



Bruxelles, le 30.11.2016  
C(2016) 7859 final

**DÉCISION D'EXÉCUTION DE LA COMMISSION**

**du 30.11.2016**

**relative au programme d'action annuel 2016 partie II en faveur de la Tunisie à financer  
sur le budget général de l'Union**

## DÉCISION D'EXÉCUTION DE LA COMMISSION

du 30.11.2016

**relative au programme d'action annuel 2016 partie II en faveur de la Tunisie à financer sur le budget général de l'Union**

LA COMMISSION EUROPÉENNE,

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

vu le règlement (UE) n° 236/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 énonçant des règles et des modalités communes pour la mise en œuvre des instruments de l'Union pour le financement de l'action extérieure<sup>1</sup> et notamment son article 2, paragraphe 1,

vu le règlement (UE, Euratom) n° 966/2012 du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2012 relatif aux règles financières applicables au budget général de l'Union et abrogeant le règlement (CE, Euratom) n° 1605/2002 du Conseil<sup>2</sup>, et notamment son article 84, paragraphe 2,

considérant ce qui suit:

- (1) La Commission a adopté pour la Tunisie un Cadre Unique d'Appui pour la période 2014-2015<sup>3</sup>, prorogé pour l'année 2016, dont le point 1.2 établit les priorités suivantes: soutien aux réformes socio-économiques pour la croissance inclusive, la compétitivité et l'intégration; consolidation des éléments constitutifs de la démocratie; développement régional et local durable.
- (2) Le programme d'action annuel 2016 - partie II financé au titre du règlement (UE) n° 232/2014 du Parlement européen et du Conseil instituant un instrument européen de voisinage vise à 1) accompagner le processus de décentralisation à travers une redistribution des pouvoirs et une nouvelle approche de développement local et 2) promouvoir une meilleure qualité des services de santé et équité d'accès, même dans les régions plus défavorisées.
- (3) L'action intitulée «Initiative pilote de développement local intégré» vise à soutenir la Tunisie dans le processus de décentralisation, tel que promulgué par la Constitution, afin de favoriser la redistribution du pouvoir, avec la consécration de centres locaux de décision et de promouvoir une nouvelle approche du développement, qui responsabilise les collectivités en tant qu'acteurs de principe. Le programme sera mis en œuvre à travers des subventions (appel à propositions), en gestion directe (passation des marchés) et en gestion indirecte avec l'agence française de développement (AFD) et le bureau international du travail (BIT).
- (4) L'action intitulée «Programme d'appui au secteur de la santé en Tunisie» se propose de soutenir la réforme du secteur de la santé en favorisant l'accès aux soins de santé et en améliorant la qualité du système sanitaire. Cette initiative doit, en outre, promouvoir une meilleure décentralisation des structures sanitaires et une nouvelle gouvernance entre le niveau central et le niveau local tout en garantissant une

<sup>1</sup> JO L 77, 15.03.2014, p. 95.

<sup>2</sup> JO L 298, 26.10.2012, p. 1.

<sup>3</sup> Décision C(2014) 5160.

meilleure implication des populations. La mise en œuvre de l'action se fera à travers des subventions (appel à propositions) et en modalité de gestion directe (passation des marchés).

- (5) Il y a lieu d'adopter une décision de financement dont les modalités sont fixées à l'article 94 du règlement délégué (UE) n° 1268/2012 de la Commission<sup>4</sup>.
- (6) Il y a lieu d'adopter un programme de travail en matière de subventions dont les modalités sont fixées à l'article 128, paragraphe 1, du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012 et à l'article 188, paragraphe 1, du règlement délégué (UE) n° 1268/2012. Le programme de travail est constitué des annexes I et II (section 5.3.1).
- (7) Il convient que la Commission confie des tâches d'exécution du budget en gestion indirecte aux entités désignées dans la présente décision, sous réserve de la conclusion d'une convention de délégation. Conformément à l'article 60, paragraphes 1 et 2, du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012, l'ordonnateur compétent doit s'assurer que ces entités garantissent un niveau de protection des intérêts financiers de l'Union équivalent à celui qui est exigé de la Commission lorsque celle-ci gère des fonds de l'Union.
- (8) Il convient de permettre le paiement d'intérêts de retard sur la base de l'article 92 du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012 et de l'article 111, paragraphe 4, du règlement délégué (UE) n° 1268/2012.
- (9) Conformément à l'article 94, paragraphe 4, du règlement délégué (UE) n° 1268/2012, la Commission doit définir ce que l'on entend par «modifications non substantielles de la présente décision» afin de garantir que toute modification de ce type puisse être adoptée par l'ordonnateur délégué compétent.
- (10) Les mesures prévues par la présente décision sont conformes à l'avis du comité de l'instrument européen de voisinage institué par l'article 15 du règlement (UE) n° 232/2014.

DÉCIDE:

#### *Article premier*

#### **Adoption de la mesure**

Le programme d'action annuel 2016 - partie II en faveur de la Tunisie tel que figurant dans les annexes, est adopté.

Le programme comporte les actions suivantes :

- Annexe I : Initiative pilote de développement local intégré;
- Annexe II : Programme d'appui au secteur de la santé en Tunisie

#### *Article 2*

#### **Contribution financière**

---

<sup>4</sup> Règlement délégué (UE) n° 1268/2012 de la Commission du 29.10.2012 relatif aux règles d'application du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012 du Parlement européen et du Conseil relatif aux règles financières applicables au budget général de l'Union, JO L 362 du 31.12.2012, p. 1.

La contribution maximale de l'Union européenne pour la mise en œuvre du programme visé à l'article 1<sup>er</sup> est fixée à 80 000 000 EUR et est financée sur la ligne budgétaire 22.04.03.03 du budget général de l'Union pour 2016.

La contribution financière prévue au premier alinéa peut aussi couvrir les intérêts de retard.

### *Article 3*

#### **Modalités de mise en œuvre**

Des tâches d'exécution du budget en gestion indirecte peuvent être confiées aux entités désignées aux annexes I sous réserve de la conclusion des conventions y afférentes.

La section 4 « Mise en œuvre » des annexes à la présente décision énonce les éléments exigés par l'article 94, paragraphe 2, du règlement délégué (UE) n° 1268/2012.

### *Article 4*

#### **Modifications non substantielles**

Les augmentations ou les diminutions n'excédant pas 20 % de la contribution fixée à l'article 2, premier alinéa, de la présente décision et ne portant pas cette contribution à plus de 10 000 000 EUR ou les modifications cumulées des crédits alloués à des actions spécifiques n'excédant pas 20 % de cette contribution, de même que les prorogations de la période de mise en œuvre, ne sont pas considérées comme substantielles au sens de l'article 94, paragraphe 4, du règlement délégué (UE) n° 1268/2012, pour autant qu'elles n'aient d'incidence significative ni sur la nature ni sur les objectifs des actions. Le recours à la réserve pour imprévus est pris en considération dans le plafond fixé au présent article.

L'ordonnateur compétent peut adopter des modifications non substantielles dans le respect des principes de bonne gestion financière et de proportionnalité.

Fait à Bruxelles, le 30.11.2016

*Par la Commission*  
*Johannes HAHN*  
*Membre de la Commission*



## ANNEXE I

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

### Document relatif à l'action pour une initiative pilote de développement local intégré

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

##### PROGRAMME DE TRAVAIL RELATIF AUX SUBVENTIONS

Le présent document constitue le programme de travail relatif aux subventions au sens de l'article 128, paragraphe 1, du règlement financier règlement (UE, Euratom) n° 966/2012 aux sections suivantes en ce qui concerne les appels à propositions: 5.3.1.1

<b>1. Intitulé/acte de base/numéro CRIS</b>	<b>Initiative pilote de développement local intégré</b> Numéro CRIS: ENI/2016/039-545 Financé par l'instrument européen de voisinage (IEV)	
<b>2. Zone bénéficiaire de l'action/localisation</b>	<b>Tunisie</b>	
<b>3. Document de programmation</b>	Cadre unique d'appui de l'UE à la Tunisie 2014-2016	
<b>4. Secteur de concentration/domaine thématique</b>	Intégration économique et sociale Développement régional et local durable	Aide Publique au Développement : OUI
<b>5. Montants concernés</b>	Coût total estimé: 60 625 000 EUR Montant total de la contribution du budget de l'UE : 60 000 000 EUR (financés dans le cadre du programme faitier) La présente action est cofinancée par des bénéficiaires de subvention potentiels pour un montant indicatif de 625 000 EUR	
<b>6. Modalité(s) d'aide et modalité(s) de mise en œuvre</b>	Modalité de projet Gestion directe – subventions/appel à propositions - passation de marchés de services. Gestion indirecte avec l'Agence française de développement (AFD) et le Bureau international du travail (BIT).	
<b>7. a) Code(s) CAD</b>	15112 Décentralisation 43030 Développement et gestion urbaine 16050 Aide plurisectorielle pour les services sociaux de base	
<b>b) Principal canal de distribution</b>	Canal 1 (code 10000) : Secteur public Canal 2 (code 20000) : Société civile	

<b>8. Marqueurs (issus du formulaire CRIS CAD)</b>	<b>Objectif stratégique général</b>	<b>Non ciblé</b>	<b>Objectif important</b>	<b>Objectif principal</b>
	Développement de la participation/bonne gouvernance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
	Aide à l'environnement	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Égalité entre hommes et femmes (y compris le rôle des femmes dans le développement)	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	Développement du commerce	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Santé génésique, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Marqueurs de Rio</b>	<b>Non ciblé</b>	<b>Objectif important</b>	<b>Objectif principal</b>
	Diversité biologique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lutte contre la désertification	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atténuation du changement climatique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptation au changement climatique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Programmes phares thématiques «Biens publics mondiaux et défis qui les accompagnent»</b>				
<b>10. ODDs</b>	<p>ODD principal: 8 « Promouvoir croissance économique soutenue, plein emploi productif et travail décent pour tous » et « Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes. »</p> <p>ODD principal 10 « Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre »</p> <p>ODD secondaire 11 « Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables »</p> <p>ODD secondaire 5 « Parvenir à l'égalité entre les sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles »</p>			

## **RESUME**

Depuis 2011 la Tunisie s'est engagée dans une dynamique démocratique et volontariste, porteuse de transformations radicales. La Constitution du 26 janvier 2014 érige la décentralisation en principe de "pouvoir local", de pair avec la reconnaissance de la dimension régionalisée des politiques publiques, fondée sur la recherche de l'égalité entre les régions. En définitive, ce qui se trouve en jeu c'est une entreprise conjointe de territorialisation de deux politiques publiques: développement – organisation politico-administrative.

La Tunisie vit une situation de "fracture territoriale", dont le rôle catalyseur dans les événements de 2011 est avéré. Elle résulte d'inégalités de développement entre les régions côtières et celles de l'intérieur (écarts socio-économiques, inégalités d'accès aux services de base et qualité de ces services), qui n'ont cessé de s'amplifier depuis près de 50 ans. Les politiques de développement régional poursuivies jusque-là se sont avérées largement inopérantes. Les causes sont à en rechercher non tant dans la pauvreté que dans l'absence de pouvoir régional. D'où la nécessité conjointe, traduite en termes de principe par la Constitution, d'un nouveau découpage du territoire, assorti d'une relocalisation des responsabilités.

Le statut désormais réservé à la décentralisation correspond à un véritable changement de paradigme: de procédé d'organisation administrative très encadrée, la Constitution en fait un projet fondamentalement politique, porteur (i) d'une redistribution du pouvoir, avec la consécration de centres locaux de décision, investis d'une légitimité électorale et pleinement autonomes; (ii) en conséquence d'une nouvelle approche du développement, qui responsabilise les collectivités en tant qu'acteurs de principe.

Ces ambitions restent à se traduire dans les faits. 2017 devrait voir la tenue d'élections locales sur l'ensemble du territoire (communalisation intégrale), donc l'installation de communes acteurs de principe du développement local. La question, cruciale, étant celle de leurs moyens et de leurs capacités à prendre en charge leurs nouvelles responsabilités.

C'est dans ce cadre qu'intervient l'action pour une initiative pilote de développement local intégré, objet de cette formulation. En conformité avec la vision nationale qui considère essentielle la dimension locale pour refonder une politique de développement régional en partant des territoires les plus proches des citoyens et en étroite complémentarité avec le programme européen Cap vers la décentralisation et le développement intégré des territoires (CAP2D), il procède d'une démarche à la fois de soutien "par le bas" et de mise en œuvre expérimentale de la réforme.

Intervenant auprès de vingt-quatre communes nouvelles ou étendues dans quatre régions frontalières de l'intérieur (Jendouba, Kasserine, Gafsa et Tataouine), parmi les plus défavorisées et vulnérables aux risques sécuritaires, il visera à réaliser des actions concrètes de nature à améliorer les conditions de vie des populations, à renforcer les capacités des divers acteurs (décentralisés, déconcentrés et de la société civile), ainsi qu'à contribuer à l'intériorisation du changement, la connaissance et l'appropriation de la réforme par ses responsables de terrain et bénéficiaires.

# 1 CONTEXTE

## 1.1 Contexte national

La Tunisie a connu depuis la Révolution du 14 janvier 2011 de profonds bouleversements politiques, institutionnels et économiques, ouvrant une période de transition démocratique. L'adoption d'une nouvelle Constitution le 27 janvier 2014 suivie par la tenue d'élections législatives et présidentielles à l'automne 2014 ont été des étapes majeures dans la mise en place de nouvelles institutions démocratiques.

Le gouvernement nommé à l'issue de ces élections législatives a été désavoué par l'Assemblée des représentants du peuple (ARP) le 30 juillet 2016 et contraint à la démission. Il va appartenir au nouveau gouvernement, qui a reçu l'investiture de l'ARP le 26 août, et à son nouveau chef, M. Youssef Chahed, de poursuivre l'action gouvernementale entreprise pour répondre aux défis économiques, sociaux et sécuritaires auxquels la Tunisie doit faire face.

Au cours des cinq dernières années, le contexte politique interne post révolutionnaire, l'instabilité régionale et la crise économique en Europe ont fortement affecté les performances socio-économiques de la Tunisie. En 2015, le taux de croissance du produit intérieur brut (PIB), revu à la baisse plusieurs fois au cours de l'année suite aux attentats du Bardo (mars 2015), Sousse (juin 2015), Tunis (novembre 2015) qui ont eu des répercussions très élevées sur le secteur du tourisme (qui représente 7 à 8% du PIB, 400.000 emplois directs et 20% des recettes en devises), s'élevait à peine à 0,8% (contre 2,4% en 2014), les investissements directs étrangers régressant de 21% par rapport à 2012. Ces niveaux sont insuffisants pour diminuer significativement le chômage, lequel s'élevait en 2015, à 15,4<sup>1</sup>% de la population active, avec un taux de chômage affectant particulièrement les jeunes diplômés (31,2%) et les femmes (22,6%)<sup>2</sup>. Le déficit budgétaire atteignait 4,8% du PIB en 2015, portant la dette publique à 51,9%<sup>3</sup> du PIB.

En outre, la Tunisie continue à faire face à d'importantes disparités socioéconomiques et régionales. Selon la note d'orientation stratégique, «une personne sur 6, vit sous le seuil de pauvreté»<sup>4</sup>. Le taux de chômage élevé a été un des éléments qui a joué un rôle de catalyseur dans la révolution de 2011, en particulier chez les jeunes, qui n'ont pas profité de la croissance relativement soutenue des deux dernières décennies. Bien que la Tunisie soit l'un des pays les plus avancés de la région, la sous-utilisation de femmes qualifiées sur le marché du travail reste également un sujet de préoccupation.

Par ailleurs, les régions de l'intérieur et du sud souffrent de disparités régionales anciennes, constitutives d'une "fracture territoriale" (différentiel de 1 à 3 entre les taux de pauvreté du nord-ouest et du centre-ouest et ceux du centre-est et du Grand Tunis) imputables au moins autant à l'absence de gouvernance et de pouvoir régional qu'à la pauvreté. La situation est génératrice de risques : contrebande et commerce informel en tous genres avec la Libye et l'Algérie, troubles sociaux récents (janvier 2016), aggravation de la menace sécuritaire (le pays ayant connu trois attentats majeurs en 2015, et une attaque armée au sud, à Ben Guerdane, en mars 2016). Dans l'immédiat, le principal défi du gouvernement est de garantir la paix sociale et la sécurité, conditions préalables au rétablissement de l'activité économique

---

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

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

<sup>3</sup>Ministère des finances.

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

et au retour de la croissance. Le gouvernement cherche également à établir un environnement favorable à des réformes structurelles, qui permettrait, entre autres objectifs, de réduire le chômage et les disparités régionales, d'introduire des formes de gouvernance participative, et d'améliorer les conditions de vie dans l'ensemble du pays.

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

La Constitution, en particulier son chapitre VII, a introduit des innovations majeures, dont l'érection de la décentralisation en principe de "pouvoir local", de pair avec la reconnaissance de la dimension régionalisée des politiques publiques, fondée sur la volonté d'équité entre les régions et la discrimination positive.

Le développement régional est présent depuis l'indépendance dans les politiques nationales de développement. Cette continuité de préoccupation, liée d'abord à l'interventionnisme de l'Etat dans l'aménagement du territoire, puis à une recherche de cohésion territoriale, s'est traduite par des stratégies et des programmes successifs (programmes nationaux de développement et programmes à vocation régionale), avec des résultats décevants quant à la marginalisation de zones du pays, révélateurs des failles du modèle: démarches sectorielles et "top down", absence d'une vision d'ensemble et projective, au-delà de catalogues de réponse aux besoins de l'heure. Le Plan de développement 2016-2020<sup>5</sup>, propose une révision profonde de l'approche (faire de la région un acteur principal dans l'élaboration de son plan de développement), avec pour ambition de porter le rythme de croissance annuel moyen du PIB à + 4% sur la période, (contre +1,5% par an sur 2011-2015), de réduire le taux de chômage à moins de 12%, le taux de pauvreté extrême de 4,6% au début de cette décennie à environ 2% à l'horizon 2020, et globalement de 30% en moyenne les disparités existantes. Ces orientations sont à mettre en action, les approches sectorielles conservant leur pesanteur.

La décentralisation fait l'objet dans la Constitution d'avancées de principe, radicales mais à concrétiser: (i) Séparation organique et fonctionnelle des circonscriptions déconcentrées et des collectivités décentralisées, communalisation intégrale du territoire, (jusqu'en mars 2016 seuls 70% de la population sur 10% du territoire étaient municipalisés, avec un fort encadrement déconcentré). (ii) Plénitude d'autonomie administrative et financière de principe, visant à faire des communes de réels acteurs du développement local. Jusqu'à présent elles ont assuré des fonctions limitées (état civil, collecte des déchets, voirie) sans fournir de services durables et de qualité. La suppression du contrôle a priori (autorisation) par le gouverneur (remplacé par un contrôle de légalité a posteriori par la justice administrative et financière) tend à conforter cette autonomie. La question cruciale demeure celle des moyens et capacités. En l'état actuel, les ressources propres des communes sont faibles (environ 3% des recettes fiscales de l'Etat et 1% du PIB) les plaçant dans la dépendance de financements extérieurs, avec pour certaines l'exposition au surendettement. Quant aux capacités, les taux d'encadrement sont le plus souvent bas en regard des effectifs en personnels d'exécution (qui grèvent la majorité des budgets). Pour parvenir à l'autonomie réelle, le rattrapage s'avère conséquent et va exiger du temps et des moyens.

---

<sup>5</sup> Objet depuis juin 2016 d'une "campagne de promotion mondiale" en Europe, Asie et aux Etats Unis, qui doit s'achever en novembre 2016 par la tenue d'une Conférence internationale sur l'investissement à Tunis.

Le Plan de développement 2016-2020<sup>6</sup> consacre au développement régional et à la décentralisation un volume (le volume II du Plan) dont les orientations stratégiques sont organisées autour de cinq axes :

1. développer la décentralisation et jeter les fondements d'une gouvernance locale et régionale;
2. concrétiser et renforcer l'interconnexion des régions ;
3. promouvoir le développement des régions et améliorer leur attractivité;
4. Assurer le développement et l'adaptabilité du système de financement du développement régional;
5. améliorer les conditions de vie et désenclaver les régions de l'intérieur.

La vision développée dans le plan est fondée sur le constat que si l'Etat doit rester le responsable de l'aménagement du territoire à travers une démarche renouvelée de cohérence intersectorielle, la refonte de la politique nationale d'aménagement du territoire se fera à la faveur de la régionalisation. L'échelle régionale est en effet la plus pertinente pour opérer le rapprochement des planifications spatiales et socio-économiques. La régionalisation doit toutefois combiner à la fois déconcentration et décentralisation.

**En définitive, ce qui se trouve en jeu c'est une entreprise conjointe de territorialisation de deux politiques publiques: développement – organisation politico-administrative.**

Au-delà de ces aspects stratégiques, le plan de développement inclut des engagements spécifiques du gouvernement sur les mesures nécessaires à l'application de sa vision en matière de décentralisation et de politiques régionales et locales. Ils incluent notamment les éléments suivants :

- la réforme du cadre institutionnel des collectivités locales ;
- le renforcement des capacités financières des collectivités locales ;
- le renforcement des ressources humaines des collectivités locales et le développement de leurs compétences professionnelles ;
- la révision de la fiscalité locale ;
- la restructuration des administrations régionales et locales, dans le cadre d'un processus de déconcentration progressif et d'un renforcement de leurs moyens humains afin d'améliorer leur capacité à exécuter et suivre les projets publics et leurs compétences en matière d'offre de services et de planification du développement local ;
- le renforcement de l'infrastructure routière, de transport et les services logistiques ;
- la consolidation de l'infrastructure desservant les ports et aéroports ;
- la connexion de toutes les familles à l'internet ;
- la révision des plans d'aménagement du territoire et des stratégies d'investissements publics dans les régions en vue, notamment, d'arriver à une meilleure exploitation de leurs avantages comparatifs et une plus grande intégration avec leur environnement extérieur ;
- la revue du cadre juridique et institutionnel et des dispositifs de financement aux niveaux national, régional et local afin de garantir aux régions les ressources nécessaires à l'exercice de leurs mandats ;

---

<sup>6</sup> Le plan de développement 2016-2020 a été déposé à l'ARP fin mai 2016 pour adoption.

- l'amélioration du climat des affaires est considérée comme un facteur déterminant de l'attractivité économique des territoires et de la mobilisation de l'investissement. Il constituera, avec le développement du partenariat entre le secteur public et les investisseurs nationaux et étrangers, l'élément central des mesures à portée économique mises en œuvre dans ce cadre ;
- la mise en place d'un système de statistiques régionales permettant la fourniture périodique d'information précise et actualisée, couvrant l'ensemble des secteurs et des administrations, afin d'informer la sélection des programmes et projets à caractère régional et/ou local ;
- l'amélioration de la qualité de vie des citoyens à travers le renforcement de l'infrastructure et des installations collectives et l'optimisation de la qualité des prestations et leur rapprochement des citoyens.

La communication de la Commission de 2013 « **Accorder une autonomie accrue aux autorités locales dans les pays partenaires pour une meilleure gouvernance et des résultats plus concrets en matière de développement** <sup>7</sup> » souligne le rôle crucial de la décentralisation pour l'amélioration de la gouvernance et les résultats des activités de développement. Cette communication souligne la nécessité d'autonomiser les autorités locales dans les pays partenaires afin qu'ils puissent jouer un plus grand rôle en matière de développement et être de plus en plus actives dans un véritable partenariat avec l'État et la société civile locale et du secteur privé. La vision sous-jacente est que des autorités locales doivent fonctionner comme des organes politiques plutôt que d'être de simples entités de gestion. Leur rôle n'est pas seulement celui de l'amélioration de l'efficacité de la mise en œuvre locale des politiques et programmes nationaux, mais également celle de la formulation, le financement et la mise en œuvre des politiques publiques locales pour le développement des territoires et le bien-être de leurs communautés.

L'Union européenne (UE), consciente du rôle clé de la gouvernance des collectivités dans un contexte tunisien, ainsi que du poids des disparités régionales dans les événements de 2011 et de janvier 2016, fait du développement régional et local et de l'appui à la décentralisation une des priorités du Plan d'action pour le partenariat privilégié 2013-2017 et un secteur de concentration du Cadre unique d'appui pour 2014-2016.

En outre dans le cadre de la communication conjointe du 29 septembre 2016 intitulée « Renforcer le soutien de l'UE à la Tunisie », l'UE réaffirme son engagement en faveur de la transition démocratique en Tunisie. La communication conjointe expose une série de mesures que l'UE pourrait prendre, collectivement avec les états membres, pour renforcer son soutien aux efforts déployés par la Tunisie pour relever les défis cruciaux auxquels elle est confrontée. Parmi les mesures citées l'accompagnement du processus de décentralisation sera un aspect clé du soutien de l'UE.

Cet appui vise à renouer le lien citoyens-institutions publiques par des projets de nature à susciter l'adhésion des populations à leurs collectivités (mise à niveau des communes et des quartiers les plus vulnérables, amélioration de l'accès aux services de base, relance de l'activité économique locale par l'investissement). Le projet envisagé prend place dans ce cadre, en cohérence aussi bien avec les orientations de la politique nationale qu'avec la stratégie européenne. Ses composantes répondent directement à leurs préoccupations. Par le soutien institutionnel et financier qu'il apportera aux actions des communes il entend

---

<sup>7</sup> COM(2013)280 du 15 mai 2013.

contribuer au renforcement du processus de décentralisation et au développement local dans des régions défavorisées et vulnérables à l'insécurité.

### ***1.1.2 Analyse des parties prenantes***

La décentralisation et le développement local impliquent des acteurs divers, hétérogènes dans leurs responsabilités et leurs capacités. Leur prise en compte est un des enjeux du projet.

Au niveau national :

Le ministère du développement, de l'investissement et de la coopération internationale (MDICI) assure la définition et le suivi de la mise en œuvre des politiques de développement régional. Il a sous sa tutelle le commissariat général au développement régional (CGDR)<sup>8</sup>. Il dispose de crédits pour mener des actions d'investissement, notamment via le programme de développement intégré (PDI) et le programme de développement régional (PDR).

Le ministère des affaires locales, devenu dans le récent gouvernement ministère des affaires locales et de l'environnement, témoigne par sa constitution récente<sup>9</sup> de la place spécifique désormais réservée à la décentralisation et au développement local. A travers la direction générale des collectivités locales (DGCL), il est chef de file pour la mise en œuvre du processus de décentralisation. A ce titre, il assure l'élaboration et le suivi de la politique de décentralisation, il en élabore et exécute le processus de mise en œuvre et veille à la promotion du développement local. En collaboration avec les ministères concernés, il accompagne et appuie les collectivités dans la gestion de leurs affaires, ainsi que dans la préparation et l'exécution de leurs plans, programmes et projets de développement. Avec le ministère des finances et via la caisse des prêts et de soutien des collectivités locales (CPSCL) placée sous sa tutelle, il supervise les dotations aux communes (en fonctionnement et investissement).

Le ministère de l'équipement, de l'habitat et de l'aménagement du territoire est, entre autres, en charge des politiques d'aménagement du territoire et de l'urbanisme, ainsi que de la politique d'équipement de l'Etat, les ministères techniques déclinant les aspects spatiaux des politiques sectorielles.

Le déficit de coordination interministérielle nuit fortement à l'efficacité des politiques de développement régional et local, ainsi qu'à la mise en œuvre du processus de décentralisation.

La justice administrative et financière (tribunal administratif et cour des comptes) est appelée dans le cadre de la réforme à exercer, en place de la tutelle, le contrôle a posteriori sur la légalité et la régularité comptable des décisions des collectivités. Ses moyens actuels risquent de ne pas répondre à ces nouvelles attributions. Déficit de nature à constituer un handicap de taille pour la qualité de la gestion locale.

L'importance des aspects législatifs et institutionnels dans les réformes en cours confère une mission de principe prééminente à l'Assemblée des représentants du peuple (ARP).

Depuis la révolution, la société civile a vu son rôle se renforcer -pour devenir un partenaire de l'État, voire un contre-pouvoir et un agent de contrôle démocratique de ce dernier. Après avoir été longtemps déléguaires des services publics de l'État, les associations se sont émancipées pour conquérir de nouveaux champs d'action notamment la citoyenneté et l'État de droit mais

---

<sup>8</sup> Qui, en dépit de sa dénomination et de son positionnement à Tunis, a une vocation régionale: il couvre essentiellement les régions littorales.

<sup>9</sup> Créé lors du remaniement ministériel du 6 janvier 2016, il a fait l'objet de deux décrets: décret portant création et attributions 18 mars 2016, décret portant organisation 28 juillet 2016.

aussi le développement régional et la promotion de l'emploi. Avec la mise en œuvre de la décentralisation et l'existence des collectivités locales élues et autonomes, son rôle en tant que contributeur à l'action de développement local et au contrôle citoyen de la mise en œuvre de la politique publique locale est appelé à se renforcer, ses moyens, modes d'intervention et sa coordination étant à améliorer. La *Fédération nationale des villes tunisiennes* (FNVT) assure un rôle limité, la réforme pouvant lui ouvrir des perspectives.

### Aux niveaux régional et local

*Au niveau régional*, la représentation du Gouvernement est assurée par les *gouverneurs*, investis de pouvoirs laissant, pour le moment, peu de marge aux autres acteurs. Le MDICI dispose des trois offices du développement régional (ODR) correspondant aux trois régions économiques Nord-Ouest, Centre-Ouest, Sud non couvertes par le commissariat général et des directions du développement régional (DDR) pour la coordination et le suivi des objectifs du plan, le ministère des finances, des services du trésor et des impôts, et les ministères sectoriels, des services techniques déconcentrés et agences, qui exécutent sous leur tutelle les politiques publiques. La prévalence de logiques sectorielles centralisées et non coordonnées, le manque général de moyens affectent gravement l'efficacité de ces services, les régions subissant de grandes inégalités de situation.

*Au niveau local*, la situation des *communes*, en attendant l'adoption du Code des collectivités locales, se fondait essentiellement sur la loi n° 75-33 du 14 mai 1975 portant promulgation de la loi organique des communes. Schématiquement, la définition de leurs attributions en faisait plus des démembrements administratifs que de véritables acteurs de développement, ce que confirmaient l'état de leurs ressources et la pratique. Notamment en matière de maîtrise d'ouvrage<sup>10</sup>: le cadre juridique actuel portant réglementation de la construction des bâtiments civils et malgré la mention des collectivités locales, est d'application pour un contexte où la maîtrise d'ouvrage de celles-ci demeure un cas résiduel, la maîtrise d'ouvrage déléguée incombant systématiquement au ministère de l'équipement. Ce qui aboutit à un dessaisissement de fait, surtout pour les communes à faible capacité.

Le futur code des collectivités locales procède d'une démarche opposée. D'une part il pose le principe de la communalisation intégrale, désormais effectif<sup>11</sup>, à partir de trois procédures: maintien en l'état de communes existantes (77), extension des limites de communes existantes au territoire et à la population de leur périphérie (187), création de communes nouvelles (86), soit au total 350 communes (contre 264). D'autre part il confère aux collectivités locales une fonction essentielle de développement. Les articles relatifs à leurs compétences respectives leur reconnaissent des attributions étendues, qui répondent à cette exigence (sous réserve des transferts effectifs de compétences et de ressources auxquels il devra être procédé).

---

<sup>10</sup> Entendue à son sens plein, la maîtrise d'ouvrage publique comporte trois sortes d'attributs, correspondant aux différentes étapes de la mise en œuvre des compétences liées notamment aux réalisations des collectivités en matière d'investissement.

**Choix de la réalisation:** (i) au niveau de la programmation de la collectivité (ce qui pose le problème de sa mise en cohérence avec la programmation nationale et/ou régionale, ainsi que de la limite de ses compétences), (ii) au niveau de l'identification précise, au sein de la programmation, des opérations à entreprendre, donc à porter en budget d'investissement, puis de fonctionnement (coûts d'entretien récurrents).

**-Maîtrise de la réalisation et de sa conduite** (ce que dans une acception technique et restreinte de l'expression on entend communément par "maîtrise d'ouvrage"), y compris, le cas échéant, des choix de délégations et de délégataires, ou d'assistance à la maîtrise d'ouvrage.

**-Financement de la réalisation** (en investissement, puis en coûts récurrents), en termes de mobilisation de ressources propres et/ou extérieures, ainsi que de paiement, la collectivité étant le bailleur de fonds de l'opération, dans le respect des procédures nationales.

<sup>11</sup> Par 25 décrets en 2015, 3 le 16 mai 2016.

Le niveau local va donc connaître avec la décentralisation une mutation d'envergure, dans ses structures et dans ses prérogatives. Le défi pour les communes sera, en regard d'une appréciation adéquate de leurs besoins et perspectives, confrontées à des responsabilités et problématiques nouvelles, celui de leurs ressources et de leurs capacités, notamment limitées, spécialement pour les communes créées ou étendues (prise en charge des populations et territoires jusque-là non communalisés), et dans les régions défavorisées. Les principales parties prenantes identifiées à ce stade sont des acteurs ayant vocation à intervenir soit pour le pilotage et le suivi du projet, soit en qualité de partenaires clef, engagés dans des activités et/ou bénéficiaires d'appuis: (i) au niveau central le ministère des affaires locales et de l'environnement, le MDICI, le ministère des finances, le ministère de l'équipement, et le tribunal administratif; (ii) au niveau déconcentré, dans les régions à retenir, les ODR, les DDR, les gouvernorats, les services du trésor, certains services déconcentrés (par ex. santé, éducation), les chambres régionales des comptes; (iii) au niveau local, les communes identifiées, qui constituent pour le projet des parties prenantes et des groupes cibles de premier rang, et les organisations de la société civile (OSC) :

Les groupes cibles de ce programme sont :

- L'administration communale, les membres des nouveaux conseils élus, les organisations de la société civile, les partenaires sociaux et les entreprises dans les régions ciblées;
- Les services déconcentrés de l'Etat dans les régions,
- Le tribunal administratif et la cour des comptes dans les régions.
- Les ministères et les institutions d'appui au niveau central.

Les bénéficiaires finaux du programme :

- Les jeunes, femmes rurales et la population vulnérable menacée de discrimination dans les communes ciblées;
- Les hommes et les femmes dans les communes ciblées.

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

Même si le manque de compétitivité (salaire, fiscalité, qualification, flexibilité du travail) explique une large part des performances décevantes de l'économie tunisienne, l'inefficience institutionnelle et le manque de coordination des acteurs constituent, dans le cas du développement régional, des facteurs aggravants (et souvent dominants) du sous-développement des régions défavorisées.

En dépit de la politique adoptée vers la fin des années 90, en particulier en termes d'infrastructures modernes et d'interventions dans les domaines sociaux, les investissements publics, malgré leur importance, n'ont pas été en mesure d'instaurer un environnement économique propice au développement et n'ont pas contribué efficacement au désenclavement de certaines zones, en particulier les zones rurales. Ainsi plusieurs zones de l'intérieur du pays sont restées dépourvues d'infrastructure économique moderne notamment au niveau du transport ferroviaire et des réseaux de télécommunication.

En ce qui concerne les conditions de vie, les indicateurs sociaux ont enregistré des proportions variables, avec une nette augmentation de la pauvreté et du chômage dans les régions de l'intérieur. Un grand nombre de ces régions accusent encore un manque en termes de conditions de vie décentes (l'accès à l'eau potable, électricité, pistes rurales, ...). L'accès aux équipements collectifs est resté en dessous de la moyenne nationale, en particulier en ce qui

concerne l'éducation, les services de santé et les équipements et installations destinés à la jeunesse, les sports et la culture.

Dans son état actuel le processus de décentralisation et de développement local associe d'indubitables avancées en termes de principes, à des préoccupations, conjoncturelles et structurelles, qui affectent son déroulement. En matière de développement local, outre la situation économique nationale et ses performances actuelles insuffisantes pour résoudre les tensions sociales, la question sécuritaire introduit une donne particulière. Elle recoupe celle des disparités régionales, avec laquelle elle entretient des relations de cause à effet, sécurité et développement local étant jugés indissociables. Cette analyse conduit, sur le court et moyen terme, à mettre l'accent sur l'amélioration de l'accès aux opportunités économiques ainsi qu'aux services de base pour les populations des zones les plus vulnérables, cette amélioration visant, au-delà de leurs conditions immédiates d'existence à renforcer, si ce n'est à recoudre, une relation de confiance entre elles, les autorités locales et les autorités nationales.

L'absence de stratégies régionales inclusives, reliées aux priorités nationales, handicape le processus de formulation des projets (absence de priorisation des demandes sur une base régionale, manque de critères pertinents de sélection des projets, non prise en compte d'éléments externes aux projets susceptibles d'en influencer la mise œuvre, manque de cohérence/synergie entre les interventions). Plus fondamentalement, en l'absence d'un tel exercice, les principales contraintes au développement – majoritairement d'origines micro-économiques – ne sont pas prises en compte dans la formulation des projets. Or l'amorce de dynamiques endogènes de développement régional est conditionnée à une réduction de ces multiples obstacles. Le rôle du secteur privé et de la société civile est crucial à cet égard, de même qu'une meilleure coordination de l'ensemble des parties prenantes (y compris nationales) dans la formulation de solutions.

La faiblesse des capacités des acteurs locaux et régionaux constitue l'un des principaux freins à une autonomisation rapide des acteurs publics locaux et au dynamisme du secteur privé. S'agissant des communes et des conseils régionaux, le manque de capital humain et organisationnel constitue un facteur de risque pour la mise en œuvre des processus de décentralisation et déconcentration auquel il importe d'apporter une réponse rapide. Plus généralement, l'analyse de données géographiques fines montre qu'un lien étroit existe entre capital humain, chômage et attractivité des territoires. Une amélioration de la formation, adaptée aux particularismes régionaux, est dans ces conditions un préalable au rétablissement d'une dynamique de croissance des régions.

La multiplication des acteurs du développement régional, jointe aux insuffisantes capacités de réponse de l'appareil administratif en place ont suscité l'émergence progressive, depuis des années, d'acteurs aux objectifs, statuts et capacités divers (commissariat général au développement régional/CGDR, offices de développement régional/ODR (1994), structures sectorielles spécialisées, instances à caractère collégial et consultatif, conseils divers, procédures de tables rondes, forums, pratiquées par divers programmes et en 2012 comités régionaux consultatifs de développement). Cette diversification se prête mal à la transversalité des actions et complique relativement le paysage du développement et son opérationnalité. Les acteurs de terrain dénoncent pour la plupart le caractère sectoriel des démarches et le recours préférentiel à un système de relation vertical (avec le ministère de tutelle de chaque service), au détriment de la fonction de coordination du gouverneur. Quant aux diverses formules de concertation, la qualité de la participation ainsi mise en œuvre fait l'objet d'appréciations nuancées de la part des acteurs de terrain, notamment les organisations de la société civile, qui en contestent la valeur représentative, jusqu'à en dénoncer le caractère de

prétexte/justificatif. Cette multiplication d'acteurs provoque la difficulté de démêler qui fait quoi, sans représenter un gage d'efficacité accrue.

La décentralisation va devoir non seulement y introduire de nouveaux acteurs, les collectivités pleinement décentralisées, auxquelles il conviendra de faire la place qui leur revient, mais aussi amener les principaux acteurs existants à se repositionner<sup>12</sup>, quant à la redéfinition, ressentie par certains d'entre eux comme nécessaire, de leurs attributions respectives, ainsi qu'en ce qui concerne la redistribution et le nouveau jeu de rôles entre eux.

Le processus de décentralisation reste conditionné à la réalisation (à échéances indicatives) de deux préalables incontournables et interdépendants: l'adoption du Code des collectivités locales (application des principes constitutionnels), considérée probable pour le premier trimestre 2017, la tenue des élections locales actuellement envisagée pour l'automne 2017 (Depuis 2011 les collectivités sont gérées par des délégations spéciales nommées, les conseils élus ayant été dissous). Au-delà il est confronté à des enjeux, liés à l'ampleur et au coût des réformes, auxquels le projet devra contribuer à répondre: l'organisation de sa progressivité dans le temps, obligée mais porteuse d'un risque de ralentissement, le repositionnement intégral des communes en termes de prérogatives et de moyens, donc de réalisations, enfin l'intériorisation du changement par tous les acteurs, opération difficile, étant donné la profondeur des mutations, étant donné aussi la pesanteur persistante d'une culture administrative centraliste, sectorialisée, et en déficit d'information.

## 2 RISQUES ET HYPOTHESES

Risques	Niveau de risque	Mesures d'atténuation
<b>Politique</b> La menace terroriste intérieure et les tensions régionales (Libye) pourraient déstabiliser le pays sur les plans social et politique	Elevé	Soutien de la communauté internationale  La modernisation des services de l'Etat en régions devrait contribuer à améliorer les dispositifs de prévention
Reports successifs de la tenue des élections locales et régionales	Moyen/ Elevé	Consensus quant au caractère indispensable de ces élections à la poursuite des réformes, donc pour leur tenue la moins tardive possible
Difficultés de mise en œuvre effective de la communalisation intégrale du territoire avant la tenue des élections locales: mise en place et entrée en activités des nouvelles communes	Moyen	Création de nouvelles délégations spéciales en attendant les élections locales. Mise à disposition par l'Etat de cadres administratifs (dont le Secrétaire général). Concours du programme à la formation de ces cadres
L'Etat tunisien reste au mieux, ambiguë quant à la portée et au degré de l'autonomie locale et cela se traduit par une incertitude continue entre une planification locale réelle et la territorialisation des plans nationaux.	Moyen/ Elevé	Le dialogue politique dans le programme CAP2D. L'assistance technique mobilisée dans le cadre du présent programme et du programme CAP2D contribuera à l'encadrement des discussions sur les textes et sur les modalités de mise en œuvre de la décentralisation
Délais importants exigés par l'élaboration et l'adoption des textes juridiques fondement de la décentralisation et indispensables à	Moyen/ Elevé	La nécessité d'un Code qui prévoit des conseils locaux, pour pouvoir procéder à l'élection de ceux-ci contribue au respect de délais pour son adoption

<sup>12</sup> Les offices de développement régional (ODR) ont déjà entamé cette réflexion.

sa mise en œuvre (Code des collectivités, textes d'application) compte tenu de leur nombre et des larges concertations nécessaires		L'organisation des élections locales et la mise en place des conseils municipaux élus devraient inciter à l'adoption des textes d'application du nouveau code des collectivités locales selon une progression acceptable pour permettre aux nouveaux conseils de fonctionner en conformité avec la nouvelle législation. L'assistance technique mobilisée dans le cadre du présent programme et du programme CAP2D contribuera à l'encadrement des discussions sur les textes
Faiblesse des moyens humains, financiers et matériels des communes nouvelles et étendues	Moyen/ Elevé	Mise en place par le Gouvernement d'un « fonds d'appui à la décentralisation, de péréquation et de solidarité entre les collectivités locales » Appuis apportés par le programme.
Habitudes de travail des acteurs administratifs du développement local (cloisonnement et verticalité sectorielle, méconnaissance des principes de la réforme, notamment des communes en tant qu'acteurs du développement) constitutives de facteurs de blocage	Moyen/ Elevé	Des réflexions sont en cours à divers niveaux pour le repositionnement des principaux acteurs. Les appuis apportés dans le cadre du ce programme et du programme CAP2D contribueront au changement
<b>Hypothèses</b>		
<p><b>- Poursuite et approfondissement de l'engagement des partis politiques et des autorités nationales dans la politique de décentralisation et de développement local.</b></p> <p><b>Cet élément représente l'hypothèse de base.</b> Il conditionne les points suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La stabilité politique et sociale dans les régions ciblées par le projet est préservée;</li> <li>- Un consensus politique permet que les préalables à la tenue des élections locales soient achevés selon le calendrier du Gouvernement (adoption du Code des collectivités, réalisation des conditions jugées nécessaires par l'instance supérieure indépendante pour les élections/ISIE);</li> <li>- Les acteurs du développement régional et local s'approprient progressivement leurs nouveaux rôles dans le cadre du processus de décentralisation/déconcentration de l'Etat;</li> <li>- Le Gouvernement procède au transfert des compétences et des ressources (mise en place et en activité du "Fonds d'appui à la décentralisation, de péréquation et de solidarité entre les collectivités locales") selon une progressivité acceptable.</li> </ul>		

### 3 ENSEIGNEMENTS TIRES, COMPLEMENTARITE ET QUESTIONS TRANSVERSALES

#### 3.1 Enseignements tirés

L'UE dispose dans les domaines concernés d'expériences qui en font un partenaire privilégié pour le développement des régions et l'appui aux communes. Depuis 2011 elle a pris sa part aux réflexions et échanges autour des principes guidant le processus de décentralisation et apporté divers concours en matière de coopération économique: les programmes d'appui à la relance (PAR) I, II, III et IV, qui au-delà de l'assistance macroéconomique sont de vrais programmes d'appui aux réformes en matière de gouvernance démocratique, le programme de renforcement des capacités des autorités locales (PRAL) (30 millions d'EUR) axé sur le redressement des finances des communes, l'amélioration de leur gestion et des capacités de leurs agents et le programme d'appui à la société civile (PASC) (7 millions d'EUR).

Sont aussi à prendre en compte les acquis de programmes connexes: projet d'appui à la réduction des inégalités sociales et aux services de soins de santé de première ligne et intermédiaires pour les régions défavorisées – PAZD2 (12 millions d'EUR) qui œuvre à améliorer l'accès et la qualité des soins de santé de première ligne et intermédiaires dans 13 gouvernorats défavorisés du pays (Béja, Gafsa, Gabès, Jendouba, Kebili, Kairouan, Kasserine, Le Kef, Médenine, Sidi Bouzid, Siliana, Tataouine et Tozeur). ; initiative européenne pour le développement agricole et rural (ENPARD) (10 millions d'EUR) qui soutient un programme d'actions pilotes, contribuant à des processus de développement inclusifs s'appuyant sur la valorisation durable des potentiels des terroirs, par la diversification et l'intégration des activités agricoles et non agricoles ainsi que par le développement de filières plus territorialisées et mieux connectées aux marchés.

Le présent programme poursuit les objectifs de ces deux contributions (réhabilitation des quartiers populaires et création d'emplois dans les régions défavorisées) sans toutefois en reprendre la logique d'intervention, appelée à révision au regard des principes fondamentaux de la décentralisation :

- Le programme de réhabilitation et d'intégration des quartiers populaires (69 millions d'EUR), qui met l'accent sur l'amélioration des conditions de vie des populations défavorisées et exclues du secteur formel du logement, du fait de la faiblesse de leurs moyens, de leur non-accession aux systèmes de financement de l'habitat, et de l'insuffisante production des terrains viabilisés et des logements sociaux ou de leur coût élevé. Ce programme, géré par l'Agence française de développement (AFD), concerne 119 quartiers répartis sur 50 communes et 6 conseils régionaux, soit environ 685 000 habitants. Les zones à réhabiliter couvrent l'ensemble du territoire tunisien. Leurs besoins concernent l'amélioration de l'habitat et des infrastructures de base (réseaux d'assainissement et d'éclairage) et la création d'équipements socio-collectifs et de locaux industriels. Le programme prévoit aussi des actions de développement des capacités tunisiennes en matière de planification urbaine et de politique de la ville. Ce programme est cofinancé également par l'AFD (30 millions d'EUR) et la Banque européenne d'investissement (BEI) (70 millions d'EUR).

- Le programme d'appui au développement des zones défavorisées (PAZD) (20 millions d'EUR), qui vise la création d'emplois dans cinq des régions les plus défavorisées. Une des composantes du programme PAZD est mise en œuvre à travers le Bureau international du travail (BIT) sous forme d'une délégation de gestion et selon les axes d'intervention suivants : i) La valorisation des ressources locales (humaines, substances utiles et productions) à travers la mise en place des travaux de haute intensité de main d'œuvre (HIMO), ii) La formation des acteurs et l'augmentation de leur autonomie par une meilleure qualification, iii) L'appui à la création d'emplois productifs et l'accroissement des revenus locaux à travers la mise en œuvre d'infrastructures de base ainsi que l'appui au développement économique local permettant l'insertion professionnelle des cibles concernées. Le projet a permis la réalisation des chantiers en HIMO sur 13 sites, en secteur rural et urbain et à travers les petites entreprises locales utilisant des techniques alternatives et des matériaux locaux permettant d'améliorer l'employabilité et valoriser les compétences et les qualifications professionnelles locales. Les activités de développement économique local et d'insertion professionnelle ont permis l'autonomisation des femmes et des jeunes dans le milieu rural en leur procurant une formation et une dotation en moyens de production.

Les différentes évaluations de ces deux programmes dont notamment une évaluation ROM qui s'est déroulée en 2015 ont abouti aux conclusions suivantes :

L'initiative en faveur des quartiers populaires s'est limitée à une approche technique mais elle a répondu néanmoins aux besoins des habitants. Toutefois, le programme étant conçu et mis en œuvre par une agence nationale (l'agence de réhabilitation et de rénovation urbaine – ARRU), les communes étaient dessaisies dès le départ du choix et de l'identification de la réalisation et ne l'ont donc pas porté en budget d'investissement, puis de fonctionnement (coûts d'entretien récurrents).

Le BIT a pu, quant à lui, développer une méthodologie d'implémentation des actions en fonction notamment (i) d'une approche territoriale qui prend en compte les ressources humaines, économiques et naturelles dans les zones cibles, (ii) un dialogue social élargi à travers des forums de dialogue public-privé dont les OSC, (iii) de transfert d'un projet démonstratif à une application à plus grande échelle, etc. Mais le problème de pérennité des réalisations restent posé suite fondamentalement à l'absence des autorités locales légitimes et responsables capables de prendre en charge le relais du projet.

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

Le programme devra être mis en œuvre en coordination et synergie avec les programmes financés par l'UE, en cours ou en planification:

- Le programme Cap vers la décentralisation et le développement intégré des territoires (CAP2D) (43 millions d'EUR), qui vise à (i) soutenir les processus de décentralisation et de déconcentration, (ii) renforcer la capacité des institutions nationales, locales et régionales à élaborer des stratégies intégrées de développement régional sur 8 régions pilotes, (iii) appuyer le développement et la rationalisation des outils de financement des investissements à caractère régional et local (dont la conception d'un instrument de financement pour les projets supra-communaux). Une attention particulière devra être portée par le projet à sa complémentarité.

- Le programme initiative régionale d'appui au développement économique durable (IRADA) (32 millions d'EUR), qui vise à améliorer la compétitivité des entreprises et l'employabilité des citoyens et des citoyennes au niveau local dans les mêmes 8 régions pilotes que le programme CAP2D (appui au secteur privé et à la réforme du système public de la formation professionnelle).

- La Convention des Maires pour le Climat et l'Energie, qui aide les autorités locales à renforcer leur capacité à s'adapter aux effets du changement climatique et permettre à leurs citoyens d'accéder à une énergie sûre, durable et abordable. En Tunisie, sa mise en œuvre s'appuiera sur le projet CES-MED qui soutient déjà les municipalités de Kairouan, Sfax et Sousse. De multiples bailleurs de fonds sont impliqués dans le développement régional et le processus de décentralisation. Leur mise en synergie se heurte au défaut d'impulsion des autorités. La création d'un fonds fiduciaire multi-bailleurs dédié au renforcement des capacités communales sous l'égide de la Banque mondiale (BM) et de l'UE (programme CAP2D) matérialise une avancée vers l'institutionnalisation des échanges et la coordination des soutiens. Elle devrait en corollaire s'accompagner d'un dispositif officiel de dialogue politique avec le Gouvernement tunisien.

Parmi les actions menées on relèvera :

- La Banque mondiale (BM), principal bailleur en matière de développement local avec le lancement en 2015 du Programme de développement urbain et de gouvernance locale (PDUGL, 300 millions d'USD), dont l'innovation consiste en l'introduction de nouvelles

modalités de financement du programme d'investissement communal (PIC). L'AFD et la BEI s'inscrivent dans la nouvelle architecture de financement du PIC, avec respectivement 30 et 50 millions d'EUR de prêts, pour la période 2015-2019. L'instrument de financement de projets supra-communaux prévu par le programme CAP2D sera mis en œuvre dans le cadre du PIC, donc en étroite coordination avec le programme de la BM.

- L'Agence française pour le développement (AFD) qui, outre le programme de réhabilitation et d'intégration des quartiers populaires, intervient également pour la généralisation des services d'assainissement en milieu urbain et le renforcement institutionnel, technique et organisationnel de l'Office national de l'Assainissement (ONAS) (30,5 millions d'EUR). En plus, la coopération française intervient dans les domaines: (i) de la décentralisation à travers un fonds de solidarité prioritaire (600 000 EUR), la réforme des textes, démocratie locale participative et gouvernance financière des collectivités; (ii) de la formation professionnelle et des finances locales (soutien au centre de formation à la décentralisation (CEFAD) et à l'école nationale des finances).

- La coopération allemande représente un acteur majeur du développement local et régional. La GIZ se focalise sur l'assistance technique à la gouvernance (initiative pour le développement régional (PREDD), Appui à la régionalisation (ART), Coopération municipale (COMUN), avec des actions d'appui aux niveaux national, régional et local et le développement de méthodologies participatives de planification régionale, transposées à l'échelon national pour l'élaboration du plan quinquennal 2016-20. La KfW a consenti en 2016 à l'Etat un premier crédit de 45 millions d'EUR au titre d'un fonds pour financer l'équipement et des investissements dans 86 nouvelles municipalités sur l'ensemble du pays, ainsi qu'un don de 3 millions d'EUR (pour une assistance technique chargée notamment de la rédaction des procédures d'octroi de prêts et subventions aux nouvelles communes, à partir du dernier trimestre 2016).

- Le centre international pour le développement pour la gouvernance locale innovante (CILG) de l'agence de coopération internationale de l'association des communes néerlandaises (VNG international) gère le programme d'appui à la gouvernance urbaine démocratique et au développement économique local (PAGUDEL, 2016-2018) qui a pour objectifs d'appuyer le processus d'opérationnalisation de la décentralisation à travers notamment le renforcement des capacités des communes en matière de gestion municipale et en matière de développement économique local pour la création de l'emploi et l'amélioration de l'attractivité de 18 villes tunisiennes.

- Interviennent également la Banque africaine de développement (BAD) à travers le Programme d'appui au développement régional et à la création d'emploi (PADRCE) (2016-2017, 183 millions d'EUR), appui budgétaire multisectoriel dont le développement régional; le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) via les plateformes d'articulation des territoires en Tunisie (PATT); le Fonds arabe de développement économique et social, ainsi que de multiples coopérations néerlandaise, danoise, suédoise, suisse, finlandaise, italienne et japonaise et des organisations diverses, dont Cities alliance, qui finalise un programme pays d'appui intégré au développement urbain avec un budget de 2,5 millions d'USD et une durée de trois ans.

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

### 3.3 Questions transversales

- **Démocratie et bonne gouvernance:** Le programme intervient en matière de développement local et de décentralisation, deux sujets transversaux par définition. A ce titre il contribuera à la promotion de la bonne gouvernance et de la démocratie locales (transparence de la gestion, redevabilité des responsables, contrôle citoyen par les OSC), ainsi qu'aux niveaux régional et national. L'appui à la formulation participative de plans intégrés de développement local doit également contribuer à cet objectif.

- **Egalité homme-femme:** Les dispositions annoncées de la loi électorale doivent assurer la parité hommes-femmes dans les conseils municipaux (et à leur tête). En appuyant le renforcement des moyens et des capacités, le projet contribuera à donner toutes ses chances à la parité.

- **Jeunes et populations vulnérables:** Le projet prévoit des activités créatrices d'emploi ainsi que d'amélioration de l'habitat et des conditions de vie en général, de nature à répondre à leurs besoins.

- **Environnement:** Les appuis apportés par le projet permettront aux communes de mieux exercer leurs compétences dans des domaines en lien avec l'environnement: assainissement, hygiène, voirie, collecte des ordures ménagères, veille sanitaire en matière animale et végétale, police de l'eau et gestion du foncier dans son ensemble.

- **Changement climatique:** Les activités prévues par le projet dans les domaines de l'amélioration du bâtiment et des infrastructures publiques contribueront à renforcer les capacités d'adaptation des zones urbaines au changement climatique et à réduire la vulnérabilité des réseaux de distribution d'eau et d'énergie. **4 DESCRIPTION DE L'ACTION**

Le projet est conçu comme devant se circonscrire à quatre régions, pour favoriser la concentration et la synergie des interventions de l'Union européenne (principalement, mais de façon non contraignante, avec les régions de IRADA et CAP2D). S'y joint, en cohérence avec la philosophie de développement et de lutte contre les disparités régionales, l'option pour des régions frontalières défavorisées.

En conséquence, sont proposées les régions de Jendouba, Kasserine, Gafsa et Tataouine. Ceci en se basant sur une série d'éléments objectifs et vérifiés: (i) Le respect, dans la logique d'un appui au développement local, de la distribution des régions retenues entre les trois offices de développement régional<sup>13</sup>, appelés à servir de pierre angulaire dans le dispositif d'appui technique aux communes, et du nord au sud du territoire, hormis la bande côtière. (ii) Des informations statistiques (démographie, superficie, accès aux services sociaux, chômage etc.). (iii) Des caractéristiques propres à chacune de ces régions et répondant aux critères mentionnés ci-dessus (zones d'action de l'Union européenne, défavorisées et à problématique frontalière).

Des analyses effectuées région par région ressortent les principaux constats suivants:

- En termes de population: Les régions du Nord et du Centre se caractérisent en milieu non communalisé par une forte concentration de la population (Jendouba 69,36%, Kasserine 56,44%), pour les régions du Sud par une faible concentration (Gafsa 25,89%, Tataouine

---

<sup>13</sup> Office de développement du Nord-Ouest, ODNO; office de développement du Centre Ouest, ODCO; office de développement du Sud, ODS.

36,41%), mais à mettre en regard de situations de densité inégales. En toute hypothèse, la communalisation intégrale va signifier pour les communes la prise en charge de l'administration et des besoins des populations non communalisées jusque-là<sup>14</sup>.

- En termes de niveau développement<sup>15</sup>, les régions retenues apparaissent parmi les plus défavorisées (Jendouba, 24<sup>ème</sup> sur 24, Kasserine 23<sup>ème</sup>, Tataouine 18<sup>ème</sup>, Gafsa 16<sup>ème</sup>), selon des problématiques de situations diverses: disponibilité de ressources extractives (Gafsa, Tataouine) ou principalement agricoles (Jendouba, Kasserine), mais présentant toutes de sérieux déficits en matière d'accès aux services de base (notamment santé), aggravés par des défauts d'infrastructures qui, pour certaines (Jendouba) hypothèquent la mise en valeur de potentiels existants (accès aux marchés extérieurs).

- En termes de foncier, il apparaît que toutes sont confrontées à des problématiques de statut pour la majorité des terres agricoles (situations de fait et/ou d'indivision non réglées) et en corollaire d'utilisation de l'espace (habitats "sauvages"). La question du foncier risque de se poser de façon majeure aux communes.

- Enfin toutes sont tributaires de leur situation frontalière avec les risques liés que cela comporte en termes de commerce informel, de contrebande et de sécurité.

#### 4.1 Objectifs/résultats

**L'objectif général du projet est d'accompagner la Tunisie dans sa démarche de renforcement du développement territorial et de réduction des disparités régionales et locales dans le cadre du processus de décentralisation.**

A ce titre, il s'inscrit dans l'Agenda 2030. Il contribue principalement à atteindre progressivement les objectifs 8 et 16 des ODD, à savoir « *Promouvoir croissance économique soutenue, plein emploi productif et travail décent pour tous* » et « *Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes.* ». Il favorise aussi les progrès vers l'obtention des Objectifs 10 « *Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre* », 11 « *Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables* » et 5 « *Parvenir à l'égalité entre les sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles* »<sup>16</sup>. Cela n'implique pas d'engagement de la part de la Tunisie qui bénéficie de ce programme.

Un tel objectif suppose la prise en compte de trois ordres de nécessités correspondant aux enjeux majeurs de la réforme: apporter des solutions concrètes aux attentes des populations, fournir aux collectivités et à leurs partenaires des appuis qui les mettent à même d'assumer leurs responsabilités, contribuer à l'enracinement et la promotion d'une culture du changement, de façon, au-delà de l'appui européen, à conforter l'ensemble du processus de décentralisation et de développement dans sa finalité d'appropriation par ses acteurs et bénéficiaires, donc de pérennisation.

En conséquence, les objectifs spécifiques et les résultats attendus sont organisés selon les axes d'intervention suivants.

---

<sup>14</sup> Situation accentuée par les disparités en matière de superficie de chacune des communes par rapport à sa population (statistiques complètes non encore disponibles).

<sup>15</sup> Apprécié à partir de l'Indice de Développement Régional (IDR), indicateur agrégé pour la classification des 24 régions.

<sup>16</sup> Etant donné le caractère transversal de la décentralisation, on peut considérer que le programme va contribuer également aux objectifs relatifs aux services sociaux de base.

## **Axe 1: Réalisations concrètes**

### ***Objectif spécifique 1: Améliorer les conditions de vie des populations dans les zones communales défavorisées***

Le lien entre l'appui au développement local et les politiques de décentralisation implique nécessairement des **réalisations concrètes**, tangibles, bénéficiant aux populations et permettant d'apprécier la pertinence ainsi que la crédibilité de la réponse décentralisée en termes d'adaptation et d'efficacité.

En conséquence, le programme entend soutenir fortement des activités de terrain, entreprises par les communes, **sous leur maîtrise d'ouvrage** et qui répondent aux besoins de leurs habitants. Les situations constatées sur le terrain prouvent la généralité des besoins les plus immédiats, en particulier en matière d'accès aux services de base (notamment santé, éducation<sup>17</sup>, voirie et dessertes en tous genres), singulièrement aigus dans des zones d'habitat dispersé, et dont les communes vont devenir responsables.

Ceci dans le temps du programme, ce qui le confronte à deux ordres de difficultés: (i) en l'état actuel d'avancement du processus, à une identification de ces activités, qui anticipe sur la mise en place des équipes communales élues (la date des élections locales n'étant pas encore fixée), au risque d'empiéter sur l'exercice ultérieur de leur pouvoir de décision et de priorisation; (ii) à la nécessité d'une certaine rapidité de mise en œuvre, qui implique la réactivité de l'ensemble des acteurs, face à des situations nouvelles, dont les capacités de gestion et d'absorption des fonds mis à disposition<sup>18</sup>.

Pour y répondre le programme devra envisager des modes d'appuis et de déroulement adéquats (*axe 2 et points 4.2, 4.3*).

Résultats attendus:

- **Résultat 1.1:** les populations bénéficient d'un meilleur accès aux services de base.
- **Résultat 1.2:** les travaux en matière d'infrastructures, d'amélioration de logements et de réalisation d'équipements collectifs sont effectués.
- **Résultat 1.3:** des activités génératrices d'emplois sont développées (par ex. chantiers Haute intensité de main d'œuvre, HIMO).

## **Axe 2: Appuis institutionnels**

### ***Objectif spécifique 2: Appuyer les acteurs dans l'accomplissement de leur rôle pour la mise en œuvre du développement local, dans le cadre du processus de décentralisation***

Les situations de terrain le montrent également: des appuis complémentaires sont indispensables aux communes comme à l'ensemble des acteurs appelés à travailler avec elles selon de nouvelles modalités.

**Le projet consacre une attention particulière à la conception et aux modes de mise en œuvre d'appuis** à la fois susceptibles d'apporter une réponse rapide, efficace et pertinente aux besoins locaux et favorisant sur le long terme une dynamique de mobilisation, d'apprentissage et au total d'ouverture aux changements, essentielle pour la pérennisation de la réforme. Ce qui suppose la proactivité des bénéficiaires appelés à s'impliquer comme acteurs, donc des

---

<sup>17</sup> Par ex. les structures existent mais avec des difficultés d'éloignement (notamment les écoles), de personnel (dans les centres de santé).

<sup>18</sup> Egaleme nt des problèmes d'entrepreneuriat: Faiblesse du secteur privé, les entreprises compétitives se concentrant sur les régions côtières, d'où des difficultés non seulement d'exécution, mais déjà au niveau des appels d'offres (qui restent infructueux).

actions (i) conçues au bénéfice des acteurs concernés, décentralisés (y compris la société civile), déconcentrés et centraux, (ii) axées de préférence sur la demande des intéressés, (iii) associant progressivement leurs bénéficiaires, d'abord formés pour leur propre compte puis prenant le relai, en vue de la "biodégradabilité" de ces appuis, ce qui implique des actions "en situation, on the job".

Leur exécution va nécessiter une assistance technique importante, diversifiée dans ses attributions et modalités (permanente, "perlée", de court terme, ainsi qu'une assistance au monitoring stratégique du programme et de l'appui européen dans son ensemble, (point 5.6).

Résultats attendus:

- **Résultat 2.1:** les rôles et modes d'intervention des acteurs institutionnels sont repositionnés et intégrés par eux.
- **Résultat 2.2:** les capacités des acteurs du développement local (décentralisés, déconcentrés) sont renforcées.
- **Résultat 2.3:** les acteurs du développement local disposent des moyens logistiques nécessaires à l'accomplissement de leur mission dans le cadre de la décentralisation.
- **Résultat 2.4:** le rôle de la société civile en matière de contrôle citoyen de l'action publique au niveau local est renforcé

### **Axe 3: Communication/Appropriation**

**Objectif spécifique 3: Améliorer la connaissance et favoriser l'appropriation de la réforme par ses acteurs et ses bénéficiaires.**

La méconnaissance des réformes ainsi que les résistances aux changements constituent des facteurs de blocage, qui préoccupent légitimement les promoteurs de la réforme. D'où l'importance cruciale d'une **communication à vocation nationale** et d'actions de pédagogie garantes de l'appropriation et de la transparence du processus.

Résultats attendus:

- **Résultat 3.1:** Une stratégie de communication est élaborée et mise en œuvre avec production d'outils et instruments à vocation pérenne.

Ces trois axes d'interventions sont interdépendants et seront, autant que possible, conçus en aménageant entre eux des synergies. Par exemple, c'est à l'occasion des actions concrètes et de leur conduite que prendront place certains des appuis institutionnels, en *learning by doing*, avec concours (et rétroaction) des compétences nationales. De même, ces cas pratiques peuvent servir de supports et au minimum d'illustration à un dispositif de communication/appropriation.

Leur portée ne se réduit pas exclusivement aux sites assignés au programme. Si la portée de l'axe 1 se situe exclusivement dans les régions et communes retenues (sous réserve d'éventuels effets d'entraînement sur la périphérie), celle de l'axe 2 et surtout de l'axe 3 dépasse ce cadre: les méthodes et outils de l'appui institutionnel aux acteurs sont susceptibles de duplication voire de généralisation, par définition la stratégie de communication est à portée nationale.

## 4.2 Principales activités

### **Pour l'axe 1 « Réalisations concrètes» (41,5 millions d'EUR) :**

Dans leur principe, les types d'activités sont retenus comme suit:

La direction générale des collectivités locales (la DGCL) a effectué un travail d'identification/chiffrage des besoins potentiels (et a minima) en équipements et investissements pour les communes nouvelles et étendues, sur cinq ans, selon une nomenclature décomposée en:

- hôtels de ville,
- acquisition de matériels (notamment bureautique),
- parc municipal (matériel roulant, dont bennes à ordures, véhicules de voirie),
- projets de proximité (amélioration de l'environnement urbain et péri-urbain de l'habitat, par ex. voirie, éclairage, ainsi que de l'accès aux différents services),
- projets structurants (activités génératrices de revenus, à vocation de rentabilité locale et de création d'emplois, par ex. marchés, gares routières, locaux à usage commercial).

Ce travail identifie des rubriques, mais ne détermine pas dans ce cadre des opérations individualisées, dont le choix reviendra aux seules autorités communales.

Le programme reprend à son compte (à l'exclusion des hôtels de ville) cette nomenclature, qui constitue désormais pour lui une base de référence officielle, nationale et objective. Les activités de l'axe 1 appuieront donc des opérations communales à préciser ultérieurement, en matière de projets structurants et de proximité.

A noter: En pratique ces rubriques recouvrent, sous un autre mode de catégorisation, les types d'activités proposés lors de l'identification, dans la continuation du PAZD et du programme de réhabilitation et d'intégration des quartiers populaires : amélioration de l'accès aux services de base et des conditions de vie en général, actions de réhabilitation des quartiers populaires et actions d'appui aux activités créatrices d'emploi, celles-ci notamment (mais non exclusivement) selon la formule activités HIMO (Haute intensité de main d'œuvre), dont la méthode pourra être poursuivie dans l'exécution du programme. Donc tout en évoluant par rapport à ses données premières, le programme demeure dans une ligne d'action analogue.

Dans leur conception et leur mise en œuvre, selon la logique d'intervention assignée au programme, les modalités retenues:

*-D'une part* mettent l'accent sur l'exigence du respect de la maîtrise d'ouvrage des communes, ce qui implique a minima (c.-à-d. de manière incompressible, quelle que soit leur capacité d'exercice de cette maîtrise d'ouvrage):

- (i) Le choix des actions concrètes, prévues, dans un souci de cohérence et pour éviter des saupoudrages circonstanciels, par les documents de stratégie auxquels sont tenues les communes, (programmation pluriannuelle, plan d'aménagement urbain). Ce qui postule que ces choix soient précédés, dès les débuts du programme et avec son appui, par des inventaires et diagnostics locaux complets (y compris foncier et domanialité, potentiel fiscal, éventuellement existence et représentation des forces vives et de la société civile, les populations cibles de l'intervention des communes et notamment les jeunes, les femmes

rurales et les populations vulnérables menacées d'exclusion, <sup>19)</sup> de manière que ces actions relèvent d'un effort de vision cohérente et d'anticipation.

(ii) Leur inscription au titre II (section d'investissement) du budget communal, les communes demeurant, en toute hypothèse et quelle que soit l'origine des financements (ressources propres, subventions ou emprunts) le bailleur de fonds de ces opérations, le maire en étant de ce fait l'ordonnateur.

- *D'autre part*, du fait même du respect de cette maîtrise d'ouvrage, sont tributaires de la division du programme en deux phases, comme exposée dans la logique d'intervention. Il semble vraisemblable qu'en cours de phase I, les investissements structurants et de proximité, selon la nomenclature de la Direction générale des collectivités locales (DGCL), ne pourront être identifiés opération par opération et effectués qu'après la mise en place des responsables issus des élections, c.-à-d. en fin de phase I et durant toute la phase II du programme, dans la mesure où ces décisions engageront la politique de développement des communes.

### **Pour l'axe 2 « Appuis institutionnels » (13,5 millions d'EUR) :**

Les activités d'appui institutionnels ne se borneront pas au renforcement des capacités, au risque d'une approche réductrice, ne prenant pas en compte la diversité des besoins locaux, ni le caractère déterminant de leurs modalités de mise en œuvre. Dans la logique des principes énoncés au niveau des objectifs, le programme prévoit:

- *D'une part des appuis directs aux acteurs*

- Appuis structurants au repositionnement d'acteurs existants (en particulier offices de développement régional- ODR, représentation de l'Etat, services techniques déconcentrés), dont le rôle et les modalités d'intervention doivent évoluer dans le cadre de la réforme.
- Renforcements de capacités (4,5 millions d'EUR) proprement dits (en particulier appuis à l'exercice de la maîtrise d'ouvrage), répondant à une logique de la demande plutôt que de l'offre, à l'apprentissage par la pratique, ainsi qu'à l'intervention d'acteurs nationaux. Ces appuis concernent les acteurs décentralisés (élus et agents communaux) comme déconcentrés et peuvent porter notamment sur :
  - L'élaboration d'un système d'appui à la planification du développement local, qui apporte une aide technique et une facilitation à la demande pour aider les autorités locales à améliorer la qualité de leur planification et à mieux interagir avec le système de planification nationale et libérer ainsi le potentiel du développement local.
  - Le renforcement des institutions de planification du développement local, en reconnaissant le caractère politique (et pas purement technique) de la planification du développement local et le développement des capacités des multiples acteurs locaux en matière d'élaboration de politiques locales.
  - Le choix d'instruments appropriés de planification du développement local (plans stratégiques spatiaux et socioéconomiques - pour l'ensemble du territoire local, et pour l'autorité locale en tant qu'institution (programmes d'investissement « glissants » pluriannuels, budgets annuels d'investissement et de fonctionnement).

---

<sup>19)</sup> De telles informations existent au niveau régional, mais non désagrégées par communes (a fortiori nouvelles ou étendues) ni conçues dans une perspective de développement à impulsion locale.

- Appuis logistiques (6,5 millions d'EUR) (matériel, équipements) de façon à mettre les acteurs en position d'exercer convenablement leurs nouveaux rôles (à proportion des besoins exclusivement liés à l'exercice de ces rôles). Ces appuis pourront aussi être apportés à des acteurs qui n'apparaissent pas comme bénéficiaires directs du programme, mais comme partenaires cruciaux pour sa bonne conduite, voire pour la qualité de la gestion communale (par ex. services du Trésor et de la comptabilité publique, non encore informatisés au niveau local, chambres régionales des comptes, éventuels démembrements du tribunal administratif).
- Appuis à la société civile (2,5 millions d'EUR) pour renforcer son rôle d'information, parfois d'alerte mais aussi sa capacité à influencer ou à réorienter l'action publique au niveau local, donc à exercer son contrôle citoyen. Compte tenu de la situation et des moyens des OSC, il semble indiqué que dans le temps du projet, le rôle à en attendre doit être essentiellement celui de l'implication dans l'action publique et non celui d'opérateur dans les actions de développement. L'objectif d'une telle implication étant d'aboutir à une action publique plus efficace et plus légitime, plus transparente (incitations à la reddition de comptes des élus), en adéquation avec les demandes des populations. Ces actions doivent également tendre à renforcer les liens de responsabilisation entre les citoyens et leurs représentants, de manière à contribuer à une appropriation politique généralement défailante. Ces actions devront être mises en œuvre en parallèle à l'axe 3.

- *D'autre part des appuis techniques à portée générale* (donc dépassant la sphère des quatre régions) intéressant directement le processus de décentralisation. Il s'agira par exemple (liste non exhaustive) de,

- Assistance à l'élaboration d'une réglementation, plus précise et plus adéquate que celle prévue par le texte actuel<sup>20</sup>, de la maîtrise d'ouvrage publique/communale et de l'aménagement de sa délégation, de façon à préciser la mesure de celle-ci, afin qu'elle ne se ramène pas à un dessaisissement au bénéfice du délégué; éventuellement identifier les cas ou situations où la délégation serait obligatoire, sous réserve de conserver à la collectivité le choix du maître d'ouvrage délégué ;
- Appuis à l'élaboration des nombreux textes d'application du Code des collectivités et à l'adaptation de la réglementation subséquente ;
- Appui à l'adaptation des procédures de marchés publics aux marchés communaux ;
- Etude sur le foncier et la domanialité communale ;
- Appui à la redéfinition du métier de percepteur receveur municipal.

Ces activités d'appui seront également étagées sur les phases du programme. En début de phase I seront privilégiés les divers appuis, (notamment appuis techniques, mais aussi logistiques) aux services administratifs partenaires des collectivités, les appuis en renforcement de capacités à apporter aux cadres administratifs mis par l'Etat à la disposition des communes. Concernant les communes, les activités d'appuis en équipements (matériel et parc municipal roulant) sont envisageables, voire à concentrer dès la phase I, y compris sous l'égide des délégations spéciales, ceci de façon à déjà assurer aux yeux des populations la visibilité des interventions; les appuis en renforcement de capacités des élus ne pouvant démarrer qu'après les élections, c.-à-d. vraisemblablement en 2<sup>ème</sup> année de la phase 1. Peuvent également dès cette période être lancées des études, à tout le moins élaborés leurs termes de référence (TDR).

<sup>20</sup> Décret n° 2009-2617 du 14 septembre 2009, portant réglementation de la construction des bâtiments civils.

Le travail d'inventaires et de diagnostics locaux à valeur préparatoire devra démarrer dès le début de la phase I, afin d'être mis à la disposition des nouveaux élus dès leur prise de fonction et leur permettre d'élaborer leurs programmations. Il devrait en aller de même pour des appuis en 2017 (première année du programme) à l'élaboration du budget communal 2018.

### **Pour l'axe 3 « Communication/Appropriation » (3 millions d'EUR)**

La campagne de communication sera précédée par l'élaboration d'une stratégie globale. Cette stratégie ne se réduit pas à la stratégie de communication et de visibilité propre au programme, même si elle doit en soutenir certains aspects et lui fournir des éléments. Elle s'articulera sur les deux autres axes et servira aussi de « haut-parleur » au processus de réforme. Elle associera l'ensemble des acteurs, l'accent étant mis sur son caractère interactif.

Les activités seront définies par la stratégie. A titre indicatif elles comprendront l'élaboration de supports et instruments à vocation pérenne, spécialement pour la conception d'une base de données intégrée et interactive sur les collectivités, et la conduite d'activités telles qu'émissions, débats, enrichissement des sites internet existants et dédiés à la décentralisation (au niveau du ministère des affaires locales) et d'une plateforme journalistique de suivi.<sup>4.3</sup>

### **4.3 Logique d'intervention**

L'atteinte des objectifs postule de la part du programme une démarche et des modes de conduite spécifiés.

La démarche procède de deux options :

1. *En premier lieu* un soutien "par la base" lié à la logique de la décentralisation et à la vision nationale qui considère essentielle la dimension locale pour refonder une politique de développement en partant des territoires les plus proches des citoyens. Il se justifie aussi par sa complémentarité avec le programme CAP2D, qui dans la logique de l'appui budgétaire, procède selon une entrée "par le haut", de portée nationale.

L'inscription dans le processus de décentralisation conduit, dans les quatre régions identifiées, à placer le focus sur les communes, structures de base, le développement étant abordé et appuyé sous l'angle du développement local. En conséquence sont proposées comme bénéficiaires directes du programme 24 communes réparties de façon aussi équilibrée que possible (i) entre les quatre régions et leurs offices de développement correspondants, à raison de 9 pour Jendouba/Office de développement du Nord-Ouest (ODNO), 7 pour Kasserine/Office de développement du Centre-Ouest (ODCO), 4 pour Gafsa et 4 pour Tataouine/office de développement du Sud (ODS); (ii) en communes nouvellement créées et communes anciennes étendues, à raison de 10 communes nouvelles et 14 communes étendues<sup>21</sup>.

Une importance particulière étant attachée au respect du principe de la maîtrise d'ouvrage communale, y compris sous sa forme déléguée, leurs partenariats devraient faire appel aux ODR, dont la mission se prête aux appuis techniques dont elles auront besoin, ainsi qu'aux directions régionales du ministère en charge du développement et aux services techniques déconcentrés. Ils bénéficieront des appuis de repositionnement de l'axe 2 dans la mesure nécessaire.

---

<sup>21</sup> Les communes non modifiées étant déjà soutenues par le PGUDL de la Banque Mondiale.

2. *En second lieu*, une vocation expérimentale de “laboratoire“ concret pour la réforme, également en complémentarité avec le CAP2D, qui en appuie le cadre de mise en œuvre. Sur ce point la poursuite de la réflexion (alimentée par les constats de terrain) aboutit à un renouvellement de perspectives.

D'une part en ce que le programme ne se borne pas à se placer dans la continuité initialement envisagée des interventions antérieures de l'Union européenne (Programme d'appui aux zones défavorisées, Programme de réhabilitation des quartiers populaires). L'accent mis sur l'inscription dans un processus de réformes de fond, avec ce que cette inscription postule de souplesse, d'adaptation et d'incertitudes non encore levées, renforce la nécessité d'une démarche innovante, dans sa progression comme dans ses modalités.

D'autre part en ce qu'il convient de revisiter le sens de la relation actions concrètes (axe 1) – appuis institutionnels (axe 2). Les réalisations concrètes (soutenues par les appuis institutionnels) ne représentent pas la finalité ultime du programme, mais un instrument de mise en œuvre test des résultats attendus des appuis institutionnels, c.-à-d. l'effectivité du rôle des communes en tant qu'acteurs de principe du développement local. Cette conversion d'approche ne s'opère pas au détriment du développement local, en témoigne l'importance comparée des enveloppes financières correspondantes. Le développement local constitue la résultante privilégiée, avec des moyens conséquents pour sa concrétisation, d'un processus de renforcement institutionnel, impulsé par la Constitution de 2014.

Les modes de conduite doivent répondre à deux exigences conjuguées:

*-Une volonté d'appropriation/pérennisation* de la réforme, qui postule d'y impliquer au plus près les acteurs décentralisés et leurs partenaires et de favoriser les effets d'entraînement à partir d'opérations-pilotes, en termes physiques de réalisations durables, mais aussi en termes de formes d'interventions par ex. incitations à l'intercommunalité, à effets d'impact, servies tout spécialement par la conduite sur la durée du programme des activités propres à l'axe 3. Une telle recherche va de pair avec un nécessaire réalisme. L'approche expérimentale doit partir de et s'appuyer sur l'existant (et ses potentialités) lors de la mise en œuvre des activités (acteurs, structures et procédures).

*-Une indispensable adéquation au processus de la réforme* et à sa progressivité, sans que l'on maîtrise actuellement l'allure de cette progressivité, aux variations éventuelles et résultats de laquelle il conviendra de s'adapter. Pour le programme, en l'état actuel d'avancement de ce processus et des prévisions qu'il permet, des projections précises pour la totalité de sa durée, sur les activités, les besoins d'appuis correspondants, le chronogramme achevé de mise en œuvre, apparaissent aléatoires.

Son adéquation sera donc poursuivie à plusieurs niveaux, afin de lui assurer une organisation souple et flexible, qui favorise de surcroît la dimension intégrée de l'appui européen à travers le programme CAP2D.

(i) Dans le temps, par un phasage en deux étapes (ce phasage valant pour les trois axes du programme):

1. Une phase 1 de démarrage, de mise en place des préalables nécessaires aux actions envisagées et de premières expérimentations, d'une durée de deux ans. Cette phase se justifie entre autres par le fait que les équipes communales issues des élections et investies de responsabilités ne seront en place qu'après le démarrage du programme et à une date encore indéterminée. En toute hypothèse, elles auront besoin d'un temps de préparation et d'information/formation. C'est avec elles qu'il conviendra de conduire (dans le cadre de

leur maîtrise d'ouvrage) et sur la base d'inventaires et diagnostics de situations locales (y compris une enquête/sondage sur les attentes des habitants), un travail d'identification des réalisations à effectuer et de leurs besoins d'appuis correspondants. Par ailleurs les avancées attendues de la politique nationale durant cette période (par ex. affinement des dispositifs de financement et de contrôle, adoption de textes d'application du Code des collectivités) devraient permettre davantage de visibilité. La phase 1 présente en conséquence un caractère stratégique. En fin de phase sera menée une revue rigoureuse, sur la base de laquelle seront approfondies les préconisations et recommandations pour la poursuite du programme en phase 2 et donc la reprise du cadre logique en tant que nécessaire.

2. Une phase 2 de « pleine vitesse de croisière » pour le programme, d'une durée de trois ans et qui mettra en œuvre, en termes de réalisations et d'appuis les enseignements de la phase 1. Plus spécialement, en ce qui touche à l'exercice par les communes de leur maîtrise d'ouvrage, donc aux accompagnements subséquents, devraient être envisagés successivement un cycle d'environ deux ans, qui verrait les communes conseillées et encadrées de près, avec généralisation à prévoir des procédés de délégation de la maîtrise d'ouvrage (sous réserve de leur liberté de choix du maître d'ouvrage délégué), puis un cycle de confirmation, plus court (un an), où les communes exerceraient elles-mêmes la maîtrise d'ouvrage (pour celles d'entre elles les plus en capacité d'autonomie, les autres continuant de recourir à la délégation) avec accompagnement et suivi (appuis à la maîtrise d'ouvrage, coaching).

(ii) Dans ses modalités de pilotage et de suivi : le caractère évolutif de la réforme joint aux objectifs du programme appelle un dispositif de pilotage et de suivi.

- dans sa structure, à la fois national de haut niveau, transversal (intéressant tous les ministères concernés, ainsi que les partenaires au développement intervenant dans le secteur de la décentralisation et du développement local, ceux-ci avec voix consultative) et rapproché (importance de la dimension locale), donc comportant un démembrement, répondant à la même exigence de transversalité, dans chacune des quatre régions;
- dans son mode d'intervention, largement conçu comme de facilitation et d'accompagnement proactif des changements générés par et dans le programme.

## **5 MISE EN ŒUVRE**

### **5.1 Convention de financement**

Pour mettre en œuvre la présente action, il est envisagé de conclure une convention de financement avec le pays partenaire, tel que prévu à l'article 184, paragraphe 2, point b), du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012.

### **5.2 Période indicative de mise en œuvre**

La période indicative de mise en œuvre opérationnelle de la présente action, au cours de laquelle les activités décrites à la section 4.2 seront menées et les contrats et accords correspondants seront mis en œuvre, est de 60 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention de financement.

La prolongation de la période de mise en œuvre peut être approuvée par l'ordonnateur compétent de la Commission, qui modifiera la présente décision et les contrats et accords concernés; les modifications apportées à la présente décision constituent des modifications

techniques au sens du point i) de l'article 2, paragraphe 3, point c), du règlement (UE) n° 236/2014

### **5.3 Modalités de mise en œuvre pour une action en modalité projet**

#### 5.3.1. Subventions: appel à propositions : Renforcement du rôle de la société civile en matière d'implication et de contrôle citoyen de l'action publique des communes ciblées par le projet. (Gestion directe)

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

La feuille de route 2014-2017 de l'UE pour l'engagement envers la société civile fixe les priorités et notamment la 3<sup>ème</sup> priorité stipulant le renforcement de la participation effective des OSC au dialogue politique et aux politiques nationales et locales<sup>22</sup>.

Cet appui au développement régional et local vise à restaurer le lien entre citoyens et institutions publiques par la mise à niveau des communes ciblées ainsi que la relance de l'activité économique locale par l'investissement.

Compte tenu des analyses précédentes, le renforcement des capacités de dialogue et de concertation des autorités locales devant être assuré par ailleurs (assistance technique), les principaux objectifs de l'octroi des subventions devraient être en complémentarité avec les activités de l'axe 3:

- i) La création d'espaces de dialogue et le lancement d'actions conjointes entre acteurs étatiques décentralisés et OSC au niveau local;
- ii) Le renforcement des capacités de la société civile afin d'assurer la redevabilité des acteurs publics décentralisés ;
- iii) L'encadrement des OSC dans l'exercice effectif de participation, d'implication et de contrôle citoyen des collectivités locales dans le cadre des politiques publiques.

(b) Conditions d'éligibilité

Pour pouvoir prétendre à la subvention, les demandeurs doivent satisfaire aux conditions suivantes:

- être une personne morale et être sans but lucratif; et
- appartenir à l'une des catégories suivantes: organisation non gouvernementale ou organisation internationale (intergouvernementales) telles que définies par l'article 43 des Règles d'application du règlement financier de l'Union européenne; **et**
- être établi dans un État membre de l'Union européenne ou dans les pays tels que définis dans le Règlement (CE) n° 232/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 arrêtant des dispositions générales instituant un instrument européen de voisinage (JO L 77 du 15.03.2014, p. 1). Cette obligation ne concerne pas les organisations internationales; et
- être directement chargés de la préparation et de la gestion de l'action avec le(s) codemandeur(s) et non agir en tant qu'intermédiaire; et
- être en mesure de faire preuve de sa capacité à gérer des activités relatives aux thèmes concernés et correspondant à l'ampleur du projet nécessitant une subvention.

---

<sup>22</sup> De nombreux projets financés par l'UE soutiennent cette thématique dont le PASC et se terminent en 2017. Il conviendra d'en tirer les leçons apprises afin de préparer les lignes directrices de l'appel à propositions dans un cadre institutionnel nouveau.

Sous réserve des informations qui seront publiées dans l'appel à propositions, le montant indicatif de la contribution de l'UE par subvention est de 2 500 000 EUR et les subventions peuvent être octroyées à des bénéficiaires individuels et groupements de bénéficiaires (coordinateur et cobénéficiaires). La durée indicative de la subvention (sa période de mise en œuvre) serait de 30 à 36 mois.

(c) Critères de sélection et d'attribution essentiels

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

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

(d) Taux maximal de cofinancement

Le taux maximal de cofinancement possible pour les subventions au titre du présent appel est de 80%.

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

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

Trimestre 4 de l'année 2017.

5.3.2 Passation de marchés (gestion directe)

<b>Objet</b>	<b>Type (travaux, fournitures, services)</b>	<b>Nombre indicatif de contrats</b>	<b>Trimestre indicatif pour le lancement de la procédure</b>
(a) Appui au démarrage du Projet	Services	1	T1 2017
(b) Assistance technique du projet (axe 2)	Services	1	T2 2017
(c) Communication- appropriation/visibilité (axe 3)	Services	1	T2 2017
(d) Evaluations et audits, monitoring	Services	4	

5.3.3 Gestion indirecte avec l'Agence française de développement (AFD)

Une partie de la présente action peut être mise en œuvre en gestion indirecte avec l'AFD conformément à l'article 58, paragraphe 1, point c), du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012. Cette mise en œuvre implique l'appui aux collectivités locales ciblées pour financer les 24 communes pour mettre en œuvre (i) dès la phase 1<sup>23</sup> et tout au long du projet, des projets de proximité et structurants initiaux et l'acquisition de moyens logistiques pour accomplir leurs missions, rubriques identifiées et estimées par la direction générale des collectivités locales du ministère des affaires locales et (ii) à partir de la phase 2<sup>24</sup>, des projets et équipements complémentaires pour les communes qui auront atteint la capacité de les mettre en œuvre.

Ce mode de mise en œuvre se justifie car l'AFD, outre le programme de réhabilitation et d'intégration des quartiers populaires qui a financé des infrastructures de base, intervient également pour la généralisation des services d'assainissement en milieu urbain et le renforcement institutionnel, technique et organisationnel de l'ONAS. L'AFD possède l'expérience d'exécution financière de programmes UE en Tunisie et possède les capacités de suivi et de participation au pilotage du projet.

De plus, l'AFD dispose d'une expérience de subdélégation de dotations à la caisse des prêts et de soutien des collectivités locales (CPSCL). Dans le cadre de ce projet, la perspective d'octroyer des subventions à la CPSCL<sup>25</sup> est pertinente puisque celle-ci dispose d'un rôle crucial dans le financement du développement local. En effet, les missions<sup>26</sup> assignées à la CPSCL sont :

- la collecte des ressources nécessaires pour contribuer au financement des programmes d'investissement des collectivités locales;
- l'assistance technique aux collectivités locales au niveau de l'identification, l'étude, la réalisation et le suivi de leurs projets d'investissement;
- l'assistance aux collectivités locales pour une bonne gestion de leurs ressources, et ce par l'analyse de leurs situations financières et la proposition de mesures pratiques leur permettant l'amélioration de leurs ressources propres et la rationalisation de leurs dépenses d'investissement.

L'entité en charge réalisera les tâches d'exécution budgétaire selon la logique d'intervention assignée au programme, voir sections 4.2 et 4.3.

Les tâches seront organisées par enveloppe financière dont la première a été estimée par la DGCL incluant des investissements structurants dont la mise en œuvre s'étalera sur la durée de la convention de délégation<sup>27</sup>, et dont la deuxième constitue une provision pour financer des projets complémentaires pour des communes performantes.

A partir de l'enveloppe financier, il s'agira d'octroyer des subventions à la CPSCL pour le financement des projets structurants et de proximité pour les communes nouvelles et étendues et des projets et d'équipement mises à la disposition des communes qui seront en mesure de mettre en œuvre ces investissements complémentaires pour lesquels elles assureront

---

<sup>23</sup> Voir sections 4.2 et 4.3.

<sup>24</sup> Idem.

<sup>25</sup> En outre, la CPSCL dispose d'agences régionales dont : (i) une agence à Gafsa couvrant les régions de Gafsa et Kasserine, (ii) une agence à Beja couvrant, entre autres, la région de Jendouba et (iii) une agence à Médenine couvrant aussi la région de Tataouine.

<sup>26</sup> Décrets N°92-688 du 16 avril 1992 et N°97-564 du 31 mars 1997.

<sup>27</sup> Probablement 4 ans maximum, compte tenu de la période de démarrage du projet.

pleinement la maîtrise d'ouvrage tout en restant encadrées et suivies (phase de « liberté accompagnée »)<sup>28</sup>.

Une enveloppe est prévue pour assurer le renforcement des capacités des nouvelles communes et commune étendues : matériels roulants, de gestion des déchets, etc. renforçant leurs capacités en moyens logistiques.

#### 5.3.4 Gestion indirecte avec le Bureau International du Travail (BIT)

Une partie de la présente action peut être mise en œuvre en gestion indirecte avec le BIT conformément à l'article 58, paragraphe 1, point c), du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012. Cette mise en œuvre implique (i) pour l'axe 1, sur base des projets identifiés et estimés par la direction générale des collectivités locales du ministère des affaires locales, l'appui aux 24 communes ciblées par le projet pour développer des projets structurants et de proximité (le BIT intervient sur l'axe 1) ciblant la création d'emplois, des infrastructures collectives (marchés, aménagement des voiries, etc.), des activités génératrices de revenus, etc. dans la continuation du PAZD et ii) pour l'axe 2, un appui logistique aux autorités déconcentrées, au titre de la passation de marchés sans intervenir dans la définition du cahier des charges et de l'affectation des biens, à préciser lors du démarrage du projet, des 4 régions cibles dont notamment les ODR (ODCO, ODNO, ODS...), les chambres régionales de la cour des comptes, etc. (voir section 4.3).

Ce mode de mise en œuvre se justifie car le BIT dispose d'une expérience probante<sup>29</sup> dans le cadre du programme d'appui aux zones défavorisées. Cet appui assurerait ainsi une continuité des actions mises en œuvre par le BIT dans le cadre du PAZD entre 2013 et 2016 qui furent menées selon une approche intégrée et orientée vers un appui institutionnel pour renforcer les capacités des partenaires ainsi que la mise en œuvre de travaux à haute intensité de main-d'œuvre (HIMO), renforcée par actions complémentaires de développement économique local et d'insertion professionnelle dans des créneaux porteurs identifiés de manière participative et consensuelle par les interlocuteurs clés au niveau local. Le BIT dispose d'un bureau central à Tunis (orientation stratégique et gestion) et d'antennes régionales (mise en œuvre) au sein des 3 ODR (ODNO, ODCO et ODS) ciblées par le projet avec qui elles fonctionnent en binôme.

Le BIT réalisera les tâches d'exécution budgétaire suivantes (voir section 4.2 et 4.3):

- Sur base de l'enveloppe financière et sur la durée de la convention de délégation, le BIT octroiera des subventions à la CPSCL pour le financement de projets des communes visant à développer des activités ciblant la création d'emplois, des infrastructures collectives, des activités génératrices de revenus impliquant l'identification, l'étude, la réalisation et le suivi des projets (axe 1).
- Au cours de la première phase du projet, le BIT lancera et attribuera le ou les marchés nécessaires à la fourniture des moyens logistiques aux autorités déconcentrées selon une identification et des études coordonnées et concertées entre l'assistance technique du projet (rubrique 5.3.1.2-b) et les plateformes régionales établies et sur base d'une décision du comité de pilotage national (axe 2).
- Le BIT pourra également apporter des appuis institutionnels aux bénéficiaires directs de ses interventions en matière de réalisations.

<sup>28</sup> Les communes peuvent encore recourir à de l'assistance à Maîtrise d'ouvrage : voir sections 4.2 et 4.3.

<sup>29</sup> Rapport ROM, novembre 2015.

L'octroi de subventions à la CPSCL, via l'AFD et le BIT, permet une cohérence d'ensemble du projet en termes de procédures, de transparence, de contrôle et de reporting financier, en effet :

- Les communes auront un seul interlocuteur quel que soit le délégataire de fonds ;
- Les procédures administratives et financières à suivre par les communes seront identiques, celles d'un partenaire public tunisien, la CPSCL, avec qui elles seront appelées à entretenir des relations dans une perspective post-projet;
- Les risques de double subvention d'un même projet sont nuls, la CPSCL disposant d'outils comptables performants (comptabilité analytique) et d'un système de contrôle interne.

#### 5.4 Champ d'application de l'éligibilité géographique pour les marchés et les subventions

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

L'ordonnateur compétent de la Commission peut étendre l'éligibilité géographique conformément à l'article 9, paragraphe 2, point b), du règlement (UE) n° 236/2014 en cas d'urgence ou d'indisponibilité de produits et services sur les marchés des pays concernés, ou dans d'autres cas dûment justifiés si l'application des règles d'éligibilité risque de rendre la réalisation de la présente action impossible ou excessivement difficile.

#### 5.5 Budget indicatif

	<b>Contribution de l'UE en EUR</b>	<b>Contribution indicative de tiers, en EUR</b>
5.3.1 – Appel à propositions Renforcement du rôle de la société civile en matière d'implication et de contrôle citoyen de l'action publique des collectivités locales (gestion directe) (Axe 2)	2 500 000	625 000
5.3.2 – Passation de marchés (gestion directe)	7 300 000	
<i>(a) Assistance technique de démarrage</i>	<i>300 000</i>	
<i>(b) Assistanes techniques : axes 2 et 3 incluant 5.11 communication et visibilité</i>		
<i>Axe 2</i>	<i>4 000 000</i>	
<i>Axe 3</i>	<i>3 000 000</i>	
5.3.3 – Gestion indirecte avec l'AFD (axe 1 et 2)	39 500 000	
5.3.4 – Gestion indirecte avec le BIT (axe 1 et 2)	9 000 000	
5.9 – Évaluations, 5.10 – Audit et Monitoring	700 000	
5.11 – Communication et visibilité, incluses dans 5.3.1.2, axe 3		
Provisions pour imprévus	1 000 000	
<b>Totaux</b>	<b>60 000 000</b>	<b>625 000</b>

## 5.6 Structure organisationnelle et responsabilités

La coordination de l'ensemble des acteurs est cruciale afin d'instaurer une approche participative harmonisée dans le cadre d'un projet intégré complexe devant se doter d'une stratégie de mise en œuvre qui décrit de quelle manière cette participation active doit se développer, en précisant les acteurs clés, leurs rôles et responsabilités, leurs besoins en renforcement des capacités, le plan de formation, etc. afin de concourir à une appropriation concrète des méthodologies et approches et ainsi assurer un transfert de responsabilités avec les partenaires locaux, régionaux et nationaux.

Une assistance technique de démarrage viendra soutenir la définition (révisable) de cette stratégie de mise en œuvre en appuyant la Délégation et les ministères des affaires locales et de l'environnement et les acteurs dans l'élaboration des conventions de délégation, termes de référence de l'assistance technique (axes 2 et 3), lignes directrices pour l'appel à propositions tenant compte des avancées institutionnelles et de l'implémentation des conventions de financement CAP2D et IRADA.

L'exécution technique, administrative et financière du programme sera assurée par les délégataires de fonds, l'AFD et le BIT, s'appuieront sur l'expertise technique et financière de la CPSCL à qui ils octroieront les subventions d'investissements selon les enveloppes définies aux articles 5.3.3 et 5.3.4 et le phasage du programme décrit à la section 4.3.

Une assistance technique (axe 2) sera recrutée par la Délégation de l'Union européenne dans le cadre d'un marché de services pour appuyer les différents niveaux de gouvernance du projet dans le cadre d'appuis structurants au repositionnement des acteurs au niveau décentralisés et déconcentrés, de réalisation d'études dépassant la sphère de l'appui, de leur renforcement de capacités, d'organisation et de suivi des comités régionaux de coordination et de l'harmonisation des approches à travers les 4 régions ciblées (comités de pilotage régionaux). L'assistance technique sera positionnée au ministère des Affaires locales et de l'environnement, et plus particulièrement à la DGCL et au niveau des 4 régions<sup>30</sup> selon un régime dégressif dans le temps.

**Ces comités de pilotage régionaux** seront mis en place dans les régions bénéficiaires d'intervention du projet. Le rôle de l'assistance technique d'appuyer leur définition<sup>31</sup>, la méthode de fonctionnement et leur organisation. Ces comités seront formés des représentants des gouverneurs, des délégataires de fonds, de la CPSCL, des acteurs publics déconcentrés et décentralisés (communes), de la société civile et des partenaires techniques et financiers actifs dans les régions ciblées. Ces comités régionaux établiront et valideront les appuis nécessaires aux autorités déconcentrées et décentralisées qui seront mobilisés sur base du contrat d'assistance technique (experts court terme).

Une assistance technique spécialisée sera recrutée par la Délégation de l'Union européenne dans le cadre du même marché de services pour les actions de communication et d'appropriation de la réforme prévues à l'axe 3. Elle sera installée au ministère des affaires locales et de l'environnement et sera impliquée également au sein des plateformes régionales.

---

<sup>30</sup> Au sein des ODR.

<sup>31</sup> Notamment d'étudier la manière dont ces comités régionaux peuvent ou pas s'intégrer dans les plateformes existantes ou prévues par d'autres programmes (IRADA).

Un appel à propositions sera lancé afin de recruter des OSC pour renforcer, au niveau local, le rôle de la société civile en matière de contrôle citoyen de l'action publique. Les représentants des OSC pourront être partie prenante de chaque plateforme régionale.

Un marché de services sera conclu par la Délégation de l'Union européenne afin d'appuyer un monitoring stratégique coordonné du programme CAP2D et du présent projet assuré par l'UE et les autorités nationales.

Un comité de pilotage du programme (COPIL) au niveau central sera formé et sera présidé par la présidence du gouvernement. En effet, il est crucial de coordonner au plus haut niveau stratégique les actions d'appui budgétaire et d'activités complémentaires prévues dans le CAP2D et le présent projet. Ce COPIL réunira régulièrement (au minimum deux fois par an ou autant de fois que nécessaire) les principales parties prenantes et notamment :

- Le ou les représentants de la présidence du gouvernement ;
- les représentants de l'administration centrale et déconcentrée: ministère des affaires locales et de l'environnement, MDICI, ministère des finances, ministère de l'équipement de l'habitat et de l'aménagement du territoire, ministères techniques concernés ...
- les représentants du tribunal administratif et de la cour des comptes
- les représentants de l'AFD et du BIT ;
- les représentants de la CPSCL ;
- les représentants de la société civile ;
- Le Chef de la mission d'assistance technique (axe 2) ;
- Le Chef de la mission d'assistance technique (axe 3) ;
- Les représentants des PTF du secteur (voix consultative).

Un représentant de l'UE siègera au comité de pilotage du programme, en qualité d'observateur. L'UE sera appuyée par les conclusions et recommandations de la mission de monitoring des programmes UE. Le COPIL du programme aura pour rôle de :

- Donner les orientations stratégiques et veiller à la cohérence des interventions du projet avec les politiques nationales ;
- Veiller à la coordination des activités prévues par le projet avec celles réalisées par le biais d'autres programmes nationaux, de l'UE (CAP2D et IRADA) et internationaux ;
- Examiner et approuver les rapports annuels d'exécution du projet ;
- Assurer les arbitrages nécessaires et proposer les réorientations éventuelles du projet.
- Assurer la capitalisation et la pérennisation des acquis du projet en termes de contenus, de savoir-faire et d'approches d'intervention dans l'appui au développement local à travers le processus de décentralisation ;

Le texte d'adoption du COPIL et la désignation de ses membres interviendra avant le démarrage du programme, de commun accord entre la partie tunisienne et l'UE. Le secrétariat du COPIL sera assuré par le directeur général des collectivités locales, assisté par les équipes d'assistance technique.

Le Ministère du développement, de l'investissement et de la coopération internationale est le coordonnateur du projet.

## 5.7 Suivi des résultats et rapports

Après la phase de démarrage du programme et de la définition des « valeurs de référence et cibles »<sup>32</sup>, en concertation avec l'AFD et le BIT, la DGCL et l'assistance technique procéderont à une révision du cadre logique et le présenteront au COPIL pour validation, en fonction des évolutions intervenues dans le contexte d'intervention du programme.

En outre, la révision du cadre logique tiendra compte des avancées et leçons tirées du processus de décentralisation (notamment des études et nouveaux textes d'application (ce peuvent être aussi des lois, voir section 4.3) et des programmes CAP2D et IRADA.

Les conventions de délégation et les accords de subvention entre l'AFD, le BIT avec la CPSCL devront tenir compte des modifications éventuelles validées par le COPIL.

Des rapports semestriels<sup>33</sup> de suivi de mise en œuvre, ainsi que les rapports finaux d'exécution annuels seront distribués aux membres du COPIL et permettront de suivre l'évolution du taux de réalisation des actions programmées et du niveau d'atteinte des produits induits associés, à travers la mesure des indicateurs de résultats figurant dans le cadre logique du projet.

Le suivi technique et financier courant de la mise en œuvre de la présente action est un processus continu et fait partie intégrante des responsabilités du partenaire de mise en œuvre. À cette fin, les partenaires de mise en œuvre doivent établir un système de suivi interne, technique et financier permanent pour l'action et élaborer régulièrement des rapports d'avancement (au moins une fois par an) et des rapports finaux. Chaque rapport rendra compte avec précision de la mise en œuvre de l'action, des difficultés rencontrées, des changements mis en place, ainsi que des résultats obtenus (réalisations et effets directs), mesurés par rapport aux indicateurs correspondants, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique. Le rapport sera présenté de manière à permettre le suivi des moyens envisagés et employés et des modalités budgétaires de l'action. Le rapport final, narratif et financier, couvrira toute la période de mise en œuvre de l'action.

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

## 5.8 Évaluation

Eu égard à l'importance et à la nature de l'action, il sera procédé à une évaluation à la fin de la phase 1 et à une évaluation finale ou ex-post de la présente action ou ses composantes par l'intermédiaire de consultants indépendants.

L'évaluation de fin de phase 1 sera réalisée pour analyser l'ensemble du processus, c'est-à-dire le diagnostic, la définition de la stratégie de mise en œuvre retenue, le cadre logique (produits directs et induits, les indicateurs, les valeurs de référence), la programmation du phasage du programme, le dispositif de mise en œuvre (délégation de fonds et assistance techniques), le degré d'exécution du projet et des engagements, son efficacité et son efficience), le monitoring et le dispositif de pilotage, les mécanismes de coordination et concertation entre les parties prenantes et l'appropriation du processus aux différents niveaux (local, régional et central). Elle intégrera un aspect prospectif sous forme d'une analyse suivie

---

<sup>32</sup> Cette « base line » devrait être établie par la mission de monitoring.

<sup>33</sup> Ou plus régulièrement en fonction de la fréquence des COPIL.

de recommandations et propositions pour la poursuite et l'orientation de l'action au cours de la phase 2.

L'évaluation finale ou ex post sera réalisée à des fins de responsabilisation et d'apprentissage à divers niveaux (y compris la révision des politiques), en tenant compte en particulier du fait le projet est identifié comme une initiative pilote innovante qui s'inscrit dans les orientations de la République tunisienne qui s'est dotée d'une nouvelle Constitution, de nouvelles institutions et d'une vision stratégique mise en œuvre de la réforme de l'organisation de l'Etat.

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

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

À titre indicatif, il sera conclu deux marchés de services d'évaluation au titre de contrats-cadres, 30 mois après la signature de la convention de financement pour l'évaluation à mi-parcours et pendant la période de clôture de la convention de financement pour l'évaluation finale ou ex-post.

## **5.9 Audit**

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

À titre indicatif, il sera conclu un marché de services d'audit au titre d'un contrat-cadre en début de période de clôture de la convention de financement.

## **5.10 Communication et visibilité**

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

Pour la présente action, il y a lieu de prévoir des mesures de communication à vocation nationale et d'actions de pédagogie garantes de l'appropriation et de la transparence de l'initiative de développement local intégré à travers le processus de décentralisation. Ces mesures de communication et de visibilité seront établies, au début de la mise en œuvre, sur la base d'une stratégie de communication et d'un plan d'action spécifique dans ce domaine et financés sur le budget indiqué à la section 5.5. La communication du projet sera tournée essentiellement vers la mise en œuvre d'outils de communication à vocation pérenne permettant aux différents acteurs étatiques locaux, régionaux et nationaux de s'approprier la réforme de l'Etat et le nécessaire changement de mentalités pour aboutir à une nouvelle approche de développement local inscrit dans le processus long de la décentralisation de l'Etat (voir section 4.3, axe 3). En ce qui concerne les obligations légales en matière de communication et de visibilité, les mesures seront mises en œuvre par la Commission, le pays

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

Le plan de communication et de visibilité de l'action ainsi que les obligations contractuelles adaptées seront établis sur la base du manuel de communication et de visibilité pour les actions extérieures de l'Union européenne.

Les agences délégataires contractées sous 5.3.3 et 5.3.4 prévoiront un budget de communication et de visibilité pour les actions inscrites dans les conventions.

Néanmoins, vu la nécessité de coordination de la communication/appropriation de l'ensemble du projet, il sera nécessaire de recruter un bureau d'expertise spécialisé qui assurera la définition de la stratégie, la planification et le suivi de la mise en œuvre de la stratégie de communication, d'appropriation et de visibilité de l'ensemble du projet.

Un budget de 3 millions d'EUR est prévu à cet effet pour le lancement d'un marché de services en gestion directe. L'enveloppe nécessaire sera précisée lors de la réalisation des termes de référence par l'assistance technique de démarrage du programme.

## **6 CONDITIONS PREALABLES**

La mise en œuvre de la convention de financement est suspendue à trois conditions préalables définies comme suit:

- La date officielle des élections locales doit être définitivement fixée et annoncée par les autorités tunisiennes;
- Le code des collectivités locales doit être promulgué;
- Le texte de création du dispositif de pilotage (comité national de pilotage et comités de pilotage régionaux) et de désignation de ses membres est adopté.

## ANNEXE – MATRICE INDICATIVE DU CADRE LOGIQUE (POUR LA MODALITE DE PROJET)<sup>34</sup>

*Les activités, les produits escomptés et l'ensemble des indicateurs, avec leurs cibles et leurs valeurs de référence qui figurent dans la matrice du cadre logique sont fournis à titre indicatif et peuvent être mis à jour au cours de la mise en œuvre de l'action sans nécessiter la modification de la décision de financement. Quand il n'est pas possible de déterminer les produits d'une action durant la phase de formulation, des effets intermédiaires devraient être présentés et les produits définis au démarrage du programme et de ses composantes. La matrice indicative du cadre logique évoluera au cours de la durée de vie de l'action: des lignes supplémentaires seront insérées pour énumérer les activités, de même que des colonnes supplémentaires pour les objectifs intermédiaires (étapes) pour les indicateurs de produits et d'effets, s'il y a lieu, et pour suivre et rendre compte des résultats obtenus. Notez aussi que les indicateurs devraient être désagrégés par sexe quand il y a lieu.*

### Commentaires

Des développements qui précèdent (Point 4 Description de l'action), il ressort qu'il faut tenir compte de deux types d'éléments: D'une part bien évidemment les objectifs spécifiques, résultats et activités prévus au titre des trois axes, d'autre part, et ce facteur est déterminant pour la nature et soutenabilité des indicateurs, le déroulement annoncé du programme en deux phases, la première de préparation et d'expérimentation, la deuxième de pleine conduite (sur la base des enseignements tirés de la phase 1).

L'axe 1 portant sur les réalisations concrètes et l'amélioration des conditions de vie des populations dans les communes défavorisées, les indicateurs devraient porter essentiellement sur des résultats, avec la réserve suivante. Pour la phase 1, le démarrage du programme, antérieur aux élections locales, donc à l'installation des nouvelles équipes communales, rend difficile la conception d'indicateurs relatifs à l'activité des collectivités en matière d'investissements, puisque celle-ci commencera à peine. De plus les connaissances insuffisantes quant à la situation et aux potentiels des communes nouvelles et étendues ne permettent pas la fixation de valeurs de référence ni de valeurs cibles (d'où l'utilité des inventaires et états locaux de situation). Pour la phase 2, les réalisations (nature, nombre, localisation etc...) se décideront en fin de phase 1 par les équipes municipales, en accord avec le programme. On ne peut donc les anticiper de façon précise.

Pour l'axe 2, les renforcements de capacité peuvent démarrer dès les débuts du programme (en direction des partenaires institutionnels des communes, des cadres administratifs mis à la disposition de celles-ci, également de la société civile, avant la tenue des élections, en direction des élus dès la tenue de celles-ci), avec pour vocation de faciliter par la suite les réalisations concrètes effectives attendues par l'axe 1. L'objectif spécifique, les résultats et les activités prévus au titre de l'axe 2 se dérouleront sur l'ensemble du programme, mais avec des spécificités quant aux bénéficiaires pendant la phase 1. Cependant l'évaluation des besoins, donc des valeurs de référence et des valeurs cibles ne pourra se faire de manière fine qu'en fin de phase 1, à l'issue de la revue.

Pour ce qui est de l'axe 3, la décomposition du programme en deux phases l'affecte également: la phase 1 sera consacrée pour bonne part à l'élaboration de la stratégie d'ensemble, qui doit commander la suite du déroulement des activités de cet axe, donc l'atteinte des résultats attendus, résultats et activités à définir par la stratégie.

Il en résulte que ce cadre logique repose encore sur des hypothèses, qu'il est donc indicatif et devra être largement repris et complété à l'issue de la phase 1. A noter par ailleurs que la matrice sera actualisée au moment de la signature de la convention de financement, donc avant même que l'action ne démarre. L'accent

---

<sup>34</sup> Indiquer «\*» pour les indicateurs correspondant au document de programmation pertinent et «\*\*» pour les indicateurs correspondant au cadre de résultats de l'UE.

sera mis en particulier sur les indicateurs considérés comme étant, au moment de la signature de la convention, les plus pertinents, appropriés et utiles, et nécessitant une gestion et un coût, raisonnables.

	<b>Chaîne des résultats</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Valeurs de référence (y compris année de référence)</b>	<b>Cibles (y compris année de référence)</b>	<b>Sources et moyens de vérification</b>	<b>Hypothèses</b>
<b>Objectif global: impact</b>	Accompagner la Tunisie dans sa démarche de renforcement du développement territorial et de réduction des disparités régionales et locales dans le cadre du processus de décentralisation.	-Taux d'accroissement de l'IDR des régions concernées par le programme	IDR 2015	Cf. Plan stratégique 2016-2020	INS MDICI	Le Plan stratégique 2016-20 propose de faire de la région un acteur principal de développement et de réduire de 30% en moyenne les disparités régionales existantes.
<b>Objectifs spécifiques: Effets directs</b>	OS1 (Axe1) - Améliorer les conditions de vie des populations dans les zones communales défavorisées.	-% des habitants des régions concernés satisfaits des changements apportés par la gestion municipale pendant la durée du programme	% établi à partir d'une enquête menée en début de phase 1 (dans le cadre des inventaires généraux prévus)	A fixer en fin de phase 1	Enquêtes de satisfaction auprès des ménages	La gestion de proximité favorise la connaissance et l'évaluation des attentes et besoins des habitants. Les moyens mis à disposition par le programme contribuent à leur satisfaction
<b>Objectifs spécifiques: Effets directs</b>	OS2 (Axe 2) - Appuyer les acteurs dans l'accomplissement de leur rôle pour la mise en œuvre du développement local, dans le cadre du processus de décentralisation.	-% de communes du programme ayant bénéficié de l'appui de leurs partenaires institutionnels (ODR, services déconcentrés) pour l'élaboration de leurs documents de programmation (plan stratégique de développement local intégré, plan d'aménagement urbain, PIC) et satisfaites de cet appui .en fin de phase 1 .en fin de phase 2		A fixer en fin de phase 1	-Rapports d'évaluation du projet -Rapports des comités de pilotage régionaux -Rapports AT -Rapports d'activités des services concernés	Les ODR ont pour mission d'aider à la définition des politiques de développement et de choix des programmes d'investissement public. Ils doivent exercer cette mission au bénéfice des communes. De même pour les STD (équipement)

	Chaîne des résultats	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
	OS3 (Axe 3) - Améliorer la connaissance et favoriser l'appropriation de la réforme par ses acteurs et ses bénéficiaires.	-% des habitants estimant avoir bénéficié des apports de la campagne de communication .au niveau national .dans les régions cibles		A déterminer par la stratégie de communication	Enquête/sondage en fin de campagne de communication	Le champ d'action de la campagne ne se limite pas aux régions du programme, mais il peut être intéressant d'en comparer les répercussions au niveau national et dans les régions cibles
Produits induits	OS1					
Produits induits	Produit 1.2: les travaux en matière d'infrastructures, d'amélioration de logements, de réalisation d'équipements collectifs sont effectués.	Nombre et nature de projets structurants et de proximité réalisés dans les 24 communes en fin de phase 2 sous maîtrise d'ouvrage communale .en matière de zones à déchets .en matière de voirie communale (nombre de km complémentaires) .en matière d'équipements créateurs de revenus (marchés, locaux commerciaux)	2016 A établir sur la base des inventaires locaux prévus	A établir en fin de phase 1 sur la base des documents communaux de programmation	Rapports d'évaluation du projet -Rapports des comités de pilotage régionaux -Rapports AT -Rapports d'exécution annuels/finaux AFD et BIT	
	Produit 1.3: des activités génératrices d'emplois sont développées.	-Nombre d'emplois durables créés grâce à ces activités		A fixer en fin de phase 1	Rapports d'exécution annuels finaux AFD BIT	
	OS2 Produit 2.1: les rôles et modes d'intervention des acteurs institutionnels sont repositionnés et intégrés par eux.	-Textes et documents clarifiant les rôles et compétences des autorités		Liste à établir par la DGCL avant démarrage du programme	JORT, documents ministériels	

	Chaîne des résultats	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
	Produit 2.2: les capacités des acteurs du développement local (décentralisés, déconcentrés) sont renforcées.	-Nombre de séminaires de formation au niveau régional et local et nombre de participants formés: .en fin de phase 1 .en fin de phase 2		A proposer par le programme en début de phase 1 A fixer en fin de phase 1	-Rapport AT -Rapport Comité de pilotage national, comités régionaux	
Produits induits	Produit 2.3: les acteurs du développement local disposent des moyens logistiques nécessaires à l'accomplissement de leur mission dans le cadre de la décentralisation.	-Nombre de nouvelles communes suffisamment équipées, disposant d'un parc communal d'équipements et matériels pour l'exercice de leur mission - Nombre/type de services déconcentrés renforcés matériellement	2016 A fixer sur la base des inventaires locaux réalisés	A fixer sur la base des inventaires locaux, puis en fin de phase 1	Rapports AFD, BIT -Rapport AT -Rapport comité de pilotage	
	Produit 2.4 : le rôle de la société civile en matière de contrôle citoyen de l'action publique au niveau local est renforcé	Nombre d'initiative OSC/élus communaux réalisées	2016 A fixer sur la base des inventaires locaux réalisés	A fixer sur la base des inventaires locaux, puis en fin de phase 1	-Rapports des OSC retenues par les appels à contribution	
	<u>OS3</u> Produit 3.1: Une stratégie de communication est élaborée et mise en œuvre avec production d'outils et instruments à vocation pérenne.	-Production effective de la stratégie -Pour les activités: nombre de supports à vocation pérenne ; nombre de débats/émissions télévisées/radios locales		Respect du délai prévu par les TDR A fixer par la stratégie	Document de stratégie Supports: Site(s) web MAE, régions, communaux)	



## **ANNEXE 2**

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

### **Document relatif à l'action pour le**

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

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

#### **PROGRAMME DE TRAVAIL RELATIF AUX SUBVENTIONS**

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

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

<b>7. a) Code(s) CAD</b>	12110 – Politique de la santé et gestion administrative 12191 – Services médicaux 12220 – Soins et services de santé de base 12261 – Education sanitaire 12281 – Formation de personnel de santé			
<b>b) Principal canal de distribution</b>	Canal 1 (code 10000) : Secteur public Canal 2 (code 20000) : Société civile			
<b>8. Marqueurs (issus du formulaire CRIS CAD)</b>	<b>Objectif stratégique général</b>	<b>Non ciblé</b>	<b>Objectif important</b>	<b>Objectif principal</b>
	Développement de la participation/bonne gouvernance	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	Aide à l'environnement	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	Égalité entre hommes et femmes (y compris le rôle des femmes dans le développement)	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	Développement du commerce	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Santé génésique, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	<input type="checkbox"/>	X	
	<b>Marqueurs de Rio</b>	<b>Non ciblé</b>	<b>Objectif important</b>	<b>Objectif principal</b>
	Diversité biologique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lutte contre la désertification	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atténuation du changement climatique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptation au changement climatique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Programmes phares thématiques «Biens publics mondiaux et défis qui les accompagnent»</b>				
<b>10. ODD</b>	OOD principal : ODD 3 « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » OOD secondaires : ODD 5 « Parvenir à l'égalité entre les sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles » ODD 10 « Réduire les inégalités dans les pays (et d'un pays à l'autre) »			

## RESUME

Le droit à la santé, l'accès à des soins de qualité et la protection sociale sont reconnus explicitement dans la nouvelle constitution de 2014 (article 38) en Tunisie. De même, le droit à l'information et le rôle des collectivités locales (articles 139 et 140 de la constitution) invitent à renforcer la gouvernance locale et la participation citoyenne. Le plan de développement 2016-2020 du gouvernement, dans son 3<sup>ème</sup> axe « Développement humain et inclusion sociale », vise, précisément, la couverture sanitaire universelle, l'amélioration de la qualité des prestations sanitaires, et le rapprochement des services de santé du citoyen. Enfin, le plan de réforme sectoriel 2016-2020 développé par le ministère de la santé s'articule autour de cinq axes : (i) prioriser la prévention et agir sur les déterminants de santé, (ii) mettre en place un service territorial de santé pour améliorer la prise en charge des Tunisiens, (iii) faire le pari de l'innovation, (iv) développer une nouvelle gouvernance pour une politique de santé plus performante et (v) renforcer le secteur public de santé.

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

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

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

Ce programme d'appui au secteur de la santé s'inscrit dans la continuité du programme d'appui aux zones défavorisées, phase 2 (PAZD2) et de la composante santé du programme d'appui à la relance phase 2 (PAR2), qui ciblent tous deux 13 régions dites prioritaires.

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

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

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

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

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

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

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

# 1 CONTEXTE

## 1.1 Contexte national

La Tunisie a connu depuis la révolution du 14 janvier 2011 de profonds bouleversements politiques, institutionnels et économiques, ouvrant une période de transition démocratique. L'adoption d'une nouvelle Constitution le 27 janvier 2014 suivie par la tenue d'élections législatives et présidentielles à l'automne 2014 ont été des étapes majeures dans la mise en place de nouvelles institutions démocratiques. Le gouvernement nommé à l'issue de ces élections législatives a été désavoué par l'Assemblée des représentants du peuple (ARP) le 30 juillet 2016 et contraint à la démission. Il va appartenir au nouveau gouvernement, qui a reçu l'investiture de l'ARP le 26 août, et à son nouveau chef, M. Youssef Chahed, de poursuivre l'action gouvernementale entreprise pour répondre aux défis économiques, sociaux et sécuritaires auxquels la Tunisie doit faire face. Au cours des cinq dernières années, le contexte politique national post-révolutionnaire, l'instabilité régionale et la crise économique en Europe ont fortement affecté les performances socio-économiques de la Tunisie. En 2015, le taux de croissance du produit intérieur brut (PIB), revu à la baisse plusieurs fois au cours de l'année suite aux attentats du Bardo (mars 2015), Sousse (juin 2015) et Tunis (novembre 2015) qui ont eu des répercussions très élevées sur le secteur du tourisme (qui représente 7 à 8% du PIB, 400.000 emplois directs et 20% des recettes en devises), s'élevait à peine à 0,8% (contre 2,4% en 2014), les investissements directs étrangers régressant de 21% par rapport à 2012. Ces niveaux sont insuffisants pour diminuer significativement le chômage, lequel s'élevait en 2015, à 15,4%<sup>1</sup> de la population active, avec un taux de chômage affectant particulièrement les jeunes diplômés (31,2%) et les femmes (22,6%)<sup>2</sup>. Le déficit budgétaire atteignait 4,8% du PIB en 2015, portant la dette publique à 51,9%<sup>3</sup> du PIB. En outre, la Tunisie continue à faire face à d'importantes disparités socioéconomiques et régionales. Selon la note d'orientation stratégique, «une personne sur 6, vit sous le seuil de pauvreté»<sup>4</sup>. Le taux de chômage élevé a été un des éléments qui a joué un rôle de catalyseur dans la révolution de 2011, en particulier chez les jeunes, qui n'ont pas profité de la croissance relativement soutenue des deux dernières décennies. Bien que la Tunisie soit l'un des pays les plus avancés de la région, la sous-utilisation de femmes qualifiées sur le marché du travail reste également un sujet de préoccupation.

Par ailleurs, les régions de l'intérieur et du sud souffrent de disparités régionales anciennes, constitutives d'une "fracture territoriale" (différentiel de 1 à 3 entre les taux de pauvreté du nord-ouest et du centre-ouest et ceux du centre-est et du Grand Tunis) imputables au moins autant à l'absence de gouvernance et de pouvoir régional qu'à la pauvreté. La situation est génératrice de risques : contrebande et commerce informel en tous genres avec la Libye et l'Algérie, troubles sociaux récents (janvier 2016), aggravation de la menace sécuritaire (le pays ayant connu trois attentats majeurs en 2015, et une attaque armée au sud, à Ben Guerdane, en mars 2016). Dans l'immédiat, le principal défi du gouvernement est de garantir la paix sociale et la sécurité, conditions préalables au rétablissement de l'activité économique et au retour de la croissance. Le gouvernement cherche également à établir un environnement favorable à des réformes structurelles, qui permettrait, entre autres objectifs, de réduire le chômage et les disparités régionales, d'introduire des formes de gouvernance participative, et d'améliorer les conditions de vie dans l'ensemble du pays.

---

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

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

<sup>3</sup> Ministère des finances.

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

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

#### **1.1.1.1 Objectifs de la politique de développement du secteur de la santé en Tunisie**

Le plan stratégique de développement du secteur de la santé 2016 à 2020 (PSDS), était, en date du 4 août 2016, toujours en cours de validation (approbation parlementaire à venir). Les grandes lignes du PSDS se déclinent en cinq axes prioritaires :

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

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

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

Ce dialogue sociétal aura permis d'intégrer un large spectre de groupes d'intérêt et un échantillon représentatif de la population des 24 gouvernorats. Il a consisté en i) un état des lieux sur les plans institutionnel et organisationnel, économique, financier et sanitaire ii) l'établissement de manière consensuelle d'un diagnostic détaillé du secteur ; iii) l'organisation des rencontres régionales dans les 24 gouvernorats, à raison de deux réunions par gouvernorat, une pour les citoyens et une pour les professionnels de la santé ; iv) le recueil des conclusions des jurys citoyens<sup>5</sup> ; et v) l'organisation de la conférence nationale de la santé du 2 au 4 septembre 2014 ayant pour objectif de partager les résultats synthétisés dans un Livre blanc<sup>6</sup> et d'en assurer l'appropriation par tous les acteurs de la société.

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

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

---

<sup>5</sup> Constitués de 92 citoyens et professionnels, tirés au sort lors des 48 rendez-vous de la santé, et 15 experts et facilitateurs nationaux et internationaux. Conclusions des jurys citoyens : <http://www.hiwersaha.tn/upload/1409232944.pdf>

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

### 1.1.1.3 Ressources nationales mobilisées pour le secteur

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

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

### 1.1.1.4 Les capacités institutionnelles existantes

L'offre de services est assurée par les secteurs publics, parapublics et privés. La répartition géographique de la première ligne est globalement satisfaisante, plus précisément celle des centres de santé de base (CSB). Le nombre d'habitants par CSB était de 5 174 en 2013<sup>7</sup>. La deuxième composante du premier niveau dans le secteur public est l'hôpital de circonscription (HC) qui a une compétence territoriale à l'échelle d'une ou plusieurs délégations. Cent huit HC en Tunisie représentent le premier accès aux consultations internes avec une capacité litière de 2 891 lits et des taux d'occupation très variables, généralement faibles. Le fonctionnement de ces structures (CSB et HC) est organisé au sein de 207 circonscriptions sanitaires (CS), entités définies territorialement et gérées collégialement par les équipes sanitaires de terrain. Le deuxième niveau est composé de 33 hôpitaux régionaux qui ont une compétence territoriale à l'échelle d'un gouvernorat ou de plusieurs délégations. Le troisième niveau est représenté par les établissements sanitaires à vocation universitaire qui ont une compétence territoriale nationale.

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

---

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

### 1.1.1.5 Les résultats de la politique

Aujourd'hui, la Tunisie demeure éloignée de l'objectif de réduction des trois quarts du taux de mortalité maternelle (TMM). Le dernier chiffre disponible<sup>8</sup> s'établit à 44,8 pour 100 000 naissances vivantes (NV). Or selon les projections actuelles, la Tunisie n'a pu aller au-delà de 39 pour 100 000 NV en 2015 alors que la cible était de 24,9 pour 100 000 NV. Le taux le plus bas est observé au Nord-Est (27,9 pour 100 000 NV) et le plus élevé (67 pour 100 000 NV) dans la région du Nord-Ouest. Aussi cet objectif du millénaire pour le développement (OMD 5) n'a toujours pas été atteint en Tunisie. Notons que selon le ministère de la santé, le TMM est assez stable depuis ces dernières années mais les cas de mortalité maternelle sont beaucoup plus reportés par les médias, laissant croire à la population un recul plus important de cet indicateur qu'il ne l'est en réalité. Par ailleurs, le taux de couverture des consultations post natales, estimé à 53%<sup>9</sup>, reste encore assez faible, laissant dénoter un manque d'information ou d'accessibilité de la jeune mère.

La Tunisie fait maintenant face à des taux très élevés de morbidité et de mortalité dus aux maladies non transmissibles (MNT). Parmi les 82% de décès imputables aux MNT en 2012, 49% sont dus à des maladies cardiovasculaires, 12% à des cancers, 5% au diabète, 5% à des maladies chroniques respiratoires et 11% à d'autres MNT. De plus, il est inquiétant de constater que parmi les adolescents scolarisés entre 13 et 15 ans en 2008<sup>10</sup>, 3,8% d'entre eux avaient utilisé une drogue une ou plusieurs fois dans leur vie (5,7% de garçons, 1,9% de filles), 19,8% avaient sérieusement envisagé le suicide durant les 12 derniers mois (16,8% garçons et 23,2% de filles) et 7,5% d'entre eux avaient fumé des cigarettes une ou plusieurs fois par jour durant les 30 derniers jours (12,7% de garçons et 2,7% de filles). Bien qu'un projet de stratégie nationale d'hygiène et de sécurité des soins existe depuis 2008, l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales (IN)<sup>11</sup> démontre que sur les 144 établissements de santé étudiés, la prévalence d'au moins une IN était de 6,6%. Elle est de 9,8% dans le secteur privé et de 6,2% dans les établissements publics. Par spécialité, la valeur la plus élevée a été enregistrée en réanimation (28,8 %) suivie par les services polyvalents (18,9%). Par ailleurs, selon la coordinatrice de cette étude, la prévalence des résistances aux antibiotiques parmi les agents infectieux est de 43,3%, dont 35,2% aux bêta lactamines, 9,6 % aux quinolones et 6,5% aux aminosides.

Enfin, bien que la situation géographique de la Tunisie et la fragilité de ses écosystèmes la rendent particulièrement vulnérable, le PSDS ne prend pas explicitement en compte le risque lié à l'environnement. Pourtant, l'aridité continue à avancer en Tunisie et à affecter les terres agricoles et par conséquent, la sécurité alimentaire et la qualité de vie ; le coût de la dégradation de l'environnement est estimé à 2,7% du PIB<sup>12</sup>. D'autre part, malgré un accès aux services d'eau potable et d'assainissement d'un niveau très appréciable (96% de la population tunisienne utilise une source d'eau améliorée), cette proportion est marquée de disparités entre milieu urbain et rural (100% en milieu urbain contre 88% en milieu rural). De même pour l'assainissement : 84% des ménages en zone rurale utilisent des installations sanitaires améliorées contre 98% en zone urbaine. Par ailleurs, la pollution de l'environnement est devenue un fléau qui affecte très fortement la population dans sa vie quotidienne. Cette pollution est surtout marquée par les industries lourdes telles que l'extraction minière, la

---

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

<sup>9</sup> MICS4.

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

<sup>11</sup> NosoTun 2012.

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

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

#### 1.1.1.6 Cadre stratégique de l'UE

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

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

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

#### 1.1.2 Analyse des parties prenantes

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

Le ministère de la santé (MS). Les structures sanitaires de première ligne (CSB et HC), et la circonscription sanitaire (CS) dont celles-ci dépendent, sont dotées de ressources insuffisantes pour assumer leurs missions. Les budgets disponibles à ces niveaux sont particulièrement faibles et les ressources propres représentent environ 20% des dépenses totales. Ces ressources proviennent d'un pourcentage prélevé sur le prix des analyses biologiques et des examens de radiologie. Les médicaments, y compris ceux qui sont prescrits gratuitement sont alloués sous forme de ligne de crédit à la pharmacie centrale de Tunis, représentent entre 40 et 65% du budget total de ces structures. Malgré cette faible autonomie financière et les lacunes dans la gestion des ressources décrites dans le paragraphe 1.1.3.3, les services régionaux de santé démontrent un réel dynamisme et une collaboration intersectorielle et multi acteurs productive. Au niveau central, la coordination interservices au sein du

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

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

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

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

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

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

La société civile tunisienne, surtout au niveau local, manifeste une volonté certaine de participer à la fois au dialogue pour une meilleure prise en compte des patients par le système de santé, et aux actions concrètes de sensibilisation et d'information des communautés. Pour autant, la disparité des objectifs et des capacités institutionnelles représentent un handicap à la participation active et constructive du tissu associatif local. Dans ces conditions, les opérateurs de la société civile intervenant dans le domaine de la santé mais aussi dans des domaines complémentaires dans la zone d'intervention ciblée, gagneraient à être appuyés et mobilisés de façon structurée dans le cadre du programme proposé. Ceci permettrait une mise en œuvre plus efficace au niveau local d'actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé auprès des communautés, de défense des intérêts des patients, de participation à

l'accompagnement des familles indigentes, mais aussi de responsabilisation des citoyens-patients dans un cadre de santé publique. Il est à noter que cette implication de la société civile locale pourra se faire d'autant plus facilement qu'elle s'appuiera sur le travail et les mécanismes de consultations mis en place au niveau régional depuis 2013 par le processus du dialogue sociétal.

De plus, les opérateurs du secteur privé de la santé qui fournissent du reste pour certains des prestations de qualité, et qui, notamment au niveau local, sont souvent bien implantés individuellement mais peu structurés collectivement, gagneraient à être consultés et impliqués dans une démarche visant à rationaliser le fonctionnement du système de santé au niveau régional et local. Les synergies et les complémentarités devraient être recherchées dans le cadre de partenariats bien compris entre les secteurs public et privé, pour améliorer la santé des populations.

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

Les autorités locales élues ont de par la Loi un rôle à jouer dans différentes instances décisionnaires du secteur de la santé et notamment : (i) en tant que membre du conseil de santé chargé d'assister le directeur régional dans l'accomplissement de ses attributions<sup>13</sup>, et (ii) en tant que membre du conseil d'administration chargé d'administrer l'établissement public de santé<sup>14</sup>. Suite à la révolution, tous les conseils régionaux et les communes ont été dissous et remplacés par des délégations spéciales désignées par le gouvernement. Cependant, après la tenue des élections locales prévues à l'automne 2017, ces autorités locales devraient recouvrer pleinement leurs droits et prérogatives et à nouveau siéger dans ces diverses instances.

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

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

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

---

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

<sup>14</sup>Décret n° 91-1844 du 2 décembre 1991 fixant l'organisation administrative et financière ainsi que les modalités de fonctionnement des établissements publics de santé.

### 1.1.3.1 Qualité des services

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

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

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

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

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

Pourtant, un CSB produirait environ deux kilos de déchets par jour dont un demi-kilo serait des DAS à risque infectieux (DASRI). Ces structures ne peuvent établir un contrat avec une société de gestion des DASRI autorisée par le ministère chargé de l'environnement comme le demande le décret n° 2008-2745. Sachant que le seuil de rentabilité de telles sociétés est estimé à 500 tonnes par an et par région, les structures sanitaires publiques à partir de l'HC s'adressent dans plus de la moitié des cas à une structure autorisée d'une région voisine qui refusent de collecter les DASRI au niveau des CSB. Aussi est-il indispensable d'organiser un système de gestion de ces déchets à ce niveau incluant un transport jusqu'au premier niveau de collecte des sociétés, les groupements de santé de base (GSB) ou les HC.

L'HC faisant partie de la 1<sup>ère</sup> ligne pourrait être considéré comme réservé à la prévention et aux soins de santé de base. Pourtant i) la configuration des régions parfois peu peuplées et assez vastes, ii) la présence d'une salle d'urgence prévue dans les textes<sup>15</sup> au niveau de l'HC, iii) la surcharge évidente des services d'urgence des hôpitaux régionaux et des SAMU pour des cas pouvant souvent être traités en amont, et iv) le risque terroriste non négligeable pouvant avoir pour conséquence un afflux massif dans les structures d'urgences disponibles abondent clairement en faveur d'un appui à ces salles d'urgences à l'HC. Actuellement, des médecins généralistes ou des techniciens urgentistes sont en charge de ces salles d'urgence dans les HC où le taux de transfert est élevé. Le nombre de ressources humaines affectées aux services de laboratoires et de radiologie détermine la possibilité de leur fonctionnement 24/24 heures dans les HC. Il n'est pas toujours suffisant.

Par ailleurs, des problèmes d'accueil et de disponibilité des professionnels de santé, et de confidentialité dans leurs entretiens, ont été identifiés dans la plupart des services de santé de première ligne. De plus, les équipements sont en général insuffisants ou obsolètes et mal répartis entre les structures et les médicaments prescrits souvent non disponibles. Tout ceci impacte négativement sur la qualité de l'offre de soins et doit être adressé en priorité.

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

#### 1.1.3.2 Accessibilité des services de santé

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

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

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

Dans la zone péri-urbaine du Grand Tunis, le problème d'accès est lié à la densité de la population puisque le groupement de santé de base comprend six circonscriptions sanitaires (CS) pour une population de 550 000 habitants. A titre de comparaison, la région de Siliana comprend huit CS pour

---

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

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

Enfin, la prise de rendez-vous d'un niveau à un autre du système de santé représente un difficile parcours pour le patient. Au manque d'information dont il dispose, se superposent des attitudes non professionnelles de la part de certains membres du corps médical visant à échanger une prise de rendez-vous dans un délai correct contre différents types de biens.

#### 1.1.3.3 Décentralisation

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

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

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

#### 1.1.3.4 Gouvernance locale

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

locales élues. Dans le cadre d'une approche « gouvernance locale », il est capital de reconnaître et de respecter le rôle et les prérogatives de chaque acteur (notion de responsabilité commune mais différenciée des acteurs). Au regard de ces postulats, les principales faiblesses du système de gouvernance locale du secteur de la santé recensées sont :

#### Des autorités locales élues absentes du système

Comme indiqué au paragraphe 1.1.2, actuellement, nous sommes dans une situation transitoire où, tous les conseils régionaux et les communes ont été dissous. Cependant, cette situation ne devrait pas perdurer, et dès la tenue des élections, prévues à l'automne 2017, ces autorités locales devraient recouvrer leurs droits et prérogatives et leur place légitime (processus démocratique) dans le système de gouvernance locale.

Ainsi, le programme se doit d'anticiper le retour à la normale et prévoir des mesures de renforcement des compétences des autorités locales élues.

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

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

Il apparaît nécessaire de renforcer et de structurer la société civile, au niveau régional et local en premier lieu, car elle a un rôle important à remplir dans la gouvernance du système surtout lorsqu'il s'agit de rapprocher les soins de santé du citoyen et d'adapter les services aux besoins, aux préférences et aux attentes de la population. Elle peut aussi jouer le rôle de médiateur entre le citoyen et les administrations publiques et les structures chargées de leur prise en charge. « L'implication citoyenne devrait se faire à tous les niveaux mais le milieu local est un espace privilégié pour la concertation, la participation citoyenne et l'appropriation à travers le renforcement du rôle de la société civile »<sup>16</sup>.

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

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

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

#### Des mécanismes et cadres de concertation et coopération déficients

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

---

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

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

## 2 RISQUES ET HYPOTHESES

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

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

manque d'adhésion et de mobilisation des principales parties prenantes.		secteur de la santé
<b>Hypothèses</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La stabilité politique, sociale et macroéconomique est préservée et permet l'adoption et la mise en œuvre du plan de développement 2016-2020.</li> <li>▪ L'adhésion et la mobilisation des principales parties prenantes permettent une mise en œuvre efficace de la réforme et des politiques sectorielles.</li> <li>▪ Les acteurs ont les capacités nécessaires pour mettre en œuvre les politiques dans le cadre d'un système de gouvernance rénové et pertinent.</li> <li>▪ Les réformes initiées se poursuivent et celles qui seront identifiées dans le cadre du processus de modernisation de l'administration publique seront engagées.</li> <li>▪ Le ministère équipe les structures de 1<sup>ère</sup> lignes pilotes pour la prise de rendez-vous et le transfert du dossier médical unique de clés permettant la connexion desdites structures au réseau <i>very high speed digital subscriber line</i> (VDSL) /ligne d'abonné de très haute vitesse qui sera mis en place par Tunisie Telecom dans les structures publiques.</li> </ul>		

### 3 ENSEIGNEMENTS TIRES, COMPLEMENTARITE ET QUESTIONS TRANSVERSALES

#### 3.1 Enseignements tirés

Le programme s'appuie en premier lieu sur l'expérience du secteur acquise dans la préparation et la mise en œuvre d'un double programme d'appui au secteur de la santé financé par l'UE : la composante santé du programme d'appui à la relance phase 2 (PAR2) et le programme d'appui aux zones défavorisées –phase 2 (PAZD2), qui ciblent tous les deux les 13 régions dites prioritaires, pour un montant total cumulé de 20 millions d'EUR. Le PAR2 finance la construction de 13 centres médicaux intermédiaires proposant une large offre de soins et la réhabilitation de 60 centres de santé de base. Ces travaux ont pour but de doter ces unités médicales des moyens nécessaires aux consultations de dépistage et de diagnostic préalable à la fois pour les besoins courants du service ambulatoire et pour les domaines plus spécialisés (ophtalmologie, gynécologie et soins dentaires notamment). Le PAZD2 quant à lui a mis à disposition 43 ambulances équipées (3 par région), 67 véhicules tous-terrains pour les équipes médicales d'intervention et 48 utilitaires pour le transport du personnel médical, ainsi que du matériel médical et paramédical qui facilitent l'accès à un meilleur service de santé (appareils de radio fixe, échographes, unités dentaires, électrocardiographes, spectrophotomètres, unités de consultation ophtalmologiques, unités de consultation ORL, etc.). Le PAZD2 comporte par ailleurs un volet de renforcement des capacités afin de pérenniser les acquis du programme, en particulier concernant la carte sanitaire, la prise en charge des pathologies chroniques ou encore la surveillance épidémiologique et la formation des personnels de santé et du personnel administratif. Enfin, il est important de noter que, outre une amélioration de l'accès aux services de santé proprement dits, ces deux programmes, en grande partie via la composante construction/rénovation, mais aussi pour tout ce qui concerne la maintenance à moyen et long terme des véhicules, équipements et bâtiments, participe à la dynamisation de l'économie locale dans les 13 gouvernorats ciblés. Une évaluation externe du PAZD2, prévue début 2017, permettra de tirer des enseignements qui seront utiles pour la mise en œuvre du présent programme, en particulier concernant le redéploiement du personnel dans les gouvernorats.

Le programme tire également parti d'autres interventions de l'UE, en particulier : le volet santé du

programme d'appui à la compétitivité des services (PACS); trois jumelages, (i) auprès de l'agence nationale de contrôle sanitaire et environnemental des produits (ANCSEP, organisme sous tutelle de la santé en charge du contrôle sanitaire des produits, (ii) auprès des établissements de santé portant sur la consolidation et généralisation du dispositif d'information médico-économique, (iii) auprès de l'inspection médicale et de la sécurité au travail ; et, enfin, un projet régional de veille épidémiologique. Ces programmes n'ayant pas été évalués à ce stade, il est difficile d'en tirer des enseignements.

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

Par ailleurs, une quinzaine de PTF interviennent dans le domaine de la santé. L'efficacité de l'aide devrait être améliorée par une meilleure coordination et l'organisation d'un groupe thématique spécifique à la santé. L'enveloppe de leurs interventions dans le secteur est faible (moins de 1% du total de l'aide publique au développement à la Tunisie), et le plus souvent, le montant moyen de ces interventions ne dépasse pas quelques centaines de milliers d'euros, ne permettant ni d'atteindre la masse critique nécessaire, ni d'intégrer une vision stratégique.

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

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

- Cohérence avec les priorités du système de santé tunisien. Celui-ci s'appuie sur une pyramide sanitaire organisée autour de 208 circonscriptions sanitaires comprenant en 1<sup>ère</sup> ligne, 2 104 CSB, et 109 HC.
- Cohérence avec d'autres programmes de l'UE financés dans le secteur de la santé. L'UE apporte son soutien pour la réalisation de deux importants programmes de construction de centres intermédiaires, de réhabilitation de CSB (deuxième programme d'appui à la relance, PAR2) et d'équipement en matériel biomédical (PAZD2) dans 13 gouvernorats déclarés prioritaires en raison du niveau économique et social des populations résidentes. Dans le cadre du programme PACS, l'UE soutient l'INASanté dans sa mission d'accréditation au niveau d'hôpitaux publics et de cliniques privées. Aussi, ce programme d'appui au secteur de la santé s'inscrit dans la continuité de ces appuis en visant ici l'accompagnement des structures sanitaires de première ligne dans la démarche qualité.
- Cohérence et synergies avec d'autres programmes de l'UE financés dans les mêmes gouvernorats. En particulier, l'UE apporte son soutien à un programme d'appui à la décentralisation et au développement local dans six gouvernorats.
- Cohérence et synergies avec les autres PTF impliqués dans le secteur de la santé. Même si le degré de coordination est variable en fonction des PTF, le programme s'appuiera systématiquement sur les synergies existantes, qu'elles soient thématiques ou régionales. Sur la base de la très bonne collaboration entre l'UE et l'OMS depuis le lancement en 2012 du programme de partenariat pour la couverture sanitaire universelle, une coordination élargie et plus structurée des PTF devrait être mise en place.
- Cohérence avec la feuille de route de l'UE pour l'engagement avec la société civile en Tunisie, pour la période 2014-2017. Synergie, donc, avec les autres soutiens des acteurs de la société

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

- Cohérence avec le programme de l'UE de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes visant l'intégration du genre, l'amélioration de la participation des femmes à la vie économique et publique et la réduction des discriminations et des violences fondées sur le genre.

Ainsi, le choix des neuf gouvernorats ciblés par ce programme, qui font parties des 13 régions ciblées par le PAZD2 et le PAR2, s'appuie sur la nécessaire complémentarité et l'optimisation des ressources investies, en particulier via 3 autres programmes d'envergure soutenus par l'UE dans des régions similaires :

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

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

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

- La santé maternelle et néo-natale (UNICEF, OMS et le Fonds des Nations Unies pour la population, FNUAP), santé communautaire (BM), grâce au renforcement du système de santé de 1<sup>ère</sup> ligne.
- L'évaluation des besoins en ressources humaines (financée par la BAD) par le renforcement des capacités décentralisées du système de santé dans leur gestion ;
- La prise en charge des femmes et des enfants victimes de violence grâce à la gouvernance locale développée [ONU, Office national de la famille et de la population (ONFP)].
- Les activités de renforcement du système de santé (appui au développement de la médecine de famille, à l'amélioration de la performance hospitalière, à la réforme du financement, à la production de données probantes pour la prise de décision etc.) menées par l'OMS dans le cadre du Partenariat UE-OMS pour la couverture sanitaire universelle.

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

- Le dialogue sociétal financé par l'UE et piloté par l'OMS a permis à un nombre conséquent de représentants de la société civile au sens large du terme, de s'exprimer sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé et devrait permettre dans le futur aux dits représentants d'être associés au suivi de la mise en œuvre de la réforme et à son évaluation périodique (2016-2018).
- Un projet mené par le Réseau Euro-Méditerranéen des Droits de l'Homme (REMDH) dont l'un des objectifs est de créer et organiser des espaces de dialogue entre la société civile, les instances de l'UE et les structures gouvernementales tunisiennes autour de thématiques clés de la Tunisie et de l'UE portant sur droits de l'homme et la démocratisation, y compris au niveau régional (2016-2018).
- Un projet coordonné par Médecins du Monde Belgique dont l'objectif principal est de faire émerger dans les gouvernorats de Gafsa et Sidi Bouzid un réseau d'associations capable de se positionner en tant qu'acteur et partenaire des autorités locales sanitaires et sociales (2015-2017).
- Le Programme d'appui à la société civile (PASC) a pour but de renforcer les capacités opérationnelles des OSC tunisiennes afin qu'elles soient en mesure de jouer leur rôle dans le cadre du développement en Tunisie, en particulier au niveau local et régional (2012-2016).
- Initialement conçu comme un projet, Jamaity.org se veut être une plateforme associative, interactive et participative ayant pour missions de i) collecter et diffuser les informations concernant les associations et les PTF et de ii) favoriser le réseautage et la communication entre les associations, les autorités gouvernementales et locales et les PTF (2014-2016).

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

### 3.3 Questions transversales

#### La contribution du programme au genre.

Elle sera directe par l'intervention de la société civile qui sensibiliserait en particulier les médias, les décideurs et les personnels de santé de première ligne au diagnostic et à la prise en charge concertée des victimes de violences basées sur le genre (VBG). L'approche pluridisciplinaire permettra d'accompagner les victimes qui seraient volontaires dans les démarches auprès des autorités, dans le respect de la confidentialité. La formation des personnels de santé au diagnostic et à la prise en charge médicale des victimes, comme à l'approche inter-sectorielle concertée, en lien avec un accompagnement social et juridique permettront d'assurer la complémentarité des interventions et intervenants, dans le respect des droits de la personne, en particulier de la confidentialité. L'action du ministère de la santé, via cette intervention, pourrait ainsi jouer un rôle central dans la mise en œuvre de la loi intégrale sur les violences faites aux femmes, actuellement en préparation, ainsi que dans la compréhension et la gestion des conséquences physiques, psychiques et sociales de ces actes. La participation de la société civile sera particulièrement recherchée pour ce qui est de la prévention de telles violences, dont les conséquences sur la santé auront été explicitées par des personnels de santé formés. Outre la question des VBG, le programme œuvrera également plus particulièrement envers l'amélioration de l'accès et de la qualité des services concernant la santé maternelle et infantile.

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

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

**La bonne gouvernance** sera favorisée par le soutien apporté à la mise en œuvre des réformes engagées par le gouvernement tunisien, et en particulier par des actions de renforcement des capacités institutionnelles visant à améliorer les processus de pilotage, de management, de décentralisation, de gouvernance locale, de dialogue et de transparence.

## 4 DESCRIPTION DE L'ACTION

### 4.1 Objectifs/résultats

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

---

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

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

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

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

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

### **Objectif général :**

Accompagner la Tunisie dans l'amélioration des conditions de vie en bonne santé et la promotion du bien-être de tous et à tout âge<sup>22</sup>.

### **Objectif spécifique :**

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

- Résultat 1) La qualité des services de santé de première ligne est améliorée<sup>23</sup>
- Résultat 2) L'accessibilité des services de santé de première ligne est améliorée
- Résultat 3) Une plus grande décentralisation de la gestion des structures sanitaires permet un fonctionnement plus rationnel, efficace et efficient du système de santé de première ligne
- Résultat 4) Une nouvelle gouvernance locale dans le secteur de la santé est mise en place

## **4.2 Principales activités**

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

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

Les activités principales suivantes sont prévues :

- Amélioration des pratiques en termes de qualité de services de première ligne et suivi des transformations initiées, pour le bénéfice des usagers en premier lieu, mais aussi du personnel, dans le plus grand nombre de circonscriptions sanitaires possibles. La priorité est mise sur les services publics mais concerne aussi les acteurs du service privé et associatif.

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

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

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

- Renforcement des capacités de mise en œuvre de la stratégie nationale hygiène et sécurité des soins dans les HC et les CSB. Des mesures de formation et d'accompagnement viseront la mise en œuvre d'un programme de prévention du risque infectieux, ainsi que la mise en œuvre de la gestion des DAS<sup>24</sup> au niveau des structures sanitaires de première ligne, et l'amélioration continue de l'organisation des activités de soins et des conditions de travail. Enfin, un plan de suivi et d'évaluation et l'amélioration continue de la gestion des DAS et des pratiques d'hygiène sera mis en œuvre.
- Appui à la mise à niveau des structures de médecine d'urgence. Il s'agit notamment de renforcer les capacités des HC à assurer la prise en charge des urgences en collaboration avec les SAMU et les SMUR, grâce à des formations réalisées par des spécialistes en médecine d'urgence de l'hôpital, en présentiel et à distance.
- Achat, livraison et formation à l'utilisation et la maintenance de matériel et équipement, médical, paramédical et logistique, relatifs à la mise en place de la démarche qualité, ainsi qu'à l'amélioration de la gestion de l'hygiène hospitalière et des services d'urgences déployés au niveau de la première ligne.

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

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

Les activités principales suivantes sont prévues :

- Mobilisation des communautés via des actions de sensibilisation, de prévention et de promotion de la santé, en particulier dans les domaines suivants : principaux programmes nationaux (vaccination, santé reproductive, tuberculose...) ; santé environnementale ; prévention des MNT et éducation thérapeutique ; risques liés à la consommation de tabac et de substances illicites ; usage rationnel des médicaments ; sensibilisation sur toutes formes de violences (basées sur le genre et violence envers les enfants) ; influence des inégalités de genre sur l'accès aux services de santé ; promotion d'espaces sportifs en zones urbaines ou péri-urbaines ; soutien aux personnes à faible revenu.
- Accompagnement de la promotion des équipes de santé mobiles des CSB vers les villages éloignés. Il s'agit de mettre en place des systèmes de services mobiles adaptés aux contextes, opportunités et contraintes locaux, de suivre la mise en place de ces systèmes, et de promouvoir les bonnes pratiques par des visites intra et inter gouvernorats. Le but est d'augmenter en particulier l'accessibilité des services de prévention et de santé reproductive et de faciliter la gestion de routine des maladies chroniques (renouvellement d'ordonnances, tests rapides ou collection d'échantillons, implication/formation des membres de la famille, etc.).

---

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

- Formation, suivi et évaluation des pratiques relatives à l'usage rationnel des médicaments des prescripteurs, dans le respect des nomenclatures de chaque niveau et des recommandations de conduites thérapeutiques. Le but est d'améliorer l'accessibilité aux médicaments, en particulier les médicaments essentiels.
- Appui au développement du système d'information des services sanitaires. Le but premier est d'améliorer l'accès aux informations concernant les programmes et services de santé accessibles aux usagers, qu'il s'agisse de l'existence de ces services et programmes, ou des résultats de ces services et programmes. In fine, il s'agit d'améliorer l'accès aux services et l'impact de ces services sur la santé des usagers.
- Appui à la généralisation (avec adaptation/amélioration) aux neuf gouvernorats et aux zones ciblées du Grand Tunis du système de prise de rendez-vous à distance. Le but est d'améliorer le parcours de l'utilisateur du CSB et sa prise en charge au sein de la 1ère ligne et avec la 2ème et la 3ème ligne, notamment via les rendez-vous à distance. Il s'agit de mettre en place un système de gestion de prise de rendez-vous informatisé entre les circonscriptions périphériques et l'hôpital régional (ou les hôpitaux régionaux) du gouvernorat, d'une part, et entre les circonscriptions et quelques EPS spécialisées de Tunis, d'autre part. Ce système, pratiqué depuis des années dans certaines régions côtières, facilite grandement l'accès des usagers à des centres de soins complémentaire.
- Appui à l'informatisation d'un dossier de santé unique de l'utilisateur du CSB, à titre pilote, en priorité, dans certaines zones péri-urbaines du Grand Tunis, permettant une meilleure prise en charge (globalité et continuité) de l'utilisateur en décloisonnant les multiples dossiers et registres indépendants auxquels l'utilisateur est confronté (fiche consultation médicale, dossiers de chaque service spécialisé, traitement ambulatoire, soins infirmiers, vaccination...).
- Achat, livraison et formation à l'utilisation et la maintenance de matériel et équipement, médical, paramédical et logistique, relatifs au renforcement de la proximité et de l'accessibilité des services de santé de première ligne et inter-lignes (systèmes de référence).

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

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

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

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

Les activités principales suivantes sont prévues :

- Appui à l'élaboration d'un projet circonscription sanitaire. Ce projet sera réalisé sur base de la carte sanitaire de la CS (tenant compte des particularités de chaque zone et des besoins exprimés par les populations pour un meilleur accès aux soins au profit des populations vulnérables) et des projets d'établissement établis par les HC et les GSB (incluant les CSB relevant de leur champ de compétence respectif).
- Appui au renforcement des capacités de gestion des circonscriptions sanitaires et des structures sanitaires publiques de première ligne (HC, GSB, CSB ouverts 5 ou 6 jours par semaines (CSB classés 5/6 et 6/6) et CI). En particulier, appui à une meilleure gestion des ressources humaines (élaboration et mise en œuvre d'un plan de développement professionnel continu adapté aux objectifs et aux besoins présentés notamment dans les projets d'établissement ; gestion plus dynamique des ressources humaines notamment via l'utilisation d'outils informatiques, au minimum au niveau de l'HC ou du GSB), une meilleure gestion budgétaire et financière [développement et mise en place d'outils budgétaires en cohérence avec les projets d'établissement et le programme d'action annuel, et permettant de travailler à une plus grande autonomisation des structures sanitaires (HC et GSB y compris les CSB classés 5/6 et 6/6)] et une meilleure gestion des infrastructures et du matériel (renforcement des capacités locales des HC pour l'identification et l'élaboration de projets d'aménagements, la gestion des inventaires des matériels et des équipements ainsi que pour la mise en place d'un système de suivi et des procédures adaptées pour une maintenance plus rigoureuse).
- Appui au renforcement des capacités de gestion des médicaments. En particulier, mise en place et développement de systèmes gestion informatisés et interconnectés, à titre pilote, au sein des HC et des GSB et des CSB classés 5/6 et 6/6 et des CI dans un certain nombre de CS par gouvernorats, permettant d'améliorer à court terme la gestion des médicaments et donc leur disponibilité, et, à moyen terme, de préparer les structures sanitaires à l'e-pharmacie.
- Appui à la mise en place d'un système de gestion de l'information. En particulier, mise en place de tableaux de bord nécessaires à une gestion plus rationnelle et efficace des ressources humaines, matérielles et financières, et des médicaments.
- Appui au renforcement des capacités institutionnelles des directions régionales de santé (DRS). En particulier, programmation et planification des activités au niveau régional ; consolidation et analyse de l'information ; suivi et supervision ; identification, coordination et mise en œuvre de la stratégie de développement professionnel continu ; conduite des projets à un niveau régional.
- Achat, installation et formation à l'utilisation de matériel informatique pour renforcer les capacités de gestion des structures sanitaires publiques de première ligne, la gestion des médicaments et de l'information au niveau de la circonscription sanitaire, et les capacités institutionnelles des DRS.

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

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

S'il existe certains recoupements entre les résultats 1 et 2 d'un côté, et le résultat 3 d'un autre, il en va de même entre les résultats 3 et 4, en particulier concernant l'implication, et la coordination avec, les

(futures) autorités locales élues, qui auront un rôle important à jouer en termes de décentralisation ou de gestion des ressources locales, y compris pour les populations les plus défavorisées.

Les activités principales suivantes sont prévues :

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

### **4.3 Logique d'intervention**

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

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

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

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

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

## **5 MISE EN ŒUVRE**

### **5.1 Convention de financement**

Pour mettre en œuvre la présente action, il est envisagé de conclure une convention de financement avec le pays partenaire, tel que prévu à l'article 184, paragraphe 2, point b), du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012.

### **5.2 Période indicative de mise en œuvre**

La période indicative de mise en œuvre opérationnelle de la présente action, au cours de laquelle les activités décrites à la section 4.2 seront menées et les contrats et accords correspondants seront mis en œuvre, est de 48 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention de financement.

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

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

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

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

L'objectif spécifique de cette subvention est de favoriser la participation de la société civile locale à la mobilisation communautaire et à la mise en œuvre d'actions de sensibilisation, de prévention et de promotion de la santé (CF. R2) dans les zones géographiques ciblées par le programme, le plus proche possible des usagers, au niveau des services de première ligne essentiellement.

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

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

Les résultats escomptés de l'appel à propositions sont :

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

#### (b) Conditions d'éligibilité

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

- être une personne morale ;
- être sans but lucratif;
- appartenir à l'une des catégories suivantes : organisations non gouvernementales, associations locales ou nationales, organisations professionnelles, autorités locales élues;
- être établi<sup>25</sup> dans un État membre de l'Union européenne ou dans le pays partenaire tels que définis dans le Règlement (UE) n. 232/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 arrêtant des dispositions générales instituant un instrument européen de voisinage (Journal Officiel L 77 du 15.03.2014, p. 27) ;
- être directement chargé de la préparation et de la gestion de l'action avec le(s) codemandeur(s) et non agir en tant qu'intermédiaire ; et
- être en mesure de faire preuve de sa capacité à gérer des activités relatives aux thèmes concernés et correspondant à l'ampleur du projet nécessitant une subvention.

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

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

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

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

#### (d) Taux maximal de cofinancement

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

---

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

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

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

4<sup>ème</sup> trimestre 2017

### 5.3.2 Passation de marchés (gestion directe)

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

## 5.4 Champ d'application de l'éligibilité géographique pour les marchés et les subventions

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

L'ordonnateur compétent de la Commission européenne peut étendre l'éligibilité géographique conformément à l'article 9, paragraphe 2, point b), du règlement (UE) n° 236/2014 en cas d'urgence ou d'indisponibilité de produits et services sur les marchés des pays concernés, ou dans d'autres cas dûment justifiés si l'application des règles d'éligibilité risque de rendre la réalisation de la présente action impossible ou excessivement difficile.

## 5.5 Budget indicatif

Rubrique	Contribution de l'UE (montant en EUR)	Contribution indicative de tiers, (montant en EUR)
5.3.2 – Passation de marchés de fournitures relatifs aux résultats 1, 2, 3 et 4 (gestion directe)	13 000 000	
5.3.2 – Passation de marchés de services relatifs aux résultats 1, 2, 3 et 4 et à la composante communication et visibilité (gestion directe)	4 250 000	
5.3.1 – Subventions : appel à propositions (gestion directe)	2 000 000	500 000
Évaluation & audit	250 000	
Provisions pour imprévus	500 000	
<b>Totaux</b>	<b>20 000 000</b>	<b>500 000</b>

## 5.6 Structure organisationnelle et responsabilités

### Au niveau central (national) :

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

Le suivi du programme aura lieu dans le cadre d'un comité de pilotage national constitué autour du ministère de la santé (présidence).

Ce comité de pilotage sera composé de membres représentant :

- les ministères du développement, de l'investissement et de la coopération internationale, de la santé, de l'environnement, de la femme, de la famille et de l'enfance, des affaires sociales et des finances
- la direction des soins de santé de base
- l'office national de la famille et de la population
- l'Instance nationale de l'accréditation en santé
- le conseil national de l'ordre des médecins
- le conseil national de l'ordre des pharmaciens
- le secteur privé (y compris des acteurs basés dans les régions ciblées par le programme)
- la société civile (dont des représentants du dialogue sociétal et des bénéficiaires de l'appel à proposition pour la société civile de ce programme)
- les comités régionaux de pilotage (qui représentent eux-mêmes les comités locaux de pilotage)
- la Délégation de l'Union européenne
- l'OMS

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

réorientation du programme jugée nécessaire à l'atteinte des résultats escomptés, v) faire le suivi des décisions prises antérieurement par le comité de pilotage.

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

Au niveau décentralisé (régional) :

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

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

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

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

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

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

## **5.7 Suivi des résultats et rapports**

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

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

## **5.8 Évaluation**

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

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

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

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

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

## **5.9 Audit**

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

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

## **5.10 Communication et visibilité**

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

Pour la présente action, il y a lieu de prévoir des mesures de communication et de visibilité qui seront établies, au début de la mise en œuvre, sur la base d'un plan d'action spécifique dans ce domaine et financées sur le budget indiqué à la section 5.6 ci-dessus.

En ce qui concerne les obligations légales en matière de communication et de visibilité, les mesures seront mises en œuvre par la Commission, le pays partenaire, les contractants, les bénéficiaires de subvention et/ou les entités en charge. Des obligations contractuelles adaptées seront respectivement prévues dans la convention de financement, les marchés, les contrats de subvention et les conventions de délégation.

Le plan de communication et de visibilité de l'action ainsi que les obligations contractuelles adaptées seront établis sur la base du manuel de communication et de visibilité pour les actions extérieures de l'Union européenne.

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

## **6 CONDITIONS PREALABLES**

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

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

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

**7 ANNEXE – MATRICE INDICATIVE DU CADRE LOGIQUE (POUR LA MODALITE DE PROJET)<sup>26]</sup>** (maximum 2 pages, section complétée pendant l'identification et la formulation)

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

	Chaîne des résultats	Indicateurs	Valeurs de référence (y compris année de référence)	Cibles (y compris année de référence)	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
Objectif global: impact	Accompagner la Tunisie dans l'amélioration des conditions de vie en bonne santé et la promotion du bien-être de tous et à tout âge	Réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des MNT et promouvoir la santé mentale et le bien être (ODD3.4)	82% décès imputables aux MNT (2012)	Réduction d'un tiers	OMS	
		Taux de mortalité maternelle (pour 100 000)*	44,8	35 (2020)	SIS/MS	
Objectif(s) spécifique(s): Effet(s) direct(s)	Améliorer la performance du système de santé de première ligne dans les gouvernorats de Jendouba, El Kef et Siliana (pôle nord-ouest), Kasserine, Sidi Bouzid et Gafsa (pôle centre-ouest), Gabes, Kebili et Médenine (pôle sud), Tunis Sud, Douar Hicher et Ettadhamen (pôle péri-urbain du Grand Tunis)	% de couverture pour les cinq consultations prénatales*	85% (MICS4)	93% (2020)	MICS	La stabilité politique, sociale et macroéconomique est préservée et permet la mise en œuvre du plan de développement 2016-2020.
		Nombre de naissances assistées par un personnel de santé qualifié **	98,6 (MICS4)	99,5 (2020)	MICS	
		Taux des fumeurs, désagrégé par sexe, ayant arrêté de fumer pendant au moins 6 mois parmi les consultants pour sevrage*	20 (2016)	26 (2019)	PAP	

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

Produits	Résultat 1 : La qualité des services de santé de première ligne est améliorée	Taux d'hôpitaux de circonscription dont le délai d'attente aux urgences et aux consultations externes ne dépassent pas deux heures*	9 (2016)	60 (2019)	PAP	Du personnel qualifié est affecté dans les salles d'urgence, les laboratoires et radiologie, 24/24heures, dans les HC appuyés.
		Taux des hôpitaux de circonscription et de CSB qui ont instauré une brochure d'accueil et des mécanismes de mesure de la satisfaction des malades.*	40	100	PAP	
	Résultat 2 : L'accessibilité des services de santé de première ligne est améliorée	Augmentation de la fréquentation des structures appuyées, ventilée par sexe	A définir enquête de référence	10% la 1 <sup>ère</sup> année puis 20%	Registre des CSB et HC	Le ministère équipe les structures de 1 <sup>ère</sup> lignes de clés permettant la connexion desdites structures au réseau very high speed digital subscriber line (VDSL) /ligne d'abonné de très haute vitesse qui sera mis en place par Tunisie Telecom dans les structures sanitaires publiques
		Nombre de campagnes de sensibilisation par la société civile ventilées par thème.	--	A définir par l'AP	Rapports suivi subventions	
		Nombre de personnel médical, désagrégé par niveau et par sexe, formé sur l'égalité des genres par an, et rapportant des changements dans leurs manières de travailler**	--	50%	Rapport suivi de formations	
		Nombre de femmes (15-49) qui utilisent une forme de contraception** (Taux de prévalence contraceptive*)	Taux de 62,5% (2012)	63%	PSDS	
	Résultat 3 : Une plus grande décentralisation de la gestion des structures sanitaires permet un fonctionnement plus rationnel, efficace et efficient du système de santé de première ligne	Nombre de personnel qui ont participé aux cycles de formation *, ventilé par sexe	750 (2016)	1300	PAP	Les réformes initiées se poursuivent et celles qui seront identifiées dans le cadre du processus de modernisation de l'administration publique seront engagées.  Le gouvernement poursuit le processus de décentralisation engagé.
		Taux des hôpitaux qui ont préparé un projet d'établissement contenant un plan directeur et un plan de rééquilibrage financier*	10	90 (9 fois plus)	PAP	

	Résultat 4 : Une nouvelle gouvernance locale dans le secteur de la santé est mise en place	Nombre de réseaux OSC spécialisées dans le secteur de la santé opérationnels	0 (2016)	7 (2020)	Rapports AT Médias, Réseaux sociaux, OSC, Rapports de séminaires,	<p>Les élections locales sont organisées et les conseils municipaux démocratiquement élus.</p> <p>Le rôle et les prérogatives de chaque acteur sont reconnus et respectés.</p> <p>Les différents acteurs locaux étatiques et non étatiques sont dynamiques et réceptifs à l'approche gouvernance locale.</p>
		Nombre de cadre de concertation et de coopération multi sectoriels et multi acteurs opérationnels	0 (2016)	7 (2020)		
		Nombre de partenariat secteur public – secteur privé promus	0 (2016)	7 (2020)		