans son action internationale. Des personnels tunisiens sont régulièrement invités à participer à des réunions techniques du WMC, des formations ou ateliers de travail.

5- Le cadre institutionnel de l'OMS: orientations globales et régionales

La stratégie de Coopération de l'OMS avec la République de Tunisie s'inspire de la stratégie institutionnelle de l'Organisation et de ses orientations sur les plans mondial et régional.

Dans ce contexte, la Stratégie de Coopération tient compte des orientations stratégiques de l'OMS qui sont les suivantes:

- Réduire l'excès de mortalité, de morbidité et d'incapacités particulièrement au sein des populations pauvres et marginalisées ;
- Promouvoir les modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé liés aux causes environnementales, économiques, sociales et comportementales ;
- Mettre en place des systèmes de santé qui puissent améliorer les résultats sanitaires de manière équitable, répondant aux attentes légitimes de la population et qui soient financièrement équitables;
- Concevoir une politique de base et créer un cadre institutionnel dans le secteur santé, et faire en sorte que les questions de santé soient dûment prises en compte dans les politiques sociales, économiques et en matières de développement.

Ces quatre orientations sont en fait indissociables : on ne peut véritablement améliorer la santé en n'appliquant que l'une d'entre elles.

Se référant aux fonctions de l'OMS, la Stratégie de l'OMS de Coopération pourra :

- assister la Tunisie dans la définition de politiques et d'actions de sensibilisation cohérente, conforme à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
- favoriser la gestion de l'information en évaluant les tendances et en comparant les résultats ;
- aider à définir un programme de recherche-développement ;
- apporter un appui technique et théorique de façon à stimuler l'action et la coopération, et renforcer durablement les capacités nationales et régionales ;
- négocier avec les partenaires nationaux et mondiaux et favoriser leur coordination ;
- assister la Tunisie dans la définition de normes et dans leur mise en application ;
- encourager la mise au point et l'essai de technologies, d'outils et de principes directeurs nouveaux en matières de lutte contre la maladie, la réduction des risques, la gestion des soins de santé et la prestation de services.

L'accomplissement de ces fonctions dans le cadre stratégique de coopération avec l'OMS devra concilier les priorités définies par la Tunisie en matière de santé et les priorités régionales qui sont reprises ci-après :

- développement des ressources humaines ;
- réduction de la pauvreté et une meilleure santé à travers l'approche de besoins de développement de base ;
- contrôle des maladies transmissibles ;
- prévention et contrôle des maladies non transmissibles ;
- promotion des modes de vie sains ;
- santé maternelle et infantile ;
- accès et utilisation rationnelle des médicaments essentiels et aux vaccins ;
- développement des systèmes et des services de santé ;
- promotion du transfert de technologie, support d'information et développement des capacités dans le domaine de la recherche ;
- environnement et santé.

Le choix des priorités pour la république de Tunisie dans le cadre de la Stratégie de Coopération s'est opéré suivant des critères objectifs, dont les plus importants sont les suivants:

- Possibilité de réduire sensiblement la charge de morbidité grâce aux interventions existantes d'un bon rapport coût /efficacité
- Problème de santé qui ont d'importantes répercussions sur le développement socio-économique et qui touchent les pauvres de façon disproportionnée ;
- Besoins urgents de nouvelles technologies ;
- Possibilité de réduire les inégalités de la santé dans le pays;
- Avantages comparatifs de l'OMS, surtout en ce qui concerne l'offre de biens publics, le développement de politiques, stratégies et normes consensuelles, et la création et gestion de partenariats;
- Besoins exprimés par le pays.

6- Agenda stratégique: priorités pour la coopération OMS-Tunisie

Trois grands axes semblent se dégager pour la coopération de l'OMS avec la Tunisie sur la période 2005 - 2009, au vu des analyses qui précèdent:

- Le renforcement du système de santé pour préserver et promouvoir les objectifs de santé publique du pays dans un contexte d'ouverture et de libéralisation
- La réponse aux défis posés à la santé des Tunisiens par les transitions socio-économique, démographique et épidémiologiques
- Le partenariat et le plaidoyer pour la santé dans le secteur et au-delà, dans le pays et au-delà.

Le texte qui suit présente, pour chacun de ces axes, l'objectif principal de la coopération ainsi que les approches stratégiques qu'adoptera l'Organisation pour y répondre.

6.1 Renforcement du système de santé

Objectif : maintenir les acquis du système de santé tunisien et promouvoir l'équité, l'accessibilité et qualité des services de santé, en veillant notamment à ce que la réforme de l'assurance maladie prenne en compte des objectifs de santé publique et préserve les missions clef du secteur public

Approches stratégiques

1. Appui institutionnel au "pilotage" du secteur de la santé

Les débats concernant la réforme de l'assurance maladie mettent en évidence:

- un déficit d'informations de référence sur la performance des services de santé - tant publics que privés: études et enquêtes portant sur les activités et les prestations, les moyens et les coûts, et aussi les résultats de ces services; recherches action prédictives permettant des études d'impact;
- l'absence d'une vision qui oriente les contributions des divers acteurs, définisse clairement les missions de l'état et du service public, ainsi que celles du secteur de libre pratique : Le pays devrait se doter d'un document de politique de santé, à mettre à jour périodiquement ; il est important également d'élaborer une stratégie de communication du ministère de la santé publique avec les organismes nationaux et internationaux partenaires dans le développement du système de santé (site internet etc.);
- la nécessité de consolider, promouvoir ou mettre en place un certain nombre de mécanismes et d'outils au service de la régulation et du contrôle, dans le cadre du meilleur «mix public – privé» possible : carte sanitaire dans le domaine hospitalier, nombres et qualifications concernant la démographie médicale, système d'accréditation (aboutissement d'une stratégie d'assurance de la qualité), système cohérent d'informations épidémiologiques et de gestion.

Par ailleurs, le MSP devra s'associer à la réforme, notamment sur les questions-clef relatives au système d'information (qui doit être compatible avec celui de la santé), à l'observatoire prévu, aux modes de paiement des prestataires et à l'ensemble du financement.

L'OMS appuiera le Ministère de la Santé Public dans l'organisation de ses fonctions "information", analyse stratégique, définition des politiques et communication, régulation du secteur.

2. Des contributions spécifiques à l'organisation du système de santé dans son ensemble et à ses fonctions principales

- L'organisation du système impose, dans le cadre d'une vision d'ensemble qui reste à clarifier (voir paragraphe précédent), de :
 - réhabiliter les soins de santé de base en adaptant leurs prestations aux impératifs de la transition,
 - consolider le secteur public comme référence du système,
 - accompagner la réflexion en cours sur les filières de soins tout en précisant et simplifiant l'orientation-recours à l'intérieur du système - public et privé – pour une meilleure continuité des soins et une maîtrise des dépenses,
 - répartir les ressources humaines et les équipements en fonction des normes qui auront été définies, à travers un contrôle et des incitations; une stratégie qui se dessine d'ores et déjà, est la mise en place d'équipes multidisciplinaires dans le cadre de pôles régionaux et interrégionaux.
- Le financement est l'objet principal de la réforme de l'assurance maladie. Il sera fondamental de baser la réallocation des ressources, en préparation, sur les considérations suivantes:
 - l'équité dans les dépenses qui actuellement proviennent, pour plus de la moitié, des ménages tunisiens,
 - le sous-financement probable du secteur public au regard de ses missions, en particulier pour le premier niveau de soins,
 - la nécessaire maîtrise des coûts.
- Dans le domaine des technologies médicales, l'acquis de la Tunisie et sa contribution au plan international est considérable. Il s'agira en conséquence:
 - de consolider le système d'approvisionnement en médicaments,
 - d'appuyer le système d'assurance qualité des médicaments et des vaccins sur le plan national et de favoriser la promotion de l'expertise tunisienne au plan international,
 - de soutenir les efforts du pays en matière de fabrication de vaccins et de sérums dans le cadre d'une stratégie régionale de la sécurité du vaccin.
- Enfin, la qualité est une préoccupation majeure en ce qui concerne les services de santé, tant publics que privés: qualité "perçue" par le malade, et qualité avérée dans les pratiques de traitement et de soins. Il s'agira de soutenir et d'étendre la stratégie d'assurance qualité qui s'ébauche actuellement en Tunisie, en vue d'aboutir à la mise en place d'un système d'accréditation, comme mentionné plus haut.

L'OMS s'efforcera de répondre aux demandes de collaboration concernant des aspects particuliers de l'organisation, du financement, de l'accès aux médicaments et aux vaccins et de la qualité des services. Ce faisant, elle s'efforcera de garder toujours une perspective d'ensemble: la nécessaire mutation du système de santé fondée sur des critères d'équité, d'efficacité et d'efficience. Elle s'efforcera également de promouvoir la participation des prestataires et des utilisateurs. L'Organisation se concentrera sur les questions non prises en compte actuellement par des partenaires extérieurs et pour lesquelles elle a des compétences. Elle mobilisera pour ce faire une expertise et des connaissances nationales et, si nécessaire, internationales.

6.2 Réponse aux défis des transitions

Objectif : améliorer la qualité de vie des Tunisiens par un travail de prise en charge, de prévention et de promotion en profondeur, qui permettra également d'éviter des coûts dont on sait qu'ils sont de plus en plus lourds pour les malades et la collectivité.

Approches stratégiques

Les transitions socio-économique, démographique et épidémiologique font apparaître des préoccupations qui concernent :

- Des tranches d'âge actuellement trop peu prises en compte: les jeunes, qui représentent d'ores et déjà une demande importante mais mal connue, et les personnes âgées, qui représentent une demande significative à venir. Dans les deux cas, les demandes appellent des réponses innovantes (comme celle de l'ONFP) de proximité, mettant en jeu des compétences au sein du système de santé et en dehors de lui, et donc des collaborations.
- Les maladies chroniques et dégénératives, premières causes de mortalité, prises en charge actuellement de façons différentes dans les services de santé de base et dans les hôpitaux, dans le public et dans le privé, en faisant appel à des produits et des technologies de plus en plus coûteux.
- Des facteurs de risque pathologiques, ou liés à des comportements, ou provenant de la gestion de l'environnement dans ses dimensions multiples. Il faut donc mettre un accent très net sur la prévention efficace de ces risques et, au-delà, sur de véritables stratégies de « promotion de la santé » qui mobilisent les populations et leurs organisations, ainsi que diverses institutions nationales.

Ces défis ne doivent pas occulter la nécessité pour la Tunisie de rester vigilante sur les acquis concernant la lutte contre les maladies transmissibles, la lutte contre les épidémies, ainsi que le programme visant à réduire la mortalité périnatale et maternelle.

L'OMS appuiera la Tunisie dans ses efforts concernant les populations d'adolescents, de jeunes adultes et de personnes âgées, les maladies chroniques et dégénératives et les facteurs de risque, à travers l'amélioration de la connaissance des problèmes, la mise à disposition de directives internationales existantes ou en cours d'élaboration (concernant le cancer et les maladies cardio-vasculaires notamment), l'appui - urgent - à l'élaboration de consensus pour les protocoles de traitement, enfin la promotion d'expériences innovantes comme les "laboratoires de populations". L'OMS cherchera à promouvoir des modes de vie sains et la mise en place d'environnements favorables à la santé à travers, notamment, la promotion de villes et villages santé. L'Organisation s'efforcera également de répondre aux demandes spécifiques, qui pourraient se présenter, concernant des problèmes de santé nouvelle ou en principe sous contrôle.

6.3 Partenariats et plaidoyer pour le développement sanitaire

Objectif : participer à l'amélioration de la santé en Tunisie et ailleurs, en favorisant la contribution de toutes les composantes de la société tunisienne et de ses partenaires, ainsi que le partage d'expériences avec d'autres pays.

Approches stratégiques

La section qui précède, concernant les défis posés par les transitions de tous ordres que traverse le pays, a montré la nécessité d'associer les autres secteurs que celui de la santé, et les autres acteurs que les seuls prestataires de soins, au développement sanitaire.

Par ailleurs, le pays est engagé dans des partenariats avec des organisations multilatérales ou bilatérales. Ces partenariats peuvent être au service d'objectifs définis dans un cadre international, comme les Nations Unies avec les conférences des années 1990 et plus récemment, les objectifs du millénaire. Ces partenariats peuvent également se nouer dans le cadre de la globalisation de l'économie, comme c'est le cas pour les accords Trade Related Intellectual Property Rights (TRIPS) au sein de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) ou l'accord de libre-échange avec l'Union Européenne et la coopération qui l'accompagne.

Enfin, l'expérience tunisienne est à maints égards porteuse d'enseignements pour la communauté internationale d'une part, et d'autre part, le pays cherche à collaborer avec d'autres à la recherche de solutions aux problèmes de plus en plus complexes du développement humain et à connaître les expériences de pays aux contextes similaires. Un certain nombre d'initiatives mondiales et régionales peuvent bénéficier d'une contribution de la Tunisie et inversement.

L'OMS appuiera le Ministère de la Santé Publique dans un dialogue, à renforcer, avec les autres ministères et institutions publiques, la société civile, les universités et les médias. Elle favorisera la coordination au sein du système des Nations Unies sur les questions de santé et appuiera les négociations avec les bailleurs de fonds à la demande du gouvernement tunisien et dans le cadre d'une coordination assumée par lui. Elle fournira un appui à la documentation de l'expérience tunisienne en matière de santé depuis l'indépendance. L'Organisation favorisera également les échanges de la Tunisie au sein de la région et au-delà, sur des domaines précis concernant par exemple des technologies de pointe ou des aspects particuliers des systèmes de santé, et sur des domaines plus larges comme la gestion de la globalisation: maintien des services publics, articulation entre macro-économie et santé etc.

7- Implications pour la présence de l'OMS dans le pays, le bureau régional et le siège

7.1. Bureau de pays

La préparation de la CCS vient très peu de temps après la réouverture du Bureau du Représentant, 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 importerait 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.

Le personnel du bureau de l'OMS à Tunis est actuellement composé, en plus du Représentant, d'un assistant administratif, d'une secrétaire, d'un chauffeur et d'une aide de bureau mis à la disposition de l'OMS par le Gouvernement Tunisien. Les locaux, actuellement en train d'être mis aux normes minimales de sécurité de l'ONU, sont exigus.

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

- le recrutement d'un fonctionnaire national de programme, compétent pour assurer au bureau les capacités techniques adéquates pour la mise en œuvre des priorités identifiées par la CCS.
- le recrutement d'un fonctionnaire technique pour soutenir les fonctions de communication et de plaidoyer.
- Le recrutement de deux assistants administratifs qui maîtrisent la langue anglaise et les compétences de secrétariat.
- Le recrutement d'agents administratifs et techniques selon les besoins et en fonction du développement prévisible du volume d'activités du bureau.
- la formation du personnel pour le familiariser avec les procédures de l'OMS et améliorer sa maîtrise de l'anglais ;
- l'amélioration des moyens de communication ;
- la mise en place d'une bibliothèque ;
- l'extension et l'équipement des locaux et leur mise aux normes de sécurité.

La mise en œuvre de la CCS aura également par la suite d'autres types d'implications pour le Bureau de l'OMS, en particulier l'engagement de personnels sur des contrats de courte durée, le recrutement d'internes, l'établissement de contrats de services avec des experts et des institutions.

La présence d'un bureau de l'OMS dans le pays devrait faciliter grandement l'échange d'information avec les autres niveaux de l'Organisation, et transformer le "modus operandi" qui prévalait jusqu'alors, quand la coopération était sous la responsabilité directe du bureau régional.

7.2. Bureau régional et Siège

L'agenda stratégique présenté au chapitre précédent met en évidence les divers domaines pour lesquels une contribution sera sollicitée. Il est important que les programmes, au Caire, à Genève 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. L'agenda relatif aux maladies non transmissibles et aux modifications de comportements, encore trop peu ébauché et tirant partie essentiellement des expériences des pays dits «riches», pourra tirer des enseignements précieux des approches tunisiennes, notamment en lien 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 vulnérabilités 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.

Annexe I

BIBLIOGRAPHIE

1. **Abdesselem Hichem M.S.P** Unité de la coopération technique «Coopération Internationale en matière de santé». Médicalis – Santé Publique Santé et Médecine en Tunisie, p119-121 Promed S.A. Tunis 2003.
2. **Banque Mondiale** «Memorandum of the president of the international bank for reconstruction and Development to the executive directors on a country assistance strategy for the republic of Tunisia». Document of the World Bank Group. June 3, 2004.
3. **Ben Hamida A., Ayoub F., Zouari B., Nacef T.**, «Analyse de quelques aspects du système de soins en Tunisie». Cahier Socio. Demo. Med. XXXII^{ème} année, n° 2-3 p 225-239 Avril - Septembre 1992.
4. **Ben Hamida A., Fakhfakh R., Miladi W., Zouari B., Nacef T** : «la transition sanitaire en Tunisie au cours des 50 dernières années. Revue de santé de la Méditerranée Orientale. 2003».
5. **Ben Romdhane H.**, «La charge de morbidité des maladies cardio-vasculaires en Tunisie» Premières journées nationales sur la transition épidémiologique et son impact sur les systèmes de santé en Tunisie. 7 et 8 Avril 2004. Hôtel El Mechtel Tunis
6. **Ben Romdhane H., Institut National de la Santé Publique. Sous la direction de Achour N.** «Les cardiopathies ischémiques. L'épidémie et ses déterminants» Volume 1 «Les facteurs de risque» Résultats d'une étude épidémiologique auprès de 5771 adultes tunisiens 1997-1998
7. **Collectif des organisations de santé** : «Le financement de la santé» Tunis 1988.
8. **Direction des Soins de Santé de Base/Service de Médecine Communautaire.** CHU Monastir. «Actes de la table ronde : La médecine générale en Tunisie, formation et exercice». Mtiraoui A., Zouari B., Ayoub F., Morel J., Jeddi M., Bchir A. X^{ème} entretiens médicaux chirurgicaux de Monastir. Faculté de médecine de Monastir ; 2 Juin 1995.
9. **Fakhfakh R., Ben Romdhane H., Hsairi M., Achour N., Nacef T.**: «Tendance de la consommation tabagique en Tunisie» Revue de santé de la Méditerranée Orientale. Vol 6 n° 4.2000.

10. **Fakhfakh R., Hsairi M., Maalej M., Achour N., Nacef T.** : «Tobacco use in Tunisia. Behaviour and awareness» Bulletin of the World Health Organization 2002. 80(5).
11. **Fonds Des Nations Unies Pour la Population. Kamoun M.R Moalla A. Cherif S.** «Santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes : Réalités et perspectives» Tunis. Janvier 2002.
12. **Gueddana N., Ben Aicha N., Jarraya S., Hamza B.** Un enfant et deux Tunisiens. Enquête Nationale sur la mortalité et la morbidité infantile. 84-85. MSP. Hôpital d'Enfant de Tunis. Tunis 1989.
13. **Institut National de Nutrition** - Enquête nationale de nutrition 1975. Rapport 1978.
14. **Institut National de Nutrition.** Evaluation de l'état nutritionnel de la population. Enquête nationale de nutrition. 1996-1997. Rapport 2000
15. **Institut National de la Santé Publique** – «Les comptes nationaux de la Santé – Année 2000» Arfa C. Tunis 2004.
16. **Institut National de la Santé Publique. Ben Romdhane H. Sous la direction de Achour N.** «Stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-vasculaires». Tunis Juin 1999.
17. **Institut National de la Santé Publique Hajjem S., - Sous la direction de Achour N.** «Statistiques nationales sur les cause médicales de décès Tunisie 2001». INSP 2002
18. **Institut National de la Statistique** : Enquête population 1980. Volume national.
19. **Institut National de la Statistique** : Enquête sur la consommation des ménages 1990.
20. **Institut National de la Statistique** : Enquête sur le budget, la consommation et le niveau de vie des ménages 1995. Volume A : Résultats de l'enquête sur le budget des ménages.
21. **Institut National de la Statistique.** Enquête nationale sur l'emploi 1997.
22. **Institut National de la Statistique** : Indicateurs statistiques sur la Tunisie. Editions 1999, 2000, 2001, 2002, 2003. Brochures.
23. **Institut National de la Statistique.** Enquête Nationale sur la population et l'emploi 1999
24. **Institut National de la Statistique.** 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.

25. **Institut National de la Statistique.** Projection de la population active et de la demande additionnelle d'emploi 1999-2019.
26. **Institut National de la Statistique.** Projection de la population 1999-2029.
27. **Journal Officiel de la République Tunisienne.** Loi n° 91/63 du 29 Juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire.
28. **Journal Officiel de la République Tunisienne.** Numéros du 30-31 Décembre 1994, du 29-31 décembre 1995, du 31 Décembre 1996, du 30-31 Décembre 1997, du 29-31 décembre 1998, du 31 décembre 1999, du 29 décembre 2000, du 28 Décembre 2001, du 17 décembre 2002, portant loi de finance pour les années 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003/Loi n° 20036-80 du 29 Décembre 2003 portant loi des finances pour l'année 2004.
29. **Journal Officiel de la République Tunisienne.** Décret n°2000-2825 du 27 novembre 2000 relatif à l'organisation des circonscriptions sanitaires
30. **Journal Officiel de la République Tunisienne du 6 Août 2004.** Loi 2004-71 du 2 août 2004 portant institution d'un régime d'assurance maladie.
31. **Ministère des Affaires Sociales – Commission Nationale d'Assurance Maladie.** Rapport de synthèse sur la réforme de l'assurance maladie. Octobre 1998.
32. **Ministère de la Santé Publique – Cherni N.** Organisation et perspectives de développement du secteur sanitaire libéral en Tunisie – Tunis, 17 Décembre 2004.
33. **Ministère de la Santé Publique/Conseil supérieur de la Santé.** «L'assurance qualité des prestations de santé» Tunis - Février 1998.
34. **Ministère de la Santé Publique/Direction des Etudes et de la Planification,** Mansouri F. Le secteur de la santé au cours du X^{ème} plan (2002-2006) – Tunis, Décembre 2004.
35. **Ministère de la Santé Publique/Direction des Etudes et de la Planification :** Données statistiques préliminaires de la carte sanitaire nationale. Tunis 2001.
36. **Ministère de la Santé Publique/Direction Générale de la Santé, Achour H.** La formation médicale en Tunisie, rencontre Tunisie/OMS, Tunis, Décembre 2004.
37. **Ministère de la Santé Publique/Direction Générale de la Santé** «La stratégie nationale de l'amélioration continue de la Qualité des Soins et des service de santé». Tunis, Décembre 2003.
38. **Ministère de la Santé Publique/Direction de la Pharmacie et du médicament, Toumi A.** Politique pharmaceutique – WHO/MSP, Tunis 15.12.2004.

39. **Ministère de la Santé Publique/Direction de la Tutelle des Hôpitaux, Achouri H.**
Le secteur public de prestations de soins face à la réforme de l'assurance maladie des régimes de sécurité sociale. Journées Nationales de gestion hospitalière – Tozeur 2-3 Décembre 2004.
40. **Ministère de la Santé Publique/Institut National de Santé Publique Achour N.**
Les défis du système de santé Tunisien – Tunis 2004.
41. **Ministère de la Santé Publique/Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire :** «Les cellules d'écoute et de conseil. Deux années après le début de l'action de leur promotion par la DMSU». Tunis 1997.
42. **Ministère de la Santé Publique/Direction des Soins de santé de base.** Rapports annuels 1982, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 2000, 2001, 2002, 2003
43. **Ministère de la Santé Publique/Direction des Soins de santé de base.** «Rôle de la première ligne dans la lutte contre les cancers». Table ronde. Les neuvièmes journées nationales de santé publique. 25-26-27 Octobre 2001
44. **Ministère de la Santé Publique/Direction des Soins de Santé de Base** «Enquête nationale sur l'évaluation du programme national de lutte anti-diarrhéique»(Rapport Tunis 1988).
45. **Ministère de la Santé Publique/Direction des Soins de Santé de Base** «Enquête nationale sur l'évaluation du programme national de lutte anti-diarrhéique 1992»(Rapport Tunis 1993).
46. **Ministère de la Santé Publique/Direction des Soins de Santé de Base.** Programme national de développement des circonscriptions sanitaires. «Indicateurs de fonctionnalité des circonscriptions sanitaires».
47. **Ministère de la Santé Publique/Direction des Soins de santé de base/Unicef/OMS -(MICS2)** «Enquête nationale sur la santé et le bien être de la mère et de l'enfant» Tome II. Résultats. Tunis Décembre 2000
48. **Ministère de la Santé Publique/Direction des Soins de Santé de base.** «Résultats de l'enquête nationale sur la mortalité maternelle en Tunisie» 1993-1994.
49. **Ministère de la Santé Publique/Direction des Soins de Santé de Base.** Les neuvièmes journées nationales de santé publique. Hôtel Kheops. Nabeul. Table ronde «prévention et dépistage du handicap» 25, 26, 27 Octobre 2001.

50. **Ministère de la Santé Publique/Direction des Soins de Santé de Base.** «Les Dixièmes journées nationales de santé publique». Hôtel Les Colombes. Hammamet. «La circonscription sanitaire et l'amélioration de la qualité des soins». **Ayoub F., Hamzaoui L., Kobbi E., Naceur K., Garbouj M.** Table ronde «Assurance qualité en première ligne» 24, 25 Octobre 2002.
51. **Ministère de la Santé Publique/DSSB/UNICEF – Bchir A., Yazid B.** «L'assurance qualité en première ligne. Concepts, organisation et méthodes». Tunis Septembre 1989.
52. **Ministère de la Santé Publique/DSSB/UNICEF.** «Programme de développement des circonscriptions sanitaires. Concepts et mise en œuvre». Tunis Février 1999
53. **Ministère de la Santé Publique/DSSB/UNICEF** «Les standards de qualité des Soins de Santé de Base en matière SMI», Octobre 2001.
54. **Ministère de la Santé Publique/DSSB/UNICEF. Ayoub F., Hamzaoui A., Garbouj M., Naceur K., Kobbi E., Douir H., Ben abdallah K.** «Manuel de procédures pour la certification des circonscriptions sanitaires». Décembre 2003.
55. **Ministère de la Santé Publique/DSSB/UNICEF – Yazid B., Blaise P., Zouari B., De Brouwere V.** «Evaluation du Programme National de Développement des circonscriptions sanitaires en Tunisie» rapport de mission 6-16 Septembre 2004, Tunis.
56. **Ministère de la Santé Publique/Office National de la Famille et de la Population, Gueddana N.** Transition démographique et santé de la reproduction - Tunis, 16 Décembre 2004.
57. **Ministère de la Santé Publique/Office National de la famille et de la population.** «Enquête tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant». Rapport principal. 1996. Projet Pan Arab pour la promotion de l'enfance (Pap Child).
58. **Ministère de la Santé Publique/Office National de la famille et de la population** «Dépistage de masse organisé du cancer du sein par mammographie : Etude de faisabilité», Tunis 2001.
59. **Ministère de la Santé Publique/Office national de la Famille et de la Population.** «La population en Tunisie : Situation démographique et programme national de la santé et de la reproduction». Tunis 2003
60. **Ministère de la Santé Publique/Office National de la famille et de la population.** Rapport de la république tunisienne sur le suivi du plan d'action du congrès international population et développement. Le Caire 1994- Tunis Juin 2004.

61. **Ministère de la Santé Publique/Office National de la Famille et de la Population.** «CIPD +10, Rapport de la Tunisie. Synthèse. 2004.
62. **Ministère de la Santé Publique/Secrétariat d'état à la recherche scientifique et de la technologie/Institut Salah Azaiez/Institut National de la Santé publique/Unité de recherche en épidémiologie des cancers en Tunisie. Hsairi M., Achour N., Ben Abdallah M., Zehani S.,** Equipe du registre du Cancer Nord-Tunisie «Registre des cancers Nord-Tunisie 1995-1998». Tunis – Mai 2004.
63. **Mtiraoui A., Millet B.** «Les fonctions du médecin généraliste : Evolution des concepts». Premier colloque tuniso-canadien de médecine familiale/Médecine générale (Département de médecine communautaire. Faculté de Médecine de Sousse – Département de médecine familiale de l'Université de Montréal – Direction régionale de la santé de Sousse. Direction des Etudes et de la Planification du MSP). La médecine générale. Mieux harmoniser la fonction formation et la fonction pratique. Sousse 17-18-19 Juin 2004.
64. **Nabli M., Boudrigua N., Garbouj M. DSSB.** «Stratégies de prise en charge des cancers en première ligne». Premières journées nationales sur la transition épidémiologique et son impact sur les systèmes de santé en Tunisie. 7 et 8 Avril 2004. Hôtel El Mechtel Tunis.
65. **Nations Unies.** «Etudes et rapports sur le développement. La Tunisie et les objectifs internationaux du développement».
66. **Nations Unies.** «Bilan commun de pays». Tunisie. Mars 2001.
67. **Nations Unies.** «Rapport national sur les objectifs du Millénaire pour le développement» Mars 2004.
68. **Nations Unies.** Plan cadre des Nations unies pour l'aide au développement. Tunisie 2002-2006.
69. **Office National de la Famille et de la Population :** Enquête démographique et santé en Tunisie 1988. Tunis 1989
70. **Office National de la Famille et de la Population.** Enquête Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM). Principaux résultats de l'enquête. Tunis 2001
71. **Office National de la Famille et de la Population ; Kechrid A., Ben Hamida A., Ben Aissa R., Bouchlaka A.** «Prévalences des IST chez les femmes : Le cas du district de Tunis» in : «Les mutations socio-démographiques de la famille tunisienne, enjeux et défis. Analyses approfondies des résultats du Pap-Fam, Tunis 2004.

72. **Office National de la Famille et de la Population, Ben Brahim A.** «La transition matrimoniale : Evolution de la nuptialité et de la divortialité en tunisie» in : «les mutations socio-démographiques de la famille tunisienne, enjeux et défis. Analyses approfondies des résultats du Pap-Fam, Tunis 2004.
73. **Office National de la Famille et de la Population, Ben Romdhane Habiba** «Transition épidémiologique et spécificités féminines» in : «les mutations socio-démographiques de la famille tunisienne, enjeux et défis. Analyses approfondies des résultats du Pap-Fam, Tunis 2004.
74. **Office National de la Famille et de la Population, Hamza N., Chaabouni A.** «Les pratiques sexuelles des jeunes : représentation et sources d'information dans le contexte du sida» in : les mutations socio-démographiques de la famille tunisienne, enjeux et défis. Analyses approfondies des résultats du Pap-Fam, Tunis 2004.
75. **Office National de la Famille et de la Population /FNUAP, Nacef T.,** «Introduction des nouvelles composantes de la santé de la procréation dans les CREPF et évolution des centres vers des centres régionaux de référence en santé de la procréation», Tunis Février 2004.
76. **Organisation Mondiale de la Santé. Bureau Régional de la Méditerranée Orientale.** Report of the joint government/WHO programme review and planning mission. Tunisia 5-9 November 2001.
77. **Organisation Mondiale de la Santé – Bureau Régional de la Méditerranée Orientale.** Report of the joint government/WHO programme review and planning mission. Tunisia 3-10 July 2003.
78. **Organisation Mondiale de la Santé.** «maîtrise des coûts des médicaments importés. Etude de cas : Tunisie» Série réglementation pharmaceutiques N° 10. Genève 2003
79. **Société Tunisienne des sciences Médicales - Ben Neffisa K. Kenaissi M. Achour N.** «Système de financement de la santé en Tunisie : Equité, efficacité», Tunisie médicale. Vol 69 n°4 X^{ème} congrès médical Maghrébin. Thème principal : quel médecine pour le Maghreb en l'an 2000. Rapport tunisien, Tunis 13-15 Mai 1991.
80. **Société Tunisienne des Sciences Médicales. Bakkay C.,** «Financement de la santé et système de couverture sanitaire en Tunisie». La Tunisie médicale. Vol 72 N° 4. Avril 1994. XXIII^{èmes} congrès Médial Maghrébin. Thème principal : Couverture sociale des soins médicaux dans les pays du Maghreb. Rapport tunisien ; Tunis 9-11 Mai 1994.

81. **Société Tunisienne des Sciences Médicales. Blél S., Fathallah M., Ben Abbès R., Chebbi F., Kechrid M.R, Abdesselem H.** «Réformes du système de santé tunisien» XXX^{ème} Congrès Médical Maghrébin. Rapport de la Tunisie. Tunis 2002
82. **Somrani N. Bouslama M. Ministère de la Santé Publique.** «Accidents de la voie publique : Données épidémiologiques». Premières journées nationales sur la transition épidémiologique et son impact sur les systèmes de santé en Tunisie. 7 et 8 Avril 2004. Hôtel el Mechtel Tunis.
83. **The economist intelligence Unit 15 Regent St, London SW1Y 4LR united Kingdom** «country profiles 2003, Tunisia».
84. **Unicef. Ayoub F.** Santé Maternelle et Infantile et Soins de Santé de Base en Tunisie. Succès – contraintes -défis. Tunis 1999.
85. **WHO/UNICEF – Joint Monitoring Programme for Water and Sanitation coverage** (2004).
86. **Zouari B.** «Définitions opérationnelles des valeurs de référence pour l'élaboration du plan stratégique de la santé 1997-2006». Faculté de Médecine de Tunis. Département de médecine communautaire. Section de Médecine préventive. Juin 1995.

TABLE DE MATIERES

Résumé	4
1. Introduction.....	6
2. Santé et développement : résultats, options et défis.....	7
2.1. Des résultats impressionnants sur les plans économique et social, avec toutefois des signes de fragilité.....	7
2.2. Analyse de la situation sanitaire: un état de santé qui s'est fortement amélioré sur les dernières décennies et des inégalités à vaincre.....	11
2.3. Le système de santé : acteurs, ressources et fonctions.....	17
2.4. Politique et objectifs principaux en matière de santé.....	22
2.5. Les principaux défis pour le secteur de la santé.....	25
3- Coopération et partenariats internationaux pour la santé	26
3.1. Cadre général.....	26
3.2. Le système des Nations Unies.....	26
3.3. La coopération bilatérale.....	27
3.4. Les problèmes posés par la coopération.....	27
3.5. La coopération tunisienne.....	27
4- La coopération entre l'OMS et la Tunisie : passé et présent	29
4.1. Aperçu historique.....	29
4.2. Activités principales et modalités de coopération.....	29
4.3. Forces, faiblesses et perspectives de la coopération.....	29
4.4. Le Centre Méditerranéen pour la réduction de la vulnérabilité..... aperçu général	29
5- Le cadre institutionnel de l'OMS: orientations globales et régionales.....	22
6- Agenda stratégique: priorités pour la coopération OMS-Tunisie.....	24
6.1 Renforcement du système de santé.....	24
6.2 Réponse aux défis des transitions.....	36
6.3 Partenariats et plaidoyer pour le développement sanitaire.....	36
7- Implications pour la présence de l'OMS dans le pays, le bureau régional et..... le siège	38
7.1. Bureau de pays.....	38
7.2. Bureau régional et Siège.....	38

Annexe 1: Bibliographie

Annexe 2: Table des matières

Annexe 3: Liste des tableaux

Annexe 4: Liste des graphiques

Annexe 5: Liste des cartes

Remerciements

Annexe 3

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau n°1: Principaux indicateurs économiques
- Tableau n°2: Evolution de la répartition de la population active occupée par secteurs d'activité selon l'INS
- Tableau n°3: Principaux indicateurs démographiques
- Tableau n°4: Principaux indicateurs de conditions de vie
- Tableau n°5: Taux de mortalité infantile et taux de mortalité des moins de 5 ans par milieu et par sexe en 1992 et 200
- Tableau n°6: Le tabagisme chez les jeunes en 1981 et en 1994 selon deux enquêtes tunisiennes
- Tableau n°7: Indicateurs principaux de l'état de santé de la population
- Tableau n°8: Distribution des ressources humaines – Secteur public et secteur privé
- Tableau n°9: Equipements lourds (Année 2003)
- Tableau n°10: Evolution de la part des dépenses nationales de santé dans le PIB
- Tableau n°11: Evolution des ressources allouées et de leurs proportion selon les champs d'intervention de l'OMS en Tunisie pour les biennies 2002-2001, 2002-2003, 2004-2005
- Tableau n°12: Evolution de la part des ressources allouées selon le type d'activité
Coopération OMS-Tunisie – biennies 2000-2001, 2002-2003, 2004-2005

Annexe 4

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE n°1: Evolution du PIB (à prix constant 1990) de 1995 à 2002 selon la Banque Centrale de Tunisie

GRAPHIQUE n°2: Evolution du taux d'accroissement naturel annuel de la population selon l'INS

GRAPHIQUE n°3: Evolution de l'espérance de vie de la population selon l'INS

GRAPHIQUE n°4: Evolution du taux de couverture des femmes enceintes par au moins une consultations prénatale (secteur public + secteur privé)

GRAPHIQUE n°5: Evolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0 à 5 ans de 1975 à 2000 selon différentes enquêtes

GRAPHIQUE n°6 : Evolution du nombre moyen d'épisodes de diarrhée

GRAPHIQUE n°7: Evolution du taux de prévalence contraceptive selon l'ONFP

GRAPHIQUE n°8: Evolution du nombre de cas de tétanos néonatal et du taux de couverture par le vaccin anti-tétanique de 1985 à 2003

GRAPHIQUE n°9: Evolution du nombre de cas de poliomyélite déclarés et du nombre de cas de PFA non poliomyélique déclarés, comparées à l'évolution du taux de couverture par le DTCP3.

GRAPHIQUE n°10: Evolution du nombre de nouveaux cas de contamination par le virus VIH/SIDA par an en Tunisie (Tunisiens et étrangers)

GRAPHIQUE n°11: Evolution de la part dans le financement des dépenses de santé selon la source de financement

Annexe 5

LISTE DES CARTES

Carte n°1: La Tunisie par gouvernorat et par région

Carte n°2: Taux de pauvreté par région et par milieu

Carte n°3: Proportion d'accouchements en milieu non assisté selon les gouvernorats

Carte n°4: Nombre d'habitants par médecin généraliste de santé publique, par gouvernorat

Carte n°5: Nombre d'habitants par médecin spécialiste, par gouvernorat

Carte n°6 : Nombre d'habitants par médecin de libre pratique, par gouvernorat

REMERCIEMENTS

Le Bureau du pays OMS-Tunisie exprime sa gratitude à Monsieur le Ministre de la Santé Publique pour l'accueil, les encouragements et les conseils qu'il a accordé à l'équipe C.C.S.

Le Bureau de pays OMS-Tunisie remercie le Professeur Habib Achour, Directeur Général de la Santé pour son accueil et pour son aide, le Docteur Hichem Abdesselem Directeur Général de la Coopération Technique ainsi que les membres nationaux de l'équipe C.C.S pour leur collaboration, les responsables Tunisiens d'Institutions de Santé et les Responsables d'Organisations Internationales qui ont bien voulu recevoir l'équipe OMS du C.C.S et l'éclairer par leurs entretiens ou leurs exposés.

Le Bureau a également apprécié la collaboration du Docteur Férid Ayoub, consultant national (contribution aux travaux, rédaction du document de base et du draft final de la CCS).

MEMBRES DE L'EQUIPE NATIONALE DE LA C.C.S

Professeur ACHOUR Habib, Directeur Général de la Santé

Dr. HICHEM Abdesselem, Directeur Général de l'Unité de Coopération Technique

Mr. TOUMI Amor, Directeur Général de l'Unité de Pharmacie et des Médicaments

Dr. KHALED Kheireddine, Directeur des Etudes et de la Planification

Dr. GARBOUJ Mounira, Directeur des Soins de Santé de Base

Dr. ACHOUR Noureddine, Directeur de l'Institut de Santé Publique

Dr. CHERNI Noureddine, Directeur de la Réglementation et de la normalisation
des professions de santé

Dr. ACHOURI Hédi, Directeur de la Tutelle des Hôpitaux

MEMBRES DE L'EQUIPE OMS DE LA C.C.S

Dr. Ibrahim Mohamed ABDEL RAHIM, Représentant de l'OMS/TUNISIE

Dr. Dr. ASSA'EDI Abdullah, Assistant Regional Director, EMRO

Dr. Belgacem SABRI, Director, Health Systems & Services Development, EMRO

Dr. Raouf BEN AMMAR, Représentant de l'OMS/MAROC

Mr. Houssain ABOUZAIID, Regional Advisor, EMRO

Mme Carole LANDON, Technical Officer, OMS/GENEVE

Dr. Férid AYOUB, Consultant National pour la C.C.S,

RESPONSABLES NATIONAUX RENCONTRES

- Dr. Mohamed Ridha KECHRID, Ministre de la Santé Publique
- Pr. Koussay DALLAGI, Directeur Général Institut Pasteur de Tunis
- Mme Saloua BAHRI, Directrice Générale des Organisations Internationales (Ministère des Affaires Etrangères)
- Mme Cherifa BAKKAY, Directrice - Ministère du Développement et du Financement Extérieur

RESPONSABLES D'INSTITUTIONS DE COOPERATION ET D'INSTITUTIONS INTERNATIONALES

- Mr. Francis DUBOIS, Coordinateur Résident des Nations-Unies
- Mr. Mourad GHACHEM, Représentant Adjoint UNFPA
- Mr. Jean Jacques Delmotte, Représentant UNICEF
- Mr. Brunet, 1^{er} Secrétaire Délégation Commission Européenne
- Mr. Pierre Yves Bertrand, Chargé de Mission Institut Français de Coopération,

RESPONSABLES NATIONAUX AYANT PRESENTE DES CONFERENCES

- Le Xème Plan de développement
Dr. Fethi MANSOURI, Direction des Etudes et de la Planification
- Le Système de Santé Tunisien
Pr. Nouredine ACHOUR, Directeur de l'Institut de Santé Publique
- Soins de Santé de Base et Programmes Nationaux
Dr. Mounira GARBOUJ, Direction des Soins de Santé de Base
- Les Structures Hospitalières
Dr. Hédi ACHOURI, Direction de la Tutelle des Hôpitaux
- Santé des Jeunes et des Adolescents
Dr. Alya MAHJOUB, Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire
- La politique du Médicament
Dr. Amor TOUMI, Directeur Général de la Pharmacie et des Médicaments
- Transitions démographiques et santé de la Reproduction
Pr. Nebiha GUEDDANA, Directeur Général de l'Office National de la Famille et de la Population
- La formation médicale
Pr. Habib ACHOUR, Directeur Général de la Santé
- Le secteur privé
Mr. Nouredine CHERNI, Direction de la Réglementation des professions de Santé
- Santé et Environnement
Mr. Hassen HANNACHI,