

Evaluation de la contribution de l'OMS en Tunisie (2019-2023)

Rapport

© **Organisation mondiale de la santé 2025.** Tous droits réservés.

Le contenu de ce document n'est pas définitif et le texte peut faire l'objet de révisions éditoriales avant sa publication. Toutefois, le contenu de ce projet ne subira pas de modifications substantielles. Ce document ne peut être revu, résumé, cité, reproduit, transmis, distribué, traduit ou adapté, en partie ou en totalité, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé.

WHO/DGO/EVL/2024.4

Cover page photo credit: WHO / Diego Rodriguez

Légende : Santé publique, déterminants environnementaux et sociaux de la santé en Tunisie

Table des matières

Remerciements	v
Abréviations et acronymes	vi
Résumé exécutif	viii
Introduction	1
1.1. Antécédents et contexte national	1
1.2. Objet de l'évaluation: actions de l'OMS en Tunisie, 2019-2023	6
1.3. Caractéristiques de l'évaluation: but, objectif et portée	9
Méthodologie	11
1.4. Critères d'évaluation et questions	11
1.5. Cadre méthodologique: approche et méthodes	11
1.6. Limites rencontrées et mesures d'atténuation.....	14
1.7. Considérations éthiques	15
Constats	17
1.8. Pertinence	17
1.9. Cohérence	21
1.10. Efficacité	26
1.11. Efficience	39
1.12. Durabilité	48
1.13. Principes transversaux: approche droits humains, genre et équité en santé	52
Conclusions	55
Bibliographie	63
Références	61

Liste des tableaux

Tableau 1. Principales données de population et indicateurs de santé en Tunisie (2019)	6
Tableau 2. Synthèse des outputs et des activités programmées par biennie.	7
Tableau 3. Cadres de résultats des biennies 2018-2019 (GPW12) et des biennies 2020-2021 et 2022-2023 (GPW13).8	
Tableau 4. Synthèse des fonds planifiés, obtenus et exécutés par biennie et total.	9
Tableau 5. Critères d'évaluation et questions principales.	11

Tableau 6. Distribution budgétaire (%) en fonction de la priorisation des <i>outcomes</i> (biennies 2020-2021 et 2022-2023) (fonds BASE dédiés à la Tunisie).....	29
Tableau 7. Synthèse de l'état des KPIs de Tunisie à la fin 2022 par objectif stratégique du GPW13.....	38
Tableau 8. Synthèse de l'évolution des KPIs de Tunisie entre 2019 et la fin 2022, par objectif stratégique du GPW13.	38
Tableau 9. Budget BASE programmé par biennie et répartition moyenne par activité (US\$).	40
Tableau 10. Synthèse de la répartition budgétaire (en pourcentage) entre les activités et le staff.	41
Tableau 11. Relation entre les principaux résultats des biennies et le <i>Health System Sustainability and Resilience Framework</i>	52

List des graphiques

Graphique 1. Répartition, en pourcentage, du budget total compromis (<i>Utilisation</i>) par priorité stratégique (2018-2019, 2020-2021 et 2022-2023).....	30
Graphique 2. Répartition du budget total (US\$) compromis (<i>Utilisation</i>) par priorité stratégique et par biennie.	31
Graphique 3. Distribution de l'exécution budgétaire BASE par Objectif stratégique (montant et pourcentage) en comparaison avec la distribution planifiée (2018-2023).....	32
Graphique 4. Répartition de la planification budgétaire (US\$) par biennie et par pilier du plan de riposte à la COVID-19.	34
Graphique 5. Répartition de la planification budgétaire (US\$) par catégorie de dépense du plan de riposte à la COVID-19.	35
Graphique 6. Répartition de la planification budgétaire (US\$) par Outcomes de l'OCR.....	35
Graphique 7. Comparaison de l'utilisation des trois types de budget (BASE, OCR et Non-PB)	41
Graphique 8. Évolution du budget BASE (US\$) durant les trois biennies.....	42
Graphique 9. Évolution du budget BASE (US\$) dédié aux activités (planifié, reçu et compromis) durant les trois biennies.....	43
Graphique 10. Évolution du budget BASE (US\$) dédié au staff (planifié, reçu et compromis) durant les trois biennies.	43
Graphique 11. Répartition du budget compromis entre les activités et le staff.	44

Liste des figures

Figure 1. Approche méthodologique du processus de l'évaluation	12
Figure 2. Niveaux d'analyse de la contribution de l'OMS - Tunisie (2019-2023).....	16
Figure 3. Alignement entre les deux cadres de résultats de l'OMS de la période évaluée et les biennies pour la Tunisie correspondantes.	23
Figure 4. Cercle vertueux de la santé	26

Remerciements

Ce rapport est publié par le Bureau d'évaluation de l'OMS. Il est basé sur l'évaluation indépendante menée par une équipe composée d'AVICENA Health & Social Projects, avec Enric Grau, Eva López Trillo et Amira Yakoubi. Le Bureau d'évaluation de l'OMS tient à remercier les membres de l'équipe pour leur dévouement et leur excellent travail. Cette évaluation a été gérée et sa qualité a été contrôlée par le Bureau de l'évaluation de l'OMS.

Le Bureau d'évaluation de l'OMS tient à remercier les équipes de l'OMS à Tunis, au Caire et à Genève, les fonctionnaires et les professionnels du ministère tunisien de la Santé à Tunis, Sfax, Sousse et El-Kef, ainsi que les personnes interrogées au sein des organismes gouvernementaux, des agences des Nations unies, des donateurs et de la société civile qui œuvrent en faveur de la santé en Tunisie.

En outre, le Bureau d'évaluation de l'OMS souhaite exprimer sa gratitude à Ibrahim El Ziq, représentant de l'OMS en Tunisie, et au personnel du bureau de pays, en particulier à Iman Gouader, pour avoir partagé leurs précieuses idées, les documents et les données pertinents, ainsi que leurs analyses honnêtes et professionnelles afin de faciliter et d'éclairer l'évaluation. Les conseils, le soutien et l'assurance qualité fournis tout au long de l'évaluation par le responsable de l'évaluation de l'OMS au Bureau régional du Caire, Calistus Wanjala, ont été grandement appréciés.

Equipe d'évaluation

AVICENA
Enric Grau
Eva López Trillo
Amira Yakoubi

Responsables de l'évaluation

Claudia Lo Forte, Senior Evaluation Advisor, WHO Evaluation Office
Anand Sivasankara Kurup, Senior Evaluation Officer, WHO Evaluation Office
Calistus Wanjala, Regional Evaluation Officer, EMRO

Abréviations et acronymes

AMR	<i>Antimicrobial resistance</i>
ARN	Acide ribonucléique
BM	Banque mondiale
BP	Bureau pays
BR	Bureau régional
COVAX	COVID-19 Vaccination
COVID-19	<i>Coronavirus disease 19</i>
CCLAT	Commission-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac
CCS	<i>Country Cooperation Strategy</i>
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAM	Caisse Nationale d’Assurance Maladie
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CSSB	Centre de soins de santé de base
CSU	Couverture santé universelle
DGSSP	Direction Générale des Structures Sanitaires Publiques
DHMP	Direction de l'Hygiène du Milieu et de la Protection de l'Environnement
DSSB	Direction des soins de santé de base
EMRO	<i>Eastern Mediterranean Region Office, WHO</i>
EMT	Équipes médicales d'urgence
EPI	Équipements de protection individuelle
ERG	<i>Evaluation Reference Group</i>
FAO	<i>Food and Agriculture Organization</i>
FCTC	<i>Framework Convention on Tobacco Control</i>
FMI	Fonds monétaire international
GNUE	Groupe des Nations Unies pour l’évaluation
GPW13	13 th General Programme of Work
GR	Groupe de résultats
HQ	<i>Headquarters</i>
INS	Institut National de la Statistique
IPC	<i>Infection prevention and control</i>
KPI	<i>Key performance indicators</i>
LNOB	<i>Leave no one behind</i>
MENA	<i>Middle East and North Africa</i>
MJS	Ministère de la Jeunesse et des Sports
MNT	Maladies non transmissibles
MS	Ministère de la santé
NAPHS	<i>National Action Planning for Health Security</i>
NU	Nations Unies
NV	Naissances vivantes
OCDE-CAD	Comité d'aide au développement - Organisation de coopération et de développement économique
OCR	<i>Outbreak and crisis response</i>
ODD	Objectifs de développement durable

OMS	Organisation mondiale de la santé
ONMNE	Observatoire National des Maladies Nouvelles et Émergentes
OS	Objectif stratégique
OSC	Organisation de la société civile
PB	Programmation biennale
PIB	Produit intérieur brut
PNLS	Politique Nationale de Lutte contre le Sida
PNS	Politique Nationale de la Santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RRT	<i>Rapid Response Teams</i>
RBM	<i>Results-based management</i>
RH	Ressources humaines
RSI	Règlement Sanitaire International
SNU	Système des Nations Unies
SWOT	<i>Strengths, weaknesses, opportunities, and threats</i>
TdC	Théorie du changement
TdR	Termes de référence
THES	<i>Tunisian Health Examination Survey</i>
UCT	Unité de Coopération Technique
UNCT	<i>United Nations Country Team</i>
UNDAF	Plan-cadre des Nations Unies d'aide au développement
UNEG	<i>United Nations Evaluation Group</i>
UNSDCF	<i>United Nations Sustainable Development Cooperation Framework</i>
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé exécutif

Introduction

Cette évaluation de la contribution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) se concentre sur les effets/résultats obtenus au niveau des pays en utilisant les apports des trois niveaux de l'Organisation. Elle évalue également les contributions de l'OMS par rapport aux besoins de santé publique du pays et aux objectifs formulés dans les programmes généraux de travail de l'OMS et les principaux instruments stratégiques en Tunisie. L'objet de l'évaluation comprends les actions de l'OMS en Tunisie durant la période 2019-2023 qui se trouvent organisées à travers les plans de travail biennaux, mais ne sont pas encadrées par une stratégie de coopération de pays (*Country Cooperation Strategy* (CCS)). Les trois biennies se trouvent à cheval entre deux Programmes Généraux de Travail – (*General Programme of Work* (GPW)) - le GPW12 pour 2014-2019 et le GPW13 pour la période 2019-2023, prolongé jusqu'en 2024. En termes budgétaires la contribution de l'OMS représente un total de US\$ 28 782 261 planifiés et de US\$ 22 783 263 exécutés à la date du 20 octobre 2023. Le fond d'urgence (*Outbreak and Crisis Response* (OCR)) utilisé pour la réponse à la crise COVID-19, suppose 59% du budget total exécuté durant la période évaluée.

A travers les planifications biennales, l'OMS en Tunisie a travaillé pour:

- i) Améliorer l'accès à des services de santé essentiels de qualité, réduire le nombre de personnes confrontées à des difficultés financières, améliorer l'accès aux médicaments, vaccins, produits de diagnostic et dispositifs essentiels (réforme du système de santé pour avancer vers la couverture sanitaire universelle);
- ii) Contribuer à une meilleure préparation, détection et prise en charge face aux situations d'urgence sanitaire et contribuer à une meilleure prévention des épidémies et des pandémies (situations d'urgence sanitaire); et
- iii) Agir sur les déterminants de la santé, la réduction des facteurs de risque et l'approche de la santé dans toutes les politiques (amélioration de la santé et du bien-être de la population).

En outre, la contribution de l'OMS en Tunisie a adapté ses actions aux situations émergentes dont la pandémie de la COVID-19, avec une riposte pendant la crise et des actions postérieures (biennies 2020-2021 et 2022-2023).

Méthodologie

L'évaluation est conçue de façon non expérimentale, adopte les principes de participation et d'utilisation et, elle est de nature à la fois sommative et formative. Elle utilise une approche théorique comme cadre d'évaluation afin de comprendre ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, et d'identifier les facteurs explicatifs.

Les critères d'évaluation abordés sont la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité. Les principales questions d'évaluation, qui répondent à ces critères, sont basées sur les termes de référence (TdR) de l'évaluation ainsi que sur la reconstruction de la théorie du changement (TdC). Elles sont déclinées en huit sous-questions dans la matrice d'évaluation.

Trois niveaux d'analyse ont été pris en compte: i) Analyse stratégique (correspond au critère de cohérence); ii) Analyse programmatique (correspond aux progrès vers les résultats espérés et concerne les critères d'efficacité, d'efficience et de durabilité; et iii) Analyse organisationnelle correspond à l'analyse du dispositif organisationnel interne

de l'OMS, le système de gestion basé sur les résultats (*Results-based management* (RBM)) et l'appui technique du Bureau régional et du siège.

L'évaluation adopte l'approche fondée sur les droits humain, la perspective de genre et l'équité en santé comme principes transversaux, et conformément aux directives du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation (UNEG) et de l'OMS.

Les méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives) de collecte de données incluent: i) entretiens semi-structurés (75 personnes dont 53% de femmes); ii) revue documentaire, dont une analyse budgétaire (environ 435 documents); et iii) observations sur le terrain, avec des visites à des structures de santé et acteurs locaux à Sfax, Sousse et El Kef; et iii) élaboration de lignes de temps. Le processus de validation est articulé autour de trois moments clés: i) l'examen de la première version du rapport d'évaluation ii); deux ateliers de présentation, validation des résultats et co-création des recommandations avec le Bureau de Pays (BP) et le Groupe de Référence de l'Évaluation (*Evaluation Reference Group* (ERG)); et iii) la révision finale de la version définitive du rapport. L'évaluation a pris en considération les directives éthiques pour l'évaluation définies par l'UNEG, et les cinq principes d'évaluation de l'OMS.

Constats

Pertinence

Dans quelle mesure les interventions de l'OMS sont-elles adaptées au contexte et à l'évolution des besoins et des droits en matière de santé de la population tunisienne, ainsi qu'aux besoins, politiques et priorités des partenaires et institutions nationaux et régionaux, et continuent-elles à l'être si les circonstances changent?

Les objectifs de l'OMS en Tunisie ont été clairement alignés avec les priorités nationales en santé, les besoins structurels et les besoins émergents. A partir de la biennie 2020-2021, il est constaté une plus grande visibilité des maladies non transmissibles (MNT), des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, de la préparation aux urgences sanitaires et de la génération de données et l'innovation. La pertinence de la contribution de l'OMS est amplement reconnue pour son appui initié en 2012 au processus du Dialogue sociétal qui a abouti au Livre blanc *Pour une meilleure santé en Tunisie: Faisons le chemin ensemble (2)*, en 2014, et à la rédaction de la Politique Nationale de Santé (PNS) à l'horizon 2030 (validée en avril 2021).

L'OMS en Tunisie a eu une très bonne collaboration historique avec le ministère de la Santé (MS) au niveau central, mais elle a été encore timide au niveau des régions, notamment les plus défavorisées. Des partenariats ponctuels, mais stratégiques, ont été initiés avec d'autres acteurs pour aborder la multisectorialité de la santé.

La vision stratégique de pays de l'OMS a été développée autour des discussions avec le MS au niveau central et s'est alignée sur les principales priorités et réformes nationales en matière de santé, mais n'a pas été suffisamment reflétée à travers les documents de programmation des biennies, où la liste des activités programmées n'apparaît pas liée à un document de planification stratégique à moyen terme, avec un mécanisme de gouvernance, un cadre de suivi consistant, une analyse du contexte, une identification des besoins et des défis, et une cartographie d'acteurs. Il est remarqué de même une méthodologie utilisée pour la planification qui ne permet pas aux différentes parties prenantes de comprendre cette vision et de réfléchir à l'articulation entre celle-ci et leurs propres stratégies et objectifs, ainsi que le manque d'un exercice de bilan conjoint. Ceci a amené le BP à réaliser, dans certains moments, des actions dispersées et peu pertinentes.

La contribution de l'OMS à la riposte à la COVID-19 a été très appréciée par sa pertinence et sa coordination étroite avec le MS et ses départements, d'autres agences du système des Nations Unies (SNU) et les organisations de la société civile (OSC). Par la suite, le BP a su saisir l'opportunité de l'intérêt général porté autour de certaines thématiques d'importance de santé publique, qui ont découlé des apprentissages de la crise de la COVID-19, pour intensifier sa contribution dans ce sens (transition vers une approche holistique de système de santé résilient).

Cohérence

Dans quelle mesure les interventions de l'OMS sont-elles cohérentes et présentent-elles des synergies entre elles ainsi qu'avec les interventions menées par d'autres acteurs en Tunisie?

Les interventions du SNU en Tunisie et la vision de l'OMS sont totalement alignées à travers les priorités en santé de l'*United Nations Sustainable Development Cooperation Framework* (UNSDCF) et son intégration transversale de la multisectorialité.

La collaboration de l'OMS est majoritairement appréciée par les autres agences des Nations Unies (NU) en raison de sa recherche des complémentarités. Cependant le BP n'est pas suffisamment visible par rapport à ce que l'organisation représente dans le domaine de la santé. Le Groupe Santé, vient d'être lancé, promu par l'OMS, en tant qu'espace d'échange, de coordination et de recherche de synergies entre acteurs, néanmoins il est encore trop tôt pour qu'il ait fait ses preuves.

La contribution de l'OMS en Tunisie est alignée avec la stratégie régionale d'EMRO (*Eastern Mediterranean Region Office, WHO*), Vision 2030, et globale à travers les actions programmées et développées dans les biennies puisque celles-ci répondent aux cadres de résultats des GPW12 et GPW13. Le BP s'aligne avec les directives de l'organisation en fonction des thématiques de santé traitées.

Dans le contexte global et national, le rôle stratégique de l'OMS apparaît évident à travers les modalités où elle présente de réels atouts comparatifs pour appuyer la génération, la transmission et l'application de la connaissance. Par sa mission, son rôle normatif de référence et d'information des acteurs en santé, est évident. Néanmoins, son avantage comparatif se voit mitigé par une absence de visibilité et une méconnaissance, de la part des principaux acteurs en santé, des priorités de l'OMS en Tunisie et des possibilités de collaboration.

Efficacité

Dans quelle mesure les résultats de la contribution de l'OMS (au niveau des effets) ont-ils été atteints ou sont susceptibles de l'être et quels sont les facteurs qui ont influencé (ou non) leur réalisation?

Le système de planification et de suivi ne favorise pas une vision d'ensemble de la contribution de l'OMS et de l'effet sur le système de santé en Tunisie. Ce suivi ne permet pas de visualiser non plus les ajustements réalisés au cours de l'implémentation. Le RBM utilisé semble plus basé sur une redevabilité interne que sur l'apprentissage pour une prise de décision informée.

L'effort en termes d'exécution budgétaire (budget BASE¹) a été cohérent avec l'exercice de priorisation effectué par le BP pour la période évaluée : priorité donnée à la CSU, à la préparation face aux urgences sanitaires et à

¹ Le « BASE budget » est l'élément le plus important du « Biennium Programme Budget » et le champ d'application est fixé par l'OMS.

l'approche multisectorielle de la prévention. Avec l'avènement de la crise sanitaire de la COVID-19, le BP a réorienté ses efforts vers cette nouvelle priorité (fonds OCR, reçus pour la première fois en Tunisie) qui a représenté 59 % des fonds compromis durant la période évaluée.

Des actions « phares » ont été identifiées au niveau de chacun des quatre Objectifs stratégiques (GPW13). Il s'agit d'actions portant sur des défis nationaux et en réponse à des problématiques émergentes et ayant eu un effet catalyseur, qui touchent les maladies transmissibles et la santé de la reproduction, les MNT avec des thématiques nouvelles comme la santé mentale ou certains facteurs de risque comme le tabac, des actions pour le renforcement des fonctions essentielles du système de santé, l'amélioration de l'approvisionnement en médicaments ou la contribution à la digitalisation des systèmes d'information sanitaire (vaccination). Le leadership et le plaidoyer, notamment pour la multi-sectorielité, et l'implication de la société civile ont caractérisé la période évaluée.

Des sujets comme la gouvernance, le financement, les ressources humaines (RH) en santé ou l'impact du changement climatique sur la santé ont été peu développés, alors qu'ils sont fondamentaux dans la logique de la résilience des systèmes de santé. La violence faite aux femmes et aux enfants, les personnes âgées, la nutrition ou la production d'évidence sur la base du système d'information sanitaire sont quelques thématiques pour lesquelles des actions ont été programmées ou initiées, mais qui ne semblent pas avoir eu de suite.

La performance de l'OMS pendant la COVID-19 en Tunisie montre des contributions décisives pour atténuer l'impact sur le système national de santé, ses professionnels et parmi la population. Le rôle de leader scientifique, la capacité d'interlocution politique et institutionnelle, l'appui aux mécanismes de coordination de la riposte nationale et le support technique sur des questions comme, la chaîne de froid ou la capacité des laboratoires se distinguent particulièrement.

L'évaluation a identifié plusieurs facteurs contextuels qui ont affecté la mise en œuvre des actions: la situation macro-économique, la période de transition politique avec des changements dans les postes du MS, le défi de l'opérationnalisation de la multisectorielité, la bureaucratie dans les procédures publiques, les limitations structurelles du système de santé national face à la COVID-19, et l'avènement de la crise socio-économique provoquée par la pandémie. Cette dernière a affecté directement l'exécution des biennies 2020-2021 et 2022-2023 et a engendré des perturbations comme la défaillance de la chaîne d'approvisionnement mondiale, ou des ruptures de stock.

Les visites techniques du BR et du siège sont en général très appréciées par les contenus, le niveau d'expertise, la motivation qu'elles génèrent et l'opportunité pour mieux comprendre le rôle de l'OMS. Il en est de même pour les possibilités offertes de participation dans des événements régionaux ou internationaux ainsi que de réseautage. Cependant, une perception de confusion dans les rôles joués par les trois niveaux de l'OMS, des visions et des priorités du siège (Headquarters, HQ) et du Bureau régional (BR) versus une vision du BP adaptée au contexte national, et des temps longs de réponse ont créé des incompréhensions en interne, mais également des partenaires nationaux.

Efficiencia

Dans quelle mesure les interventions de l’OMS ont-elles produit, ou sont-elles susceptibles de produire, des résultats de manière efficiente et en temps voulu?

La fragmentation de la planification mise en évidence, presque 400 activités principales au total avec un budget moyen par action très bas, ne contribue pas à l’optimisation des ressources dans une optique de performance.

Le taux d’exécution budgétaire, est bien meilleur pour les catégories OCR et Non-Programme Budget (Non-PB) que pour BASE. L’analyse montre une cohérence entre les fonds dédiées aux ressources humaines et les efforts pour mettre en place les activités.

Face à une augmentation continue du budget planifié de la catégorie BASE durant les trois biennies, les fonds compromis se maintiennent, ce qui pourrait s’expliquer par la concentration des efforts et des priorisations dans la riposte à la COVID-19 (fonds OCR pendant les biennies 2020-2021 et 2022-2023) et par le fait que l’année 2023 n’est pas clôturée au moment de l’évaluation.

Le niveau d’exécution budgétaire dédié au staff (budget BASE) est plus élevé, et plus proche du budget planifié, que celui dédié aux activités. Cependant, en intégrant le budget OCR dans l’analyse, il est constaté que le budget exécuté pour les activités a été multiplié par 5,6 et par 3,3 (biennies 2020-2021 et 2022-2023 respectivement) avec une ligne budgétaire pour le staff restée constante durant la période évaluée.

Bonne compréhension du contexte national, capacité d’écoute, proximité, proactivité, recherche de meilleures alternatives, compromis au-delà de leurs fonctions, sont les principales appréciations transmises par tous les acteurs interviewés à propos du BP.

Face à la COVID-19, le BP a su affirmer son rôle de référent en santé, tout en s’adaptant et appuyant le plan de gestion de la crise géré par le gouvernement. Au niveau organisationnel, la pandémie a amené le BP à établir de nouveaux partenariats, diversifier les bailleurs de fonds et à saisir des opportunités pour réaliser des actions de changement. L’opérationnalisation de l’approvisionnement et le fonctionnement du mécanisme COVAX (COVID-19 vaccination) sont apparus comme des difficultés qui ont empiété l’efficience de la riposte de l’OMS en Tunisie. Le système employé pour la planification et le suivi des biennies entre le BP et le MS ne semble pas un mécanisme conjoint de collaboration stratégique structuré et formalisé car il manque certains éléments propres à une planification stratégique.

Quant au RBM interne à l’OMS, la caractéristique principale est la fragmentation, tant pour la planification que pour le reporting. Sans un document contenant la globalité des actions réalisées et le lien avec le budget, le suivi semble plus axé sur l’exécution budgétaire et sur les livrables que sur la qualité des résultats obtenus.

La dimension réduite de l’équipe du BP face aux nombreux dossiers à traiter et à la lourdeur des procédures, les cycles de planification et de budgétisation courts, et la question de la langue sont apparus comme des facteurs, internes à l’organisation, limitant de l’efficience.

Durabilité

Dans quelle mesure l'OMS a-t-elle contribué à renforcer les capacités et l'appropriation nationales pour répondre aux besoins et aux priorités humanitaires et de développement de la Tunisie en matière de santé?

La plupart des interventions appuyées par l'OMS, ont contribué au renforcement des capacités du système national de santé, et apparaissent avec une bonne perspective de continuité. Elles se situent en accord avec les priorités et chantiers nationaux en cours et avec les problématiques émergentes, même dans un contexte qui a amené à un roulement de responsables au sein du MS et marqué par la pandémie.

Les facteurs qui ont entravé la consolidation, l'appropriation nationale ou la continuité de certaines interventions incluent le manque d'un cadre administratif ou juridique suffisamment développé pour certaines interventions, les limitations des ressources matérielles ou financières (résultant de la crise économique), et la bureaucratie des administrations publiques et de l'OMS. Finalement, la fragmentation des plans d'action conjoints et la faible prévisibilité des fonds a constitué un frein à la programmation d'actions et réformes du système national de santé qui nécessitent d'une continuité de moyen ou long terme.

L'appréciation du renforcement des capacités nationales en vue d'un système de santé résilient et *durable* (3) montre que les résultats obtenus se concentrent principalement sur les domaines de la gouvernance, la prestation de services, la santé des populations et, dans une moindre mesure, les médicaments et technologie et le personnel. Le domaine du financement des systèmes de santé suggère un effort plus limité des contributions de l'OMS, même s'il s'agit d'un des principaux défis du système national de santé.

Principes transversaux: approche droits humains, genre et équité en santé.

Du point de vue stratégique, les approches droits humains, équité en santé et perspective de genre sont intrinsèques à l'OMS et font partie des principes et des orientations de la Politique Nationale de Santé tunisienne. Néanmoins, les biennies ne disposant pas d'indicateurs, l'analyse ne peut être réalisée à ce niveau. Des initiatives dédiées spécifiquement aux populations vulnérables et de travail direct avec les régions plus défavorisées ont été initiés. Cependant, dans un contexte où l'autonomisation socio-économique des femmes reste un défi, l'intégration de la perspective de genre dans les contributions de l'OMS n'apparaît pas évidente ni systématique.

Conclusions

Niveau stratégique

CS1. L'OMS a réussi à renforcer sa position d'agence de référence pour la santé en Tunisie face à un nombre croissant d'acteurs nationaux, en capitalisant sur des décennies de dialogue politique institutionnel exceptionnel avec le MS, son expertise technique, sa capacité de mobilisation dans le processus du Dialogue sociétal, et une réponse rapide et raisonnablement efficace à la COVID-19.

CS2. L'OMS, à travers des actions alignées avec les priorités et les besoins nationaux et cohérentes avec le SNU, a su développer des partenariats stratégiques pour renforcer la concrétion de l'approche multisectorielle de la santé. Cependant, l'absence de document stratégique de Tunisie et le manque de ressources humaines au sein du BP, n'ont pas favorisé sa visibilité ni la compréhension de ses priorités vis-à-vis des principaux acteurs internationaux et partenaires.

Niveau programmatique

CP1. Le BP est reconnu pour sa bonne collaboration, tantôt au niveau stratégique qu'opérationnel, avec les partenaires nationaux et notamment le MS. Cependant le fractionnement qui résulte du dispositif de planification et de mise en œuvre des biennies ne va pas dans le sens de l'efficacité ni de l'efficience, et ne favorise pas la lisibilité stratégique.

CP2. La période évaluée s'est caractérisée par la dynamisation de thématiques d'importance en santé publique pour la Tunisie, tels que les MNT, l'encouragement au traitement multisectoriel des facteurs de risque, la santé mentale ou l'amélioration de l'approvisionnement en médicaments. Le plaidoyer et l'implication communautaire ont été déterminants dans cette dynamique et ont abouti sur des changements durables comme en matière de lutte contre le tabagisme. Concernant la contribution à la couverture sanitaire universelle (CSU), des actions significatives ont été initiées mais il s'agit de chantiers en cours, fortement dépendants de facteurs contextuels et de l'établissement de partenariats stratégiques à moyen terme. En outre, les actions de l'OMS n'ont pas abordé suffisamment les aspects structurants nécessaires pour améliorer les fonctions essentielles de la santé publique et contribuer à la mise à niveau des *building blocks* du système de santé.

CP3. La réponse de l'OMS pour soutenir la riposte nationale à la pandémie a été opportune pour activer rapidement les mécanismes nationaux de réponse et de gestion, et décisive pour fournir des informations scientifiques, coordonner les efforts et renforcer certaines capacités du système national de santé. Une grande partie de l'aide d'urgence a été transformée après la pandémie en renforcement des services de santé réguliers et des capacités pour répondre aux crises futures. D'autre part, l'inefficacité du soutien à la réponse nationale a principalement touché la construction et la mise en fonctionnement des services hospitaliers et équipements biomédicaux, ainsi que le déploiement à temps de la stratégie nationale de vaccination.

Niveau organisationnel

CO1. L'engagement professionnel et personnel de l'équipe du BP a été un facteur crucial pour permettre à un bureau de taille modeste de fournir un soutien technique consistant et de gérer raisonnablement un grand nombre de projets. L'équipe a démontré une grande efficacité et réactivité durant la riposte à la COVID-19 en assumant de nouveaux rôles et gérant un budget cinq fois supérieur. Néanmoins, la surcharge de travail a généré des risques techniques ou de réputation face à des demandes des partenaires qui n'ont pas pu être adressées. Le processus de renforcement du BP en cours est une étape décisive pour atténuer la surcharge des postes avec plusieurs fonctions et multiples dossiers, pour aligner l'équipe avec la planification stratégique à venir et pour renforcer le leadership de l'OMS dans le secteur.

CO2. Le système RBM utilisé par le BP ne permet pas d'apporter à l'OMS une vision complète de sa contribution en Tunisie durant les biennies. La fragmentation, l'absence de visibilité des modifications apportées durant la mise en œuvre et d'indicateurs de résultats, ou le changement de formats de rapports sollicités, sont des aspects saillants qui ne facilitent pas le travail d'analyse de l'équipe du BP alors que le système a été très consommateur de temps.

CO3. La valeur ajoutée du BR et du HQ a été évidente par rapport à son apport en termes d'expertise, d'outils pouvant être adaptés au contexte national, et de possibilités de réseautage à l'échelle internationale, mais elle a été atténuée par le manque de clarté dans les rôles joués par chacun des trois niveaux de l'OMS, la lourdeur des procédures administratives et des « déphasages » de EMRO et du siège vis-à-vis du contexte tunisien.

Recommandations principales

Niveau stratégique

RS1. Dans le cadre des compromis internationaux (Agenda 2030, GPW13, GPW14) et des défis nationaux en santé, le positionnement de l'OMS et son partenariat stratégique avec le MS se reflète dans une CCS élaborée de manière participative et multisectorielle.

RS2. L'OMS dispose d'une diversification de son portfolio de partenaires, ce qui renforce (i) la multisectorialité de la santé, (ii) la collaboration avec les agences et partenaires techniques et financiers, (iii) le travail direct avec les régions ou zones géographiques présentant plus d'iniquités et (iv) l'adoption d'approches et d'actions plus

ambitieuses visant la réduction des vulnérabilités et des barrières d'accès à la santé de certains groupes de population.

RS3. L'OMS renforce sa participation et visibilité dans les forums clés du *United Nations Country Team* (UNCT) et consolider son rôle de référence stratégique et technique vis-à-vis de tous les acteurs internationaux intervenant dans la santé en Tunisie.

Niveau programmatique

RP1. Le portefeuille d'actions / projets de l'OMS en Tunisie montre une concentration autour de domaines/thématiques prioritaires pour avancer dans la CSU et un système de santé résilient.

RP2. Les nouvelles technologies, outils et systèmes mis en place durant la réponse d'urgence à la pandémie sont pleinement opérationnels au sein des services réguliers ou des programmes de santé.

RP3. La planification biannuelle est le résultat d'un travail collaboratif multi-acteurs et multi-secteur porté par le MS et le BP.

Niveau organisationnel

RO1. Le BP dispose d'une équipe renforcée afin de mieux développer la communication et la gestion des partenariats et pour alléger la charge de travail administratif.

RO2. Les rôles à jouer et les contributions du siège et du BR pour appuyer les interventions du BP et du MS sont définies et intégrées dans la nouvelle CCS.

Introduction

1.1. Antécédents et contexte national

Antécédents

1. Les évaluations de la contribution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) au niveau des pays sont incluses dans les plans de travail biennaux d'évaluation à l'échelle de l'Organisation, approuvés par le Conseil exécutif au début de chaque exercice biennal. Ces évaluations se concentrent sur les effets/résultats obtenus au niveau des pays en utilisant les apports des trois niveaux de l'Organisation. Elles évaluent également les contributions de l'OMS par rapport aux besoins de santé publique du pays et aux objectifs formulés dans les programmes généraux de travail de l'OMS et les principaux instruments stratégiques au niveau des pays, notamment les stratégies de coopération avec les pays (CCS), les plans de travail biennaux des bureaux de pays de l'OMS et les stratégies nationales de santé.

Contexte politique et socio-économique

2. La Tunisie, qui compte avec presque 12 millions d'habitants début 2023, a vu son Indice de Développement Humain (IDH) progresser entre 1990 et 2019, passant de 0,567 à 0,740 (soit une hausse de 30,5%) ce qui place le pays dans la catégorie « développement humain élevé » et au 95^{ème} rang parmi 189 pays et territoires. Néanmoins, en 2022 il a accusé un léger recul (0,731) qui serait dû aux effets de la pandémie de COVID-19 ainsi qu'à la situation de transition politique et de difficulté économique aggravée par la conjoncture nationale internationale (dont guerre en Ukraine, conflits transfrontaliers). Un rapport du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) a constaté que l'écart entre les hommes et les femmes de 0,078 point, est attribué aux inégalités en matière d'autonomisation et d'accès à l'emploi (4).
3. Depuis la Révolution du 14 janvier 2011, la Tunisie a connu des avancées notables sur le plan politique avec l'adoption de la Constitution de la Deuxième République en 2014², la tenue régulière d'élections municipales, parlementaires et présidentielles, et l'amélioration de la situation des droits de la personne et la promotion de la participation politique, et de la gouvernance. Cependant, malgré les progrès réalisés, le pays reste aujourd'hui confronté à de nombreux défis, dont la lenteur du redressement économique due à la persistance de problèmes structurels et à une économie fortement dépendante des sources extérieures. Les partis politiques restent polarisés, rendant ainsi difficile l'adoption de réformes structurelles et d'un budget national solide. La détérioration de la qualité des services de base, la corruption, l'inégalité croissante entre les communautés côtières et celles de l'intérieur, l'augmentation du nombre de jeunes chômeurs et les troubles sociaux ont entraîné une baisse de la participation électorale, des manifestations de masse et un désenchantement à l'égard de l'élite politique.
4. La Tunisie est un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure³ avec une économie nationale qui s'est régulièrement contractée avec une baisse du PIB de 1,7 % entre 2011 et 2019, augmentant les niveaux de chômage et une "fuite des cerveaux" de la population jeune et éduquée tunisienne. De nombreux jeunes Tunisiens ont tenté ou espèrent migrer vers l'Europe, souvent en empruntant la très dangereuse route maritime vers l'Italie.

² République Tunisienne. Constitution. Journal Officiel de la République Tunisienne - 20 avril 2015.

³ Rapport de la Banque Mondiale, exercice 2020-2021.

5. Selon les données de l'Institut National de la Statistique, le taux d'inflation élevé (9 %) affecte gravement le pouvoir d'achat des classes pauvres et moyennes, ce qui accroît encore plus les inégalités et empêche la cohésion sociale. Le niveau de chômage est constamment élevé et touche, de manière disproportionnée les jeunes et les femmes avec des disparités régionales notables. Les taux de pauvreté les plus élevés (supérieur à 33%) sont concentrés dans les zones rurales, en particulier dans le nord-ouest et du sud-ouest du pays. En juin 2023, un rapport de la Banque mondiale a constaté que l'emploi informel en Tunisie a atteint 43,9% (49,5% de la main-d'œuvre masculine et 32% de la main-d'œuvre féminine); il est supérieur à la plupart des autres pays de la région MENA, hormis ceux de l'Égypte et du Maroc qui sont plus élevés (5).
6. En outre, les conflits régionaux et les tensions accrues à la frontière avec la Libye⁴ et les pays poreux du Sahel ont entraîné un afflux constant de migrants et de réfugiés, et ont contribué à l'instabilité sociale et politique. L'impact de la crise de la COVID-19 en 2020 et, plus récemment, la guerre en Ukraine, ont encore exacerbé la situation.
7. En 2021, le président élu a suspendu le Parlement et, après un référendum, un nouveau système présidentiel bicaméral a été introduit pour apporter des réformes. La Tunisie est désormais entrée dans une nouvelle phase politique.
8. Le projet de loi de finances au titre de l'exercice 2024 permettra au gouvernement tunisien de fixer les orientations et les grandes priorités du programme gouvernemental, pour faire face aux répercussions conjoncturelles actuelles et renforcer la soutenabilité des finances publiques. Dans ce sens, le Plan de Développement de la Tunisie pour 2023-2025, présenté par le Gouvernement en janvier 2023, privilégie un nouveau modèle de développement pour rétablir les équilibres économiques et combattre la montée de la pauvreté, qui touche 20% de la population tunisienne⁵. Ce plan mise fortement sur les investissements du secteur privé, sur la reprise de la production des phosphates et sur une agriculture plus « verte »⁶. Les statistiques récentes de la Banque Centrale de Tunisie⁷ montrent quelques indicateurs positifs concernant la capacité de rembourser la dette extérieure et la progression des recettes fiscales mais les agences de notation financière continuent à refléter l'incertitude accrue quant à la capacité du gouvernement à répondre à ses importants besoins de financement budgétaire⁸.
9. Le gouvernement Tunisien a également adopté officiellement les Objectifs du Développement Durable (ODD) fixés par l'Assemblée Générale des Nations-Unies en septembre 2015, notamment le troisième objectif (Cible 3.8), qui consiste à "faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et des vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable"⁹. Dans ce cadre, et en tant que membre de l'Organisation des Nations Unies depuis 1956, le Gouvernement Tunisien est engagé à mettre les ressources du pays au service d'un développement socioéconomique inclusif, durable, résilient et générateur d'emplois adaptés, particulièrement pour les plus vulnérables, à œuvrer pour la réduction des inégalités et à améliorer la résilience du pays face aux crises et aux risques climatiques¹⁰.

⁴Depuis le conflit Libyen de 2011, la Tunisie est confrontée à un afflux massif de populations déplacées, estimé en 2018 par l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) à près de 75 000 personnes.

⁵ Ministère de l'Économie et de la Planification, présentation du Plan de Développement de la Tunisie pour 2023–2025 le 3 janvier 2023.

⁶ Plan de Développement de la Tunisie pour 2023 – 2025 – Janvier 2023.

⁷ BCT : La Tunisie est parvenue à rembourser près de 74% de ses dettes extérieures : <https://lapresse.tn/167833/bct-la-tunisie-est-parvenue-a-rembourser-pres-de-74-de-ses-dettes-exterieures/>.

⁸ Fitch Affirms Tunisia at 'CCC-': <https://www.fitchratings.com/research/sovereigns/fitch-affirms-tunisia-at-ccc-08-12-2023>.

⁹ Objectif 3 des Objectifs de Développement Durable : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

¹⁰ Nations Unies Tunisie – Site web – 2023.

Système de santé et situation sanitaire

10. Après les événements de 2011, le droit à la santé pour tous a été consacré dans la nouvelle constitution adoptée par l'Assemblée nationale constituante^{11 12} en janvier 2014, fondée essentiellement sur l'inclusion, l'égalité, la transparence et la non-discrimination. Une nouvelle constitution, qui a été promulguée le 16 août 2022 par référendum constitutionnel, consacre, dans son article 43¹³, les mêmes droits.
11. Bien que les dépenses totales du secteur de la santé en Tunisie soient en progression (6,97% du PIB en 2021, US\$ 3.807 per capita, (6) trop de dépenses sont encore supportées directement par les ménages. En effet, 17% de la population tunisienne reste sans couverture sanitaire¹⁴, les dépenses directes des ménages tunisiens en 2019 sont de 38% des dépenses totales pour la santé (7) (versus 39,8% en 2015) dont la quasi-totalité (91%) est dédiée aux services de soins de santé du secteur privé, notamment pour l'achat des médicaments et des produits de santé (8). L'importance des dépenses catastrophiques pour la santé met en grande difficulté l'accès universel à des soins de santé de qualité et engendre souvent, soit un renoncement aux soins – parmi les populations les plus pauvres, soit le basculement dans la pauvreté. Cette situation a été aggravée par la pandémie de COVID-19 en 2020, dont les conséquences continuent de peser sur un système de protection sociale fragilisé (9).
12. Le système national de santé tunisien est structuré autour de 3 secteurs. Le secteur public¹⁵ qui est le principal fournisseur des soins, surtout pour les prestations de première ligne, la médecine préventive et les soins hospitaliers, le secteur parapublic et le secteur privé. Bien que 80% des Tunisiens dépendent du système de santé public, celui-ci n'emploie que la moitié de tous les médecins et ne dispose que de 28% de tous les équipements médicaux de diagnostic avancés¹⁶, qui sont distribués de façon très inégale entre les régions (régions côtières versus intérieures) et entre l'urbain et le rural. Il assure les deux tiers des consultations et 90% des hospitalisations mais le paquet de services offert reste limité en raison du rationnement et des pénuries liées aux contraintes budgétaires¹⁷.
13. Au cours des dernières décennies, la Tunisie a enregistré des progrès indéniables dans l'amélioration de l'état de santé de la population (espérance de vie à la naissance de 77 ans en 2019 versus 74,1 ans en 2000, avec 74,88 ans pour les hommes et 79,19 ans pour les femmes) (10), devançant souvent les autres pays à revenu intermédiaire inférieur de la région du Moyen Orient et Afrique du Nord (*Middle East and North Africa*, MENA), notamment le Maroc, la Libye ou l'Égypte.

¹¹ Constitution du 27 janvier 2014 - République de Tunisie - Portail de la législation tunisienne - Version Française -.

¹² Article 38 de 2014 - « *Tout être humain a droit à la santé. L'État garantit la prévention et les soins de santé à tout citoyen et assure les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé. L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes. Il garantit le droit à une couverture sociale conformément à ce qui est prévu par la loi* ».

¹³ Article 43 de 2022– « *Tout être humain a droit à la santé. L'État garantit la prévention et les soins de santé à tout citoyen et fournit les ressources nécessaires afin d'assurer la sécurité et la qualité des services de santé. L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes. Il garantit le droit à la couverture sociale, dans les conditions fixées par la loi* ».

¹⁴ La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) fait face à une crise de trésorerie qui a un impact sur la qualité des services de santé et sur l'accès aux médicaments et aux produits de base, notamment pour les populations les plus démunies et/ou vulnérables (jeunes, migrants, femmes en général et femmes victimes de violence), ce qui a eu de lourdes conséquences sur le fonctionnement du secteur public et a réduit son attractivité comparativement au secteur privé.

¹⁵ Le système public de santé est organisé en 3 niveaux : Le niveau 1 constitué des centres de soins de santé de base, les hôpitaux de circonscription et les maternités périphériques, le niveau 2 composé des hôpitaux régionaux qui assurent les prestations de médecine générale, la chirurgie générale, l'obstétrique, la pédiatrie, l'ORL et l'ophtalmologie et le niveau 3 représenté par les centres hospitalo-universitaires qui fournissent des soins spécialisés.

¹⁶ Portail National de la Santé en Tunisie – Carte sanitaire.

¹⁷ Analyse budgétaire : santé, période 2010-2021. Ministère des Finances, République Tunisienne.

14. Grâce à une large couverture vaccinale contre les maladies infectieuses, notamment la rougeole, le tétanos et la poliomyélite, le taux de mortalité infantile a diminué de 56% depuis les années 2000 pour atteindre 14 pour 1000 NV en 2020 (10 pour 1000 NV en Libye et 18 pour 1000 NV au Maroc).¹⁸.
15. Malgré la généralisation des consultations prénatales et de l'accouchement assisté par du personnel qualifié, des inégalités régionales restent encore importantes. A titre d'exemples, la mortalité maternelle (37/100 000 naissances vivantes, 2020) ¹⁹ peut varier parfois du simple au double selon les régions^{20 21}. Les indicateurs de planification familiale en revanche ont accusé une baisse assez marquée entre 2014 et 2018, avec notamment (i) le fléchissement du taux de prévalence contraceptive de 12% (passant de 62.5% à 50.7%) à l'échelle nationale et de 15,2% pour la région du centre ouest et (ii) l'augmentation des besoins non satisfaits en matière de planification familiale qui est passée de 9 % à quasiment 20% sur la même période²².
16. La prévention et la promotion de la santé qui sont des composantes cruciales, sont marginales dans le secteur public, devenu très hôpital-centré et orienté vers les soins curatifs ; elles sont absentes du paquet de services offerts par le secteur privé, et ne bénéficient pas du soutien de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Il en résulte une augmentation considérable du fardeau des maladies non transmissibles (MNT) et cette tendance ira de pair avec l'évolution de la population tunisienne pour les prochaines années. En effet, les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) estiment que la baisse de la proportion de la population âgée entre 15 et 60 ans se poursuivra pour atteindre 57% en 2044 et que la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus, poursuivra sa progression pour atteindre 24,2% en 2044²³.
17. Ainsi, pays en pleine transition démographique et épidémiologique, la Tunisie connaît une régression des maladies transmissibles, carencielles, maternelles et périnatales et une augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles. A l'instar des autres pays de la région, les maladies non transmissibles sont en nette progression et représentent 82% de la mortalité, 60% de la morbidité et deux tiers des dépenses totales de santé. Plus de 26% de la population au-delà de 18 ans est obèse (35% de femmes et 18% d'hommes) et la prévalence du tabagisme est de 25% (2,6% de femmes et 48,3% d'hommes)²⁴. On observe également une prévalence importante de l'hypertension artérielle (34,7%, 2019), le surpoids (61.6% en 2016), l'obésité (26,9% en 2016) et le diabète (12.5% en 2014)²⁵. Les maladies cardiovasculaires représentent la 1^{ère} cause de décès et la probabilité de décéder entre l'âge de 30 ans et l'âge exact de 70 ans d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer, d'un diabète ou d'une maladie respiratoire chronique et de 16% (2019). (11).
18. Selon les résultats de l'enquête nationale « *Tunisian Health Examination Survey* » (THES) réalisée en 2016²⁶ par l'Institut National de la Santé avec l'appui du MS et l'OMS, la prévalence de l'incapacité physique et/ou mentale était de 2,8% chez la population tunisienne, plus élevée dans le district de Tunis (3,3%) et chez les individus appartenant à la classe la plus défavorisée (4,0%). La fréquence des idées suicidaires chez la population ayant des troubles dépressifs était de 10,1% (9,1% chez les hommes et 10,6% chez les femmes) parmi lesquels 3,8% ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours des douze derniers mois précédant l'enquête.

¹⁸ Observatoire de la Santé de la Méditerranée orientale – OMS/EMRO.

¹⁹ World health statistics 2023 – Monitoring health for the SDGs. WHO 2023.

²⁰ Stratégie Nationale de la Santé Maternelle 2020-2024. Ministère de la santé, République Tunisienne.

²¹ 27,9/100.000 NV pour la région Nord-Est et 67/100.000 NV pour la région Nord-Ouest, INSP 2008, carte sanitaire 2011 DPM, MS (données désagrégées plus récentes).

²² Office National de la Famille et de la Population, Ministère de la Santé, mise à jour le 22/11/2022.

²³ Institut National de la Statistique – Mise à jour novembre 2022.

²⁴ OMS Tunisie – Aperçu de la Stratégie de Coopération – Source de données : Observatoire Mondial de la santé, 2017.

²⁵ WHO – Regional Office for the Eastern Mediterranean- Health System Country Profile – 2018

²⁶ La santé des Tunisiens - Résultats de l'enquête « *Tunisian Health Examination Survey-2016* » - Institut National de la Santé - Ministère de la Santé Tunisie – Rapport final – Février 2019.

19. Dans les causes de décès et d'invalidité, les accidents de la voie publique en Tunisie sont responsables de 16,5 décès/100 000 habitants en 2019 (17 au Maroc et 20,9 en Algérie) avec une baisse par rapport à 2016 (23 décès/100 000 habitants), les hommes étant nettement plus touchés que les femmes. Ils représentent la septième cause de mortalité (quatrième pour les hommes, alors que pour les femmes cette cause n'est pas dans les dix causes premières)^{27 28} et la quatrième cause de décès et d'infirmité (6).
20. Dès 2010, la Tunisie a adopté plusieurs textes de loi pour conforter les acquis des personnes handicapées et cet engagement a été renouvelé dans la nouvelle Constitution du 25 juillet 2022 qui fait désormais « obligation à l'État de protéger les personnes handicapées contre toute discrimination et de prendre des mesures qui garantissent leur pleine intégration dans la société ». L'approche tunisienne pour la promotion des droits des personnes handicapées s'appuie sur la prévention, les soins et l'inclusion. En examinant, en mars 2023 le rapport initial sur les mesures prises par la Tunisie en vertu des dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, les membres du Comité aux NU²⁹ ont soulevé le décalage entre les législations et leur mise en œuvre et ont recommandé le pays de se doter d'un mécanisme plus efficace pour garantir que les lois adoptées soient effectivement mises en œuvre et les engagements de l'État respectés.
21. Quant aux personnes en situation de migration, l'accès aux soins de santé est garanti pour tous les réfugiés et demandeurs d'asile dans les centres de santé publique et les hôpitaux publics aux mêmes taux que les Tunisiens non assurés³⁰. Les migrants en situation administrative régulière bénéficient gratuitement des soins d'urgence, des services de santé sexuelle et de la reproduction et de la vaccination. L'accès aux services de santé et au soin est difficile dans 67% des cas : le manque d'information est le premier obstacle, suivi de la crainte d'être arrêté, emprisonné et refoulé ressenti par les personnes en situation administrative irrégulière^{31 32}.
22. La Tunisie a enregistré, selon les données de l'OMS, le plus lourd bilan en méditerranée orientale et en Afrique avec plus de 20 000 morts en 2021 par la crise sanitaire de la COVID-19. Elle a mis à dure épreuve le système de santé et a fortement impacté toutes les populations³³.
23. La Politique Nationale de la Santé à l'horizon 2030 a été développée durant la deuxième phase du dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de la santé (2017-2019), à la suite d'un processus participatif et inclusif dont l'objectif est de réformer le système de santé vers la Couverture Santé Universelle (CSU) (11). La PNS a été adoptée officiellement par le gouvernement tunisien, la société civile et les organismes professionnels le 7 avril 2021 à la suite de la signature de la Charte nationale pour la réforme du système de la santé. Elle se base sur cinq choix stratégiques : (i) la santé familiale et de proximité pivot du système de la santé; (ii) un paquet de services essentiels pour tous (iii) un régime de base unifié pour tous; (iv) un secteur public d'excellence ayant les moyens pour assurer ses missions de formation, de recherche et d'innovation; et (v) la protection de la santé des citoyens. Trois clés de réussite appuient la concrétisation de ces choix à savoir : (a) une régulation basée sur les dimensions de la CSU ; (b) le citoyen acteur et partenaire pour la santé; et (c) la transparence et la lutte contre la corruption. Les statistiques sur la population et la santé sont montrées ci-dessous (voir Tableau 1).

²⁷ Estimations de la santé mondiale 2020 : Décès par cause, âge, sexe, par pays et par région, 2000-2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2020.

²⁸ Les hommes âgés de 10 et 24 ans étant les plus touchés avec 23,6 décès en 2019 (28,9 au Maroc et 28,1 en Algérie) contre 9,6 pour les femmes (5,2 au Maroc et 13,6 en Algérie).

²⁹ Examen le rapport initial sur les mesures prises par la Tunisie en vertu des dispositions de la Convention des droits des personnes handicapées par les membres du Comité des droits des personnes handicapées aux Nations Unies – Mars 2023

³⁰ ONU, Common Country Analysis Tunisia, 2020.

³¹ OIM Côte d'Ivoire, Étude Migration de retour, 2020.

³² Le franchissement irrégulier des frontières est pénalisé. De plus, le décret gouvernemental n° 2017-1061 fixe la pénalité de retard en cas d'illégalité sur le territoire tunisien à 20 dinars pour chaque période de 1 à 7 jours avec un seuil maximum de 3000 dinars.

³³ Voir annexe Aperçu de l'impact de la pandémie de Covid-19 en Tunisie, riposte gouvernementale et de l'OMS.

Tableau 1. Principales données de population et indicateurs de santé en Tunisie³⁴ (2019)

Statistiques sur la population et la santé	
Population (2023) ³⁵	12.5 millions
Proportion de la population 0-14 ans	3,125 millions
Proportion de la population âgée de 10 à 19 ans	1,875 millions
Proportion de la population âgée de plus de 65 ans	1,125 millions
Espérance de vie à la naissance (2019) ³⁶	74,9 (hommes); 79,2 (femmes)
Indicateurs socio-économiques ³⁷	
Indice d'inégalité de genre (IIG)	0,259 (65/152)
Classement selon l'indice de développement humain (IDH)	0,731 (95/189)
Indicateurs de santé ³⁸	
Taux de mortalité néonatale (2021)	12/1000 naissances vivantes
Taux de mortalité des moins de cinq ans (2021)	16/1000 naissances vivantes
Taux de mortalité maternelle (2020)	37/100 000 naissances vivantes
Couverture des soins prénatals (4+ visites)	84,1%
Indicateurs du système de santé ³⁹	
Densité de médecins (2013-2021, données primaires)	12,6/10 000 population
Densité d'infirmières et de sages-femmes (2013-2021, données primaires)	24,3/10 000 population
Naissances assistées par du personnel qualifié (2013-2022, données primaires)	100%
Vaccination contre la rougeole (MCV2) couverte par l'âge recommandé au niveau national (%) (2021)	98%
Indicateurs de financement de la santé ⁴⁰	
Dépenses courantes de santé par habitant (CHE) (US\$) (2021)	265,5
Dépenses de santé des administrations publiques en % des dépenses publiques totales (2021)	12,4
Dépenses de santé à la charge des patients en % des dépenses de santé courantes (CHE) (2021)	33,74

1.2. Objet de l'évaluation: actions de l'OMS en Tunisie, 2019-2023

24. Les actions de l'OMS en Tunisie durant la période évaluée se trouvent organisées à travers les planifications biennales, mais ne sont pas encadrées par une stratégie de pays (CCS), même si des documents provisoires

³⁴ WHO EMRO. *Monitoring Health Systems Performance in the Eastern Mediterranean Region. Core indicators and indicators on the health-related Sustainable Development Goals* at: <https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMHST247E-eng.pdf?ua=1>; and *Global Health Observatory Data Repository* at: https://apps.who.int/gho/data/node.main.SKILLEDBIRTHATTENDANTS?lang=en_and <https://data.who.int/countries/368>

³⁵ World Population Dashboard. <https://www.unfpa.org/data/world-population/TN>: extrait le 25/06/2023.

³⁶ The Global Health Observatory, <https://data.who.int/countries/788>: extrait le 11/12/2023.

³⁷ UN Women Country snapshots, <https://data.unwomen.org/arab-states/country/tunisia>: extrait le 11/12/23.

³⁸ World health statistics 2023 – Monitoring health for the SDGs. WHO 2023.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ The Global Health Observatory, <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/>: extrait le 11/12/23.

ont été préparés à plusieurs reprises, dont le dernier date de mi-2016 et était prévu pour la période 2016-2020.

25. Les trois biennies qui font l'objet de l'évaluation se trouvent à cheval entre deux Programmes Généraux de Travail (*General Programme of Work*, GPW), - le GPW12 pour 2014-2019 et le GPW13 pour la période 2019-2023, prolongé jusqu'en 2025. Ainsi les activités et les résultats du programme biennal 2018-2019 répondent à un cadre de résultats différent de celui utilisé pour les biennies de 2020-2021 et 2022-2023 (voir Tableau 3).
26. A travers les planifications biennales, l'OMS en Tunisie a travaillé⁴¹ pour:
 - (1) Améliorer l'accès à des services de santé essentiels de qualité, réduire le nombre de personnes confrontées à des difficultés financières, améliorer l'accès aux médicaments, vaccins, produits de diagnostic et dispositifs essentiels pour les soins de santé primaire (réforme du système de santé);
 - (2) Contribuer à une meilleure préparation, détection et prise en charge face aux situations d'urgence sanitaire et contribuer à une meilleure prévention des épidémies et des pandémies (protection face aux situations d'urgence); et
 - (3) Agir sur les déterminants de la santé, la réduction des facteurs de risque moyennant une action multisectorielle, une action engagée pour promouvoir des environnements sains et l'approche de la santé dans toutes les politiques (amélioration de la santé et du bien-être de la population).
27. Le renforcement des capacités de la Tunisie en matière de données et d'innovation, ainsi qu'au niveau de l'OMS, le renforcement du leadership, de la gouvernance et de la promotion de la santé et la gestion axée sur les résultats et transparente sont des fonctions contribuant à l'atteinte des résultats. Ce travail a pu être réalisé à travers le renforcement des capacités et la formation, les assistances techniques, l'approvisionnement en équipements et fongibles, la génération de données et les études.
28. La contribution de l'OMS en Tunisie a adapté ses actions aux situations émergentes dont la pandémie de la COVID-19⁴², avec une riposte pendant la crise et des actions postérieures (biennies 2020-2021 et 2022-2023).
29. La révision de ces plans de travail biennaux montre qu'un total de 387 activités (*top task*) a été planifié pour une moyenne de trente outputs par biennie (voir Tableau 2).

Tableau 2. Synthèse des outputs et des activités programmées par biennie.

	2018-2019	2020-2021	2022-2023	TOTAL
Produits	33	25	31	
Activités principales (Top tasks)	286	38	63	387

Source: Workplans 2018-2019, 2020-2021 et 2022-2023 et Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023.xlsx

⁴¹ Voir annexe – Théorie du changement reconstruite

⁴² Aussi polio dans la frontière avec l'Algérie, l'Ébola, la rougeole, ou les risques de santé liés aux flux migratoires

Tableau 3. Cadres de résultats des biennies 2018-2019 (GPW12) et des biennies 2020-2021 et 2022-2023 (GPW13).

PB 2018-2019	PB 2020-2021 et 2022-2023
CAT.1. MALADIES TRANSMISSIBLES 1.1. VIH et hépatites. 1.2. Tuberculose. 1.4. Maladies tropicales négligées. 1.5. Maladies à prévention vaccinale. 1.6. Résistance aux antimicrobiens. CAT.2. MALADIES NON TRANSMISSIBLES 2.1. Maladies non transmissibles. 2.2. Santé mentale et toxicomanie. 2.3. Violence et accidents. 2.5. Nutrition. CAT.3. SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE 3.1. Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente 3.2. Vieillesse et santé 3.5. Santé et environnement. CAT.4. SYSTÈMES DE SANTÉ 4.1. Politiques, stratégies et plans de santé nationaux. 4.2. Services de santé intégrés et centrés sur la personne. 4.3. Accès aux médicaments et aux autres technologies de la santé et renforcement de la capacité réglementaire. 4.4. Systèmes de santé, information et données probantes. CAT.6. SERVICES INSTITUTIONNELS / FONCTIONS D'APPUI 6.1. Leadership et gouvernance. 6.4. Gestion et administration. E. PROGRAMME URGENCES SANITAIRES E.1. Gestion des risques infectieux. E.2. Préparation aux urgences sanitaires dans les pays et règlement sanitaire international (2005).	OS1. CSU Résultat 1.1. Amélioration de l'accès à des services de santé essentiels de qualité. Résultat 1.2. Réduction du nombre de personnes confrontées à des difficultés financières. Résultat 1.3. Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, produits de diagnostic et dispositifs essentiels pour les soins de santé primaires. OS2. URGENCES Résultat 2.1. Préparation des pays aux situations d'urgence sanitaire. Résultat 2.2. Prévention des épidémies et des pandémies. Résultat 2.3. Détection et prise en charge rapides des situations d'urgence sanitaire. OS3. MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE Résultat 3.1. Prise de mesures en vue d'agir sur les déterminants de la santé. Résultat 3.2. Réduction des facteurs de risque moyennant une action multisectorielle. Résultat 3.3. Action engagée pour promouvoir des environnements sains et l'approche de la santé dans toutes les politiques. OC. MEILLEUR SOUTIEN DE L'OMS POUR LA TUNISIE Résultat 4.1. Renforcement des capacités des pays en matière de données et d'innovation. Résultat 4.2. Renforcement du leadership, de la gouvernance et de la promotion de la santé. Résultat 4.3. Gestion efficiente, efficace, axée sur les résultats et transparente des ressources financières, humaines et administratives.

30. En termes budgétaires la contribution, - programmations biennales, fonds d'urgences (OCR),⁴³ et hors biennie (Non-PB)⁴⁴ - représente un total de US\$ 28 782 261 planifiés et de US\$ 22 783 263 exécutés à la date du 20 octobre 2023 (année en cours). Le fond d'urgence (OCR), utilisé essentiellement pour la réponse à la crise COVID-19, constitue le 59% du budget total exécuté durant toute la période évaluée (voir Tableau 4).

⁴³ *Outbreak and Crisis Response* : il s'agit des fonds OMS de réponse aux urgences qui sont mobilisés spécifiquement dans des situations des crises de santé publique.

⁴⁴ Budget Non-PB: correspond pendant la période évaluée à des fonds du projet financé par la Convention-cadre de l'OMS pour la Lutte antitabac, FCTC des sigles en anglais.

Tableau 4. Synthèse des fonds planifiés, obtenus et exécutés par bienné et total.

	2018-2019			2020-2021			2022-2023			TOTAL PÉRIODE		
	Coûts prévus	Fonds reçus	Utilisation	Coûts prévus	Fonds reçus	Utilisation	Coûts prévus	Fonds reçus	Utilisation	Coûts prévus	Fonds reçus	Utilisation
Segment BASE	4,135,250	3,280,624	3,180,114	4,517,389	3,302,766	2,857,684	5,835,677	5,181,715	3,085,770	14,488,316	11,765,105	9,123,568
Segment OCR				9,718,534	9,615,450	9,226,732	4,339,411	4,339,411	4,244,987	14,057,945	13,954,861	13,471,719
Segment Non-PB				100,000	60,000	59,991	136,000	136,000	127,985	236,000	196,000	187,976
TOTAL (\$)	4,135,250	3,280,624	3,180,114	14,335,923	12,978,216	12,144,407	10,311,088	9,657,126	7,458,743	28,782,261	25,915,966	22,783,263

Source: Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023.xlsx (OMS).

1.3. Caractéristiques de l'évaluation: but, objectif et portée

31. Le but de l'évaluation de la contribution de l'OMS en Tunisie est de:
 - (i) Renforcer la redevabilité sur les résultats; et
 - (ii) Renforcer l'apprentissage organisationnel pour des processus décisionnels éclairés, en particulier pour la conception de nouvelles stratégies et de nouveaux programmes dans le pays.
32. Cette évaluation s'appuie sur une analyse des documents et des données existants, complétée par les points de vue des principales parties prenantes, pour:
 - a) Évaluer les réalisations par rapport aux objectifs formulés dans les stratégies nationales et aux résultats escomptés correspondants définis dans les plans de travail biennaux (biennies) du BP, tout en soulignant les défis et les possibilités d'amélioration;
 - b) Soutenir le BP et ses partenaires lors de l'élaboration des prochains instruments de planification stratégique et affiner les mécanismes de planification opérationnelle de l'OMS, sur la base d'éléments indépendants concernant les succès, les difficultés et les enseignements tirés du passé; et
 - c) Tirer des apprentissages des résultats de l'évaluation aux trois niveaux de l'Organisation. Tous les programmes peuvent bénéficier de la connaissance de leurs succès et de leurs difficultés aux niveaux mondial, régional et national. Ceux-ci peuvent alors informer utilement le développement d'un futur soutien national, régional et mondial par le biais d'une approche systématique de l'apprentissage organisationnel.
33. L'évaluation a porté sur toutes les activités entreprises par l'OMS (Bureau pays (BP), Bureau régional (BR) et siège (HQ)) en Tunisie au cours de la période 2019-2023, données disponibles jusqu'en octobre 2023, telles qu'elles sont définies dans les instruments programmatiques pertinents couvrant les activités qui ont eu lieu au cours de cette période. La portée géographique a couvert l'ensemble du territoire national, bien que lors de la phase de terrain des déplacements ont eu lieu à Sfax, Sousse et Le Kef (voir Méthodologie). La portée démographique inclut la population tunisienne et résidente en Tunisie, avec un focus sur les groupes les plus vulnérables, dont la population migrante.
34. Le principal utilisateur de l'évaluation est le BP en Tunisie, puisque les résultats vont pouvoir informer pour l'élaboration des prochains cycles de planification - programmations biennales - et d'élaboration de stratégie pays de coopération (CCS) si cela est pertinent par rapport au contexte. Le BR et le siège vont pouvoir utiliser les résultats de l'évaluation pour informer les autres BP de la région, pour nourrir la conception d'approches régionales en matière de santé et avoir une analyse stratégique pour la promotion de l'application de bonnes pratiques dans les pays. Les constats sur le niveau et qualité de la coordination entre les trois niveaux de

l'OMS vont également être un élément d'intérêt pour l'organisation en interne. Les partenaires de l'OMS en Tunisie, dont le MS comme principal interlocuteur, peuvent utiliser les résultats de l'évaluation, dans le cadre de la redevabilité et de la transparence, pour l'amélioration de leur collaboration, qu'elle soit au niveau stratégique ou programmatique et pour mieux comprendre le fonctionnement de l'OMS. Les agences du SNU et les partenaires financiers et techniques auront un intérêt par rapport à l'efficacité et l'efficience de la contribution de l'OMS en Tunisie, mais également par rapport à son positionnement stratégique et à sa valeur ajoutée dans le domaine de la santé.

Méthodologie

Cette section résume les principaux éléments méthodologiques de l'évaluation ; la méthodologie détaillée est présentée dans l'annexe correspondante⁴⁵.

1.4. Critères d'évaluation et questions

35. Les critères d'évaluation abordés sont, selon l'OCDE-CAD, la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité (voir Tableau 5). Les principales questions d'évaluation répondent à ces critères. Elles sont basées sur les TdR de l'évaluation ainsi que sur la reconstruction de la Théorie du changement réalisée durant la phase de cadrage⁴⁶. La matrice d'évaluation utilisée décline ces questions principales en 8 sous-questions⁴⁷. Durant la phase de cadrage, des ajustements ont été réalisés sur les questions d'évaluation proposées dans les TdR. Ces modifications concernent l'élimination de termes permettant de mieux délimiter les critères d'évaluation et ainsi bien différencier les questions, et cherchent à éviter des superpositions ou redondances dans les réponses ou à mieux s'adapter au contexte donné. Elles ont été présentées et validées dans le Rapport de démarrage.

Tableau 5. Critères d'évaluation et questions principales.

PERTINENCE	Q1. Dans quelle mesure les interventions de l'OMS sont-elles adaptées au contexte et à l'évolution des besoins et des droits en matière de santé de la population tunisienne, ainsi qu'aux besoins, politiques et priorités des institutions nationales, et continuent-elles à l'être si les circonstances changent?
COHÉRENCE	Q2. Dans quelle mesure les interventions de l'OMS sont-elles cohérentes et présentent-elles des synergies entre elles ainsi qu'avec les interventions menées par d'autres acteurs en Tunisie?
EFFICACITÉ	Q3. Dans quelle mesure les résultats de la contribution de l'OMS (au niveau des effets) ont-ils été atteints ou sont susceptibles de l'être et quels sont les facteurs qui ont influencé (ou non) leur réalisation?
EFFICIENCE	Q4. Dans quelle mesure les interventions de l'OMS ont-elles produit, ou sont-elles susceptibles de produire, des résultats de manière efficiente et en temps voulu?
DURABILITÉ	Q5. Dans quelle mesure l'OMS a-t-elle contribué à renforcer les capacités et l'appropriation nationales pour répondre aux besoins et aux priorités humanitaires et de développement de la Tunisie en matière de santé?

1.5. Cadre méthodologique: approche et méthodes

36. Cette évaluation est conçue de façon non expérimentale. L'approche globale développée dans les TdR et adoptée par l'équipe d'évaluation est résumée ci-dessous (voir Figure 1). Elle montre l'enchaînement et l'interrelation des activités dans chacune des trois phases principales de l'évaluation. La méthodologie

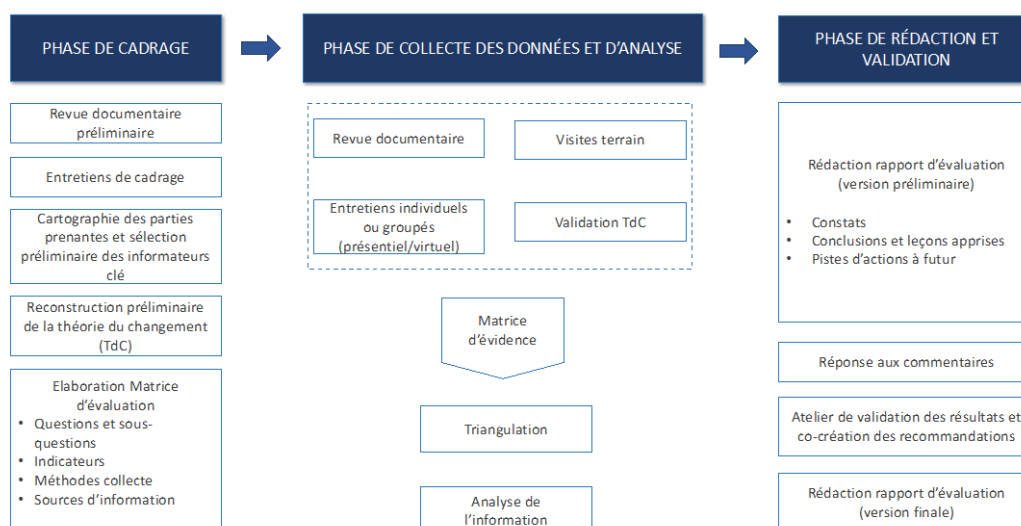
⁴⁵ Voir Annexe 4. Synthèse des méthodes de collecte de données et des sources utilisées.

⁴⁶ Voir chapitre 2.2.

⁴⁷ Voir Annexe 2. Matrice d'évaluation.

proposée fait preuve d'impartialité et d'absence de parti pris en s'appuyant sur un échantillon de sources d'information (provenant de divers groupes de parties prenantes et de divers auteurs) et en utilisant une approche méthodologique mixte (des données quantitatives et qualitatives) afin de garantir la triangulation des informations.

Figure 1. Approche méthodologique du processus de l'évaluation



37. L'évaluation a adopté les plans de travail biennaux (2018-2019, 2020-2021 et 2022-2023) en Tunisie comme base principale de l'évaluation. En l'absence d'un modèle logique explicite ou d'une théorie du changement (TdC) pour encadrer les contributions de l'OMS en Tunisie au cours de la période, l'équipe d'évaluation a proposé une TdC pendant la phase de conception (voir Figure 2). La TdC a permis de raffiner les questions clés d'évaluation, identifier des lacunes dans les données disponibles et aussi des opportunités pour collecter des données supplémentaires. Cette TdC⁴⁸ décrit la relation entre les priorités stratégiques pertinentes des principaux instruments stratégiques, les domaines d'intervention et les activités et budgets tels qu'envisagés dans les plans de travail biennaux du BP, clarifie les liens avec le treizième Programme général de travail (GPW13) et les budgets programmes⁴⁹ et identifie les principales hypothèses qui la sous-tendent. Elle a ensuite été révisée par le BP au cours de la mission sur le terrain. En s'appuyant sur la TdC, l'équipe a élaboré une matrice d'évaluation, décrivant pour chaque question d'évaluation les indicateurs/mesures spécifiques permettant d'évaluer chaque sous-question, ainsi que la méthode de collecte des données et les sources de données utilisées⁵⁰.

38. L'évaluation s'est principalement appuyée sur les données existantes produites par l'OMS et ses partenaires et des documents stratégiques et techniques, dont des statistiques nationales (environ 435 documents consultés au total). Ceci a été complété par l'obtention de données primaires à travers des entretiens semi-structurés à des informateurs clés préalablement sélectionnés, et des visites de terrain à Tunis, Sfax, Sousse et Le Kef (voir Annexe 4) durant une mission de deux semaines (du 13 au 24 novembre 2023) en Tunisie. Vu le cours délai de la mission par rapport au nombre de personnes à rencontrer, plusieurs entretiens ont été

⁴⁸ Voir Annexe 3. Reconstruction de la TdC.

⁴⁹ Le budget-programme est un outil essentiel qui permet aux États membres de fixer et d'approuver les priorités de l'OMS, de définir les objectifs à atteindre et d'en contrôler la réalisation. Il fixe les niveaux de ressources nécessaires pour mener à bien ce travail et permet aux États membres de les contrôler, afin d'équilibrer le travail de l'organisation dans les différents domaines dont elle est responsable. Les budgets-programmes biennaux découlent eux-mêmes du Programme Général de Travail approuvé par les États membres, qui définit l'orientation stratégique de l'OMS.

⁵⁰ Voir Annexe 4. Synthèse des méthodes de collecte de données et des sources utilisées.

réalisés à distance, notamment ceux concernant les bailleurs de fonds, les agences des NU et le personnel du BR et du HQ de l'OMS). Un total de 75 personnes, dont 53% de femmes, ont participé dans 56 entretiens⁵¹.

39. Trois niveaux d'analyse et trois principes transversaux ont été pris en compte (voir Figure 2).
- a) Analyse stratégique: elle correspond aux critères de pertinence et de cohérence (interne et externe) de la contribution de l'OMS en Tunisie.
 - b) Analyse programmatique: elle correspond aux progrès vers les résultats espérés et le soutien des objectifs nationaux à long terme et à la contribution pour un système de santé national résilient. Elle concerne ainsi les critères de: (i) l'efficacité; (ii) l'efficience; et (iii) la durabilité. Dans l'analyse de l'efficacité, les données budgétaires ont été utilisées afin d'établir un cadre analytique pour la mesure de la performance de l'OMS en Tunisie. Cette approche de la mesure de la performance implique le croisement et la triangulation des données disponibles sur l'achèvement des buts ou objectifs et l'exécution du budget. Pour l'analyse du critère d'efficacité, les données habituelles d'exécution du budget, selon les principales lignes budgétaires, sont utilisées.
 - c) Analyse organisationnelle: il s'agit de l'analyse du dispositif organisationnel interne de l'OMS, et plus succinctement les modalités de planification des budgets programmes et d'exécution budgétaire (en particulier les modalités/mécanismes de coordination avec le MS), le système de suivi basé sur le RBM du GPW13 et appui technique du BR et du siège.
40. Les principes transversaux aux différents critères correspondent aux trois principes fondamentaux de l'OMS précisés dans les TdR, à savoir (a) approche fondée sur les droits humains et (b) intégration d'une perspective de genre et (c) équité en santé (« ne laisser personne pour compte »)⁵². Un chapitre leur est dédié qui recueille les principaux constats réalisés sur la base de l'analyse des documents et des entretiens (dans les cas où la désagrégation des données a été mise à disposition⁵³) recherche d'indicateurs avec désagrégation des données par groupes vulnérables, activités spécifiques pour un ou des groupes de population, mentions dans les descriptifs des formulations et des rapports, dimensions incluses dans les entretiens soit par des questions spécifiques, soit de façon indirecte.
41. Il s'agit d'une évaluation sommative, pour favoriser la responsabilisation et l'apprentissage par l'expérience (leçons tirées) et formative, pour contribuer à l'apprentissage pour la prise de décisions (émission de recommandations).
42. L'évaluation a adopté également une approche de contribution, et non pas d'attribution des interventions de l'OMS au développement de la santé en Tunisie en considérant son accompagnement aux réformes, à la mise en place des stratégies et programmes de santé, ainsi qu'à la riposte aux urgences sanitaires comme celle de la COVID-19 ou la réémergence de maladies infectieuses. Le focus de l'évaluation a été mis dans l'analyse de l'ensemble des domaines traités par l'OMS au cours des trois plans biennaux pour renforcer le système national de santé. Les actions étant focalisées sur les grandes priorités nationales, l'évaluation a concentré son analyse sur un niveau stratégique (même si certains critères sont d'ordre programmatique et organisationnel) et non pas sur l'aspect technique de chacune des environ 400 activités ou interventions menées par l'OMS dans les différents domaines.

⁵¹ Voir Annexe 5.

⁵² WHO Policy and Strategy on Health Equity, Gender Equality and Human Rights, 2023 – 2030, WHO Policy on Disability, WHO Evaluation Policy (2018), UNEG Guidance on Integrating Human Rights and Gender Equality in evaluations (2011 and 2014) and UNEG Guidance on Integrating Disability Inclusion in Evaluations (2022).

⁵³ Voir Limites dans la section suivante

1.6. Limites rencontrées et mesures d'atténuation

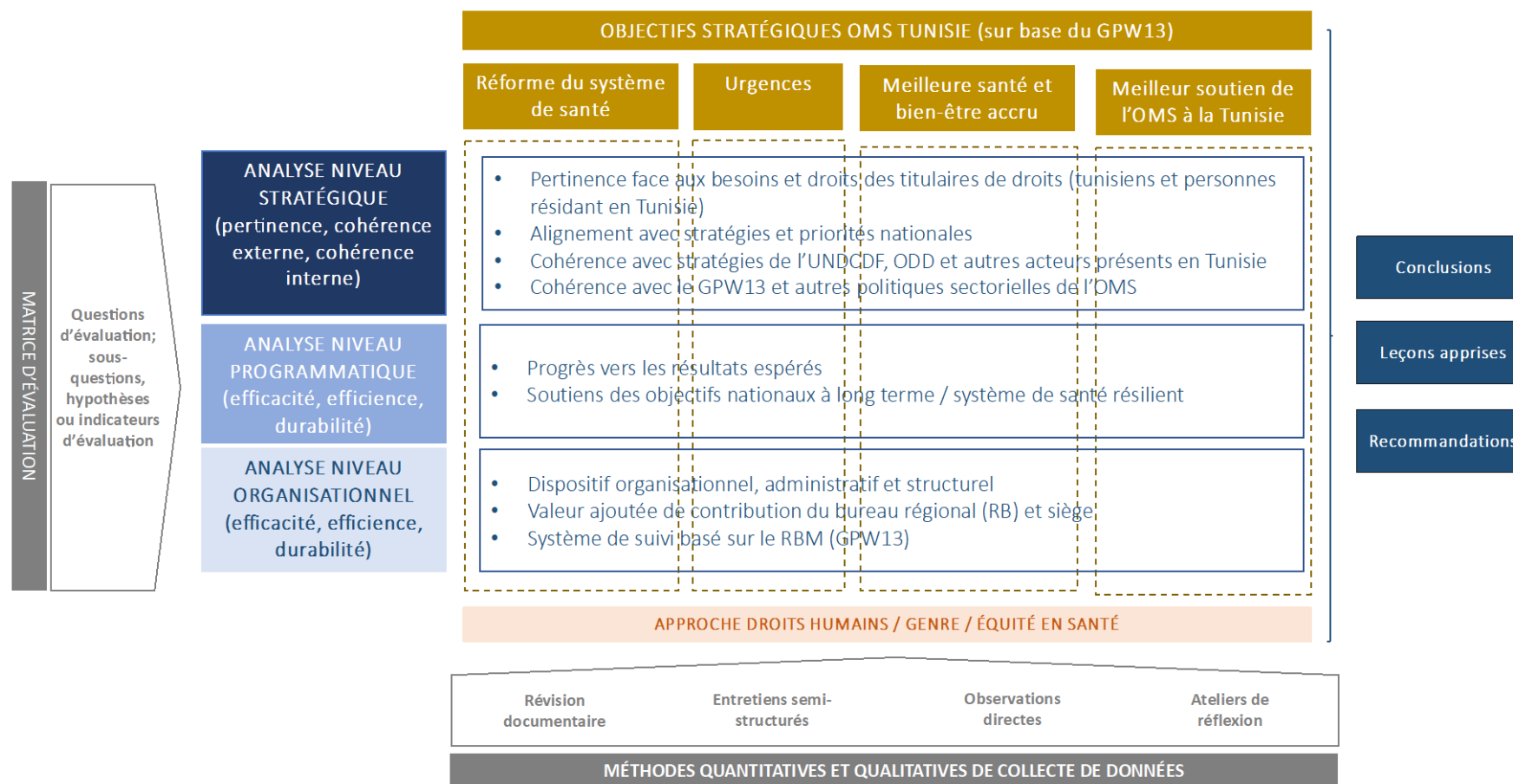
43. L'évaluation a dû faire face aux principales limites suivantes:

- (i) Disponibilité des informateurs clé: dans un contexte politique de transition, plusieurs informateurs clé d'institutions nationales ont refusé leur participation, d'autres étaient récents dans leurs postes et avaient une vision limitée par rapport à toute la période évaluée. Dans les autres catégories de partenaires quelques informateurs clé n'ont pas donné de réponse malgré plusieurs relances. Cette contrainte a été atténuée par l'adoption de la méthode « boule de neige » et l'identification et l'entretien avec d'autres informateurs clé suggérés par le BP.
- (ii) Fragmentation et qualité de l'information disponible: l'absence d'un document de Stratégie de Coopération (CCS) entre la Tunisie et l'OMS et d'une TdC a rendu difficile la vision stratégique de la période évaluée. En outre, il n'a pas été identifié de documents de suivi complets (narratif et budget, explication des modifications), mais au contraire un système RBM fragmenté, sans indicateurs de résultats et ne permettant pas le lien direct entre les activités réalisées et les indicateurs existants de performance (KPIs) (voir détails Q3 sur l'efficacité et Q4 sur l'efficience). L'évaluation de la réponse de l'OMS à la COVID-19 en Tunisie a été limitée par l'absence de données sur l'exécution du budget pour chacun des piliers du plan de riposte. Il n'a été possible d'utiliser que les données de planification budgétaire qui ont été triangulées avec des entretiens et des études documentaires provenant d'autres sources. L'analyse approfondie des documents partagés, la recherche de lien entre l'information qualitative et les données quantitatives (principalement les données budgétaires) et la triangulation de toute l'information obtenue ont permis d'atténuer en partie cette limitation et de réaliser des constats amenant à des recommandations.
- (iii) Désagrégation des données: Les documents de suivi et de compte rendu mis à disposition pour l'évaluation, tant par l'OMS que par le ministère de la santé, présentent une ventilation limitée des données par sexe, âge et diversité, ce qui a limité l'analyse des contributions de l'OMS à des individus ou groupes spécifiques, en particulier le ciblage des profils vulnérables.
- (iv) Enquête en ligne: L'objectif de cette enquête était de collecter des informations, sur la valeur ajoutée des contributions du BR et du siège à l'obtention des résultats du BP en Tunisie. L'enquête n'a pas pu se réaliser par faute d'un nombre de répondants suffisamment important pour obtenir un résultat significatif. En concertation avec l'OMS, le nombre d'entretiens à distance avec des informateurs clé au BR et HQ a été légèrement augmenté.
- (v) Durée de l'évaluation réduite, notamment de la phase de terrain: vue la courte durée pour la phase de terrain (10 jours ouvrables), marquée par la disponibilité budgétaire et par les agendas internes de l'OMS (BP et BR), un certain nombre d'entretiens a été réalisé à distance avant le déplacement de l'équipe en Tunisie, pendant et durant les deux semaines postérieures. Ainsi, tous les entretiens avec les institutions et organisations nationales ont pu être tenus en présentiel et trois visites de terrain ont pu avoir lieu en dehors de Tunis.
- (vi) Période d'évaluation choisie: avec la moitié d'une biennie (2019) et une année en cours (2023), il n'a pas été possible, avec les documents disponibles, de délimiter les actions et budgets de 2019 par rapport à ceux d'octobre 2018 ni de disposer des données consolidées (activités et budget) pour l'année 2023. Sans aller dans le détail exhaustif, la biennie 2018-2019 a été analysée dans sa globalité. Quant à l'année 2023 en cours, ceci a été tenu en compte dans l'analyse et l'établissement des constats (dernières données budgétaires correspondantes au mois d'octobre).

1.7. Considérations éthiques

44. L'évaluation a été réalisée en accord avec les Directives éthiques pour l'évaluation définies par le Groupe des Nations Unies pour l'évaluation (GNUE, 2020), les quatre principes éthiques étant l'intégrité, la responsabilité, le respect et la bienveillance, et auxquelles adhèrent l'OMS ainsi que l'équipe d'évaluation.
45. Une attention spéciale a été portée sur le respect de la dignité et de la diversité, la confidentialité et la prévention des préjudices, l'anonymat et la gestion des données et des informations collectées.
46. Au cours de la phase de collecte des données, il a été précisé aux répondants que la participation est volontaire (consentement éclairé) et que toutes les données demeurent confidentielles et seront utilisées à des fins exclusivement de l'évaluation.
47. La documentation mise à la disposition de l'équipe d'évaluation a été strictement utilisée aux fins de cette évaluation et est gardée confidentielle.
48. Les cinq principes d'évaluation de l'OMS - Impartialité, Indépendance, Utilité, Qualité, Transparence - ont été respectés. Pour cela, l'équipe d'évaluation a appliqué un contrôle interne d'assurance de la qualité à l'ensemble des activités d'évaluation et des livrables. Elle s'est notamment engagée auprès du responsable de l'évaluation de l'OMS en tant que première ligne d'assurance qualité et de respect du calendrier, tout en s'adaptant au processus et à la réalité du terrain. Le Bureau de l'évaluation de l'OMS à Genève a fourni une deuxième ligne d'assurance qualité en participant à des réunions régulières, en facilitant le processus d'évaluation et en examinant les principaux résultats de l'évaluation. La méthodologie appliquée a été celle présentée et validée avant le démarrage de la phase de collecte de données. L'équipe d'évaluation s'est maintenu durant tout le processus à l'écoute des différentes personnes impliquées de l'OMS ainsi que des informateurs clé, tout en gardant son indépendance, son impartialité et la confidentialité des répondants à travers l'anonymisation et la triangulation des données et des informations.

Figure 2. Niveaux d'analyse de la contribution de l'OMS - Tunisie (2019-2023).



Constats

1.8. Pertinence

Q1. Dans quelle mesure les interventions de l'OMS sont-elles adaptées au contexte et à l'évolution des besoins et des droits en matière de santé de la population tunisienne, ainsi qu'aux besoins, politiques et priorités des partenaires et institutions nationaux et régionaux, et continuent-elles à l'être si les circonstances changent?

Constat 1. Les objectifs de l'OMS en Tunisie pendant la période évaluée sont clairement alignés avec les priorités nationales en santé, les besoins structurels et les besoins émergents. A partir de la biennie 2020-2021, il est constaté une plus grande visibilité des MNT, des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, de la préparation aux urgences sanitaires et de la génération de données et l'innovation. La pertinence de la contribution de l'OMS est amplement reconnue pour son appui initié en 2012 au processus du Dialogue sociétal (la première et la deuxième phase) qui a abouti à produire le Livre blanc *Pour une meilleure santé en Tunisie: Faisons le chemin ensemble (2)* en 2014 et à la rédaction de la *Politique Nationale de Santé à l'horizon 2030* (validé officiellement en 2021).

Constat 2. Une très bonne collaboration historique avec le MS au niveau central, mais encore timide au niveau des régions, notamment les plus défavorisées. Des partenariats ponctuels, mais stratégiques, ont été initiés avec d'autres acteurs pour aborder la multisectorialité de la santé.

Constat 3. La vision stratégique de pays de l'OMS n'est pas évidente à travers les documents de planification des biennies, où la liste des activités programmées n'apparaît pas liée à une analyse du contexte, une identification des besoins et des défis, ni à une cartographie d'acteurs. Il est remarqué de même une méthodologie utilisée pour la planification qui ne permet pas aux différentes parties prenantes de comprendre cette vision et de réfléchir à l'articulation entre celle-ci et leurs propres stratégies et objectifs, ainsi que le manque d'un exercice de bilan conjoint. Ceci a amené le BP à réaliser des actions peu pertinentes.

Constat 4. La contribution de l'OMS à la riposte à la COVID-19 a été très appréciée par sa pertinence et sa coordination étroite avec le MS et ses départements, d'autres agences du SNU et les OSC. Par la suite, le BP a su saisir l'opportunité de l'intérêt général porté autour de certaines thématiques d'importance de santé publique pour intensifier sa contribution dans ce sens.

Les constats de cette section sont présentés selon les thèmes suivants : alignement de la contribution sur les besoins de la population tunisienne; alignement de la contribution sur les priorités nationales; et la pertinence des partenariats.

Q1.1. Dans quelle mesure les objectifs de l'OMS (y compris tout ajustement des objectifs) et ses interventions ont-ils répondu aux besoins et aux droits des bénéficiaires tunisiens, y compris ceux des populations les plus marginalisées, ainsi qu'aux politiques et priorités du pays?

49. Les objectifs de l'OMS en Tunisie pendant la période évaluée sont clairement alignés avec les priorités nationales en santé, les besoins structurels, - lutte contre les maladies infectieuses, réduction de la mortalité maternelle et infantile, lutte contre l'antibiorésistance (AMR), stratégies et programmes pour faire face à la transition épidémiologique, en particulier les MNT, préparation aux urgences sanitaires, réformes du système de santé pour une meilleure gouvernance et meilleur système de financement de la santé,- et les besoins

émergents, comme des épidémies ou menaces (ébola, rougeole, risques de santé liés aux flux migratoires, COVID-19)⁵⁴.

50. Les actions de l'OMS en Tunisie ont pris les GPW⁵⁵ comme référence pour définir sa coopération avec le MS et son rôle dans le secteur de la santé en général. Cependant, l'adaptation du document de stratégie globale aux spécificités, priorités, capacités et opportunités nationales (à la fois du système de santé national et d'autres acteurs nationaux et internationaux d'importance sectorielle) n'a pas pu être documentée. L'absence d'un document stratégique spécifique pour le pays ne signifie pas qu'il n'y a pas de vision à moyen terme de l'OMS convenue avec le MS, mais plutôt que cette vision n'a pas été reflétée dans un mécanisme de gouvernance structuré et qu'un cadre cohérent de suivi et d'apprentissage n'a pas été mis en place. En outre, les plans biannuels, qui sont le résultat d'un processus de dialogue surtout avec le MS, sont un outil de planification opérationnelle mais ne présentent pas suffisamment d'éléments pour être considérés comme un outil de planification stratégique (12).
51. Il est observé une continuité dans les trois biennies par rapport à ces priorités nationales. Néanmoins, une évolution est visible au niveau des activités principales (*top task*) avec, à partir de la biennie 2020-2021 une plus grande visibilité entre autres, des MNT et des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, de la préparation aux urgences sanitaires et de la génération de données et l'innovation. Cette évolution s'expliquerait en grande partie par le changement d'approche entre le GPW12 et le GPW13 où le système de santé, la multisectorialité et la promotion et la prévention prennent plus d'importance^{56 57}.
52. Par ailleurs, la crise provoquée par la COVID-19 a eu un effet catalyseur sur l'intérêt porté en général sur des thématiques comme la prévention et le contrôle des infections, la surveillance, la préparation et la réponse face aux urgences sanitaires, ou la multisectorialité de la santé. Le BP a su saisir cette opportunité pour initier doucement cette transition vers une idée de systèmes de santé plus résilients avec la biennie 2022-2023, puis la biennie 2024-2025 en cours de formulation⁵⁸.
53. La pertinence de la contribution de l'OMS est claire, et amplement reconnue, pour son accompagnement, à travers le plaidoyer et le financement, initié en 2012, résultant de la révolution de 2011 et de la nouvelle constitution approuvée en 2014, à l'élaboration, dans le cadre du Dialogue sociétal, du Livre blanc : *Pour une meilleure santé en Tunisie : Faisons le chemin ensemble (2)*. Cette dynamique importante et unique a donné lieu à un processus participatif et inclusif qui a abouti durant la deuxième phase du Dialogue sociétal à la Conférence Nationale de la Santé, en juin 2019, où la PNS à l'horizon de 2030, a été présentée. Son alignement stratégique avec la vision de l'OMS⁵⁹ est clair puisque la PNS fixe en tant que ses priorités: (i) de placer le citoyen au centre du système (ii) de rendre plus équitable l'accès aux soins (iii) d'assurer la protection de la santé et (iv) de renforcer la gouvernance du système, pour une vision finale vers la couverture santé universelle. Dans un contexte d'instabilité politique nationale et de l'avènement de la COVID-19, la PNS n'a été officiellement validée qu'en avril 2021. Néanmoins, l'OMS a basé l'importance de sa contribution dans l'appui à l'implémentation de la PNS.
54. Il est constaté, sur la base des entretiens et de la révision documentaire, une très bonne collaboration historique et une communication proche avec le MS au niveau central. Néanmoins, cette collaboration, qui commence à s'étendre sur le terrain, notamment à partir de la riposte à la COVID-19, est encore timide pour

⁵⁴ *Workplans, Planning documents biennium, Annual Reports et End of biennium reports* pour 2018-2019, 2020-2021 et 2022-2023, et, présentation sur riposte à la C-19, OMS.

⁵⁵ Les cadres stratégiques pour l'OMS mondial étant le GPW12 (biennie 2018-2019) et le GPW13 (biennies 2020-2021 et 2022-2023).

⁵⁶ Et qui a pu être mis en place grâce au recrutement de deux personnes pour cette finalité.

⁵⁷ Voir détail dans Q2.1.

⁵⁸ Entretiens internes et externes.

⁵⁹ GPW12 et GPW13.

soutenir les capacités de certaines directions régionales confrontées à de grands défis⁶⁰: (i) en matière de financement tantôt pour le fonctionnement (financement des indigents dans des zones à fort pourcentage de cette population, comme le gouvernorat de Le Kef, des personnes migrantes dans des villes comme Sfax où leur présence est importante), que pour la rénovation et l'entretien des infrastructures et des équipements; (ii) d'adéquation de l'offre de soins (manque de personnel, notamment spécialisé et difficulté à le retenir, manque d'équipement); et (iii) de gouvernance (réglementation non adaptée à des besoins présents, structures du niveau 3 débordées et centres de soins de santé de base (CSSB) opérationnels un jour par semaine dans beaucoup de zones rurales)⁶¹.

55. Dans le contexte de l'approche mondiale d'« *une seule santé* » et régionale de « *la santé pour tous et par tous* » (vision 2023 EMRO), des collaborations et partenariats ponctuels, mais stratégiques, avec des acteurs autres que le MS ont contribué à travers notamment la sensibilisation, à la mobilisation intersectorielle autour de questions de santé publique prioritaires comme l'activité physique et les comportements sains pour la prévention des MNT (Ministère de la Jeunesse et des Sports, société civile)⁶². Dans le cadre du Comité national de lutte contre l'antibiorésistance, - initiative ministérielle -, l'OMS a contribué en collaboration avec la FAO, dans le travail d'élaboration du plan national 2019-2023, avec une approche *One Health*, qui a été approuvé par le ministère de l'Agriculture ainsi que par le MS⁶³ ⁶⁴. Un autre exemple significatif est l'atelier national sur le Règlement Sanitaire International (RSI) (2005) et le processus de la Performance des Services Vétérinaires (PSV) (en anglais des sigles *Performance of Veterinary Services*) qui s'est tenu en décembre 2023 avec la présence de neuf ministères⁶⁵.

Le BP a su saisir des opportunités, avec une forte implication, pour contribuer sur des questions de santé publique importantes comme la lutte anti-tabac face à un fléau important en Tunisie. Malgré la situation de transition politique, depuis 2020 c'est devenu une priorité de l'agenda national, avec un grand intérêt technique, qui s'est traduit par l'obtention d'un financement de la Tunisie de la Convention-Cadre de l'OMS pour la Lutte antitabac des sigles en anglais de *Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)*). En contre poids, il a été soulevé un défi particulier par rapport au VIH-sida. Même si l'incidence est faible (7100 personnes vivant avec le VIH, 2022) (13) ⁶⁶ et qu'il existe une Politique Nationale de Lutte contre le Sida (PNLS), les données de la cascade 90-90-90 sont des plus faibles de la région, avec uniquement 32% de personnes infectées suivant un traitement⁶⁷. En outre les données sont très insuffisantes et il existe des problèmes de disponibilité de traitement. Sans oublier l'existence de deux organismes des NU dédiés à cette thématique (ONUSIDA et le Fonds Mondial) et dans un contexte où le programme national semble avoir été confronté à certaines limitations, il a été rapporté une présence très timide de la part de l'OMS par rapport à cette thématique qui requière d'un fort plaidoyer pour le renforcement de la conscience nationale et d'initiatives catalytiques avec des approches adaptées pour des résultats concrets et durables.

56. Compte tenu des constats précédents, la vision stratégique de pays de l'OMS n'est pas facile à déduire des documents de planification des biennies (qui compilent essentiellement des dizaines d'activités), où la liste des activités programmées n'apparaît pas liée à une analyse du contexte, une identification des besoins et des défis, ni à une cartographie d'acteurs documentée et formalisée. Il n'existe pas, à la connaissance de l'équipe

⁶⁰ Voir 1.1. Antécédents et contexte national : Système de santé et situation sanitaire, notamment le point 15.

⁶¹ Entretiens internes, externes et visites de terrain.

⁶² Ibid.

⁶³ Entretiens et revue documentaire.

⁶⁴ Voir 1.1. Antécédents et contexte national : Système de santé et situation sanitaire, notamment le point 17.

⁶⁵ Atelier organisé conjointement par les ministères de la Santé, de l'Agriculture des ressources hydrauliques et de la Pêche et de l'Environnement, en partenariat avec les ministères de l'Intérieur, de la Défense, des Finances, de l'Enseignement Supérieur, du Transport et la quadripartite: OMS, OMSA, FAO et UNEP.

⁶⁶ Moins de 500 nouvelles infections notifiées en 2020. ONUSIDA.

⁶⁷ En 2020, le nombre estimé de PVVIH est de 4.500 parmi eux, seulement 2.300 (51%) connaissent leurs statuts sérologiques et 1.401 reçoivent un traitement antirétroviral (32%) et 1.015 (22%) seraient en suppression virale. ONUSIDA et Stratégie de dépistage de l'infection à VIH - Plan Opérationnel 2022-2023.

d'évaluation, un document conjoint avec le gouvernement tunisien, illustrant cette vision stratégique pour la Tunisie et pour la période⁶⁸.

57. Par ailleurs, même si cette vision stratégique est claire pour l'OMS et que les planifications biennales cherchent à répondre à des besoins réels et aux grandes priorités nationales, il a été manifesté par un certain nombre d'informateurs clé⁶⁹, que la méthodologie utilisée par l'OMS pour cette planification ne permet pas un temps suffisant aux différentes parties prenantes, dont principalement les directions et organismes du MS, pour comprendre cette vision et réfléchir à l'articulation entre celle-ci et leurs propres stratégies et objectifs, ainsi qu'à la pertinence réelle dans le contexte tunisien⁷⁰. Ce temps de réflexion apparaît d'autant plus important dans un contexte national instable et une rotation des postes au sein du MS qui ont un impact sur la capacité nationale à obtenir des résultats. En outre, il a été remarqué le manque d'exercice de bilan conjoint - résultats atteints, difficultés, leçons apprises - de la période en cours de finalisation, qui permettrait aux parties prenantes de comprendre les propositions de l'OMS et de mieux identifier les actions à programmer. Ceci a pu amener à des situations comme des programmes appuyés de longue date sans aucune analyse et connaissance des avancées réalisées (programmes de lutte contre des maladies infectieuses comme la tuberculose) ou au financement d'activités pas jugées pertinentes ni prioritaire par les récipiendaires du MS (ex: des séminaires sur l'inspection générale). En outre, la planification biennale est largement basée sur les priorités du MS, mais ne reflète pas les données ou l'analyse qui expliquent l'établissement des priorités et, en particulier, ne montre pas le ciblage des profils de population ou des groupes exposés à des facteurs de vulnérabilité accrue. La désagrégation limitée des données⁷¹ a été un facteur limitant pour pouvoir documenter de manière consistante la mesure dans laquelle la coopération de l'OMS a contribué à réduire les écarts en matière d'accès à la santé.
58. La Tunisie compte avec plusieurs centres collaborateurs⁷² et centres de référence de l'OMS, pour des sujets prioritaires comme les maladies infectieuses (Département de dermatologie de l'hôpital universitaire La Rabta, Faculté de Médecine, Université Al Manar 2 (Tunis) pour la lutte contre la leishmaniose cutanée), la vaccination (Institut Pasteur Tunisie) ou la transfusion sanguine (Centre National de Transfusion Sanguine, CNTS) avec lesquels le BP a contribué directement à travers les biennies, mais également dans le cadre de la riposte à la COVID-19⁷³, au-delà des échanges réalisés entre ces centres et EMRO et le siège de l'OMS.
59. Face aux besoins survenus avec la pandémie de la COVID-19, le BP a clairement été capable d'apporter une réponse pertinente en coordination étroite avec le MS et ses départements, d'autres agences du SNU et avec les OSC. Sa présence constante, ainsi que sa capacité d'anticipation dans l'information fournie (risques, protocoles, mesures de protection, directives, évolution des variants du virus, évolution des vaccins, etc), avant même la déclaration de la pandémie et de la détection du premier cas en Tunisie, ont été largement appréciées et reconnus par tous les acteurs rencontrés⁷⁴.

⁶⁸ Dernière stratégie de pays (*Country Cooperation Strategy, CCS*) date de 2010-2014 et le draft préparé en 2016 n'a pas abouti.

⁶⁹ Informateurs clé externes et internes.

⁷⁰ « Est-ce que les propositions de l'OMS leurs conviennent parce qu'elles ont marché dans d'autres pays? », « Nous, nous connaissons notre contexte ». Entretiens.

⁷¹ Voir section Limites rencontrées.

⁷² Les centres collaborateurs de l'OMS sont des institutions, instituts de recherche, départements d'universités ou d'instituts universitaires qui sont désignés par le Directeur général de l'OMS pour faire partie d'un réseau de collaboration international afin de mener diverses activités de soutien en faveur de l'action de l'Organisation à tous les niveaux. Ils constituent une ressource précieuse et offrent un soutien stratégique à l'Organisation dans la mise en œuvre de son mandat et le développement et le renforcement des capacités institutionnelles dans les pays et les régions. La Région de la Méditerranée orientale compte 59 centres collaborateurs, couvrant plus de 30 domaines d'activité (novembre 2023). La désignation de centre collaborateur de l'OMS est réalisée sur dossiers, à demande de l'intéressé et pour des périodes de quatre années renouvelables.

⁷³ Institut Pasteur Tunisie.

⁷⁴ Voir détails Q2.2., point 68, sur l'avantage comparatif de l'OMS, Q3., points 83 et 84, sur l'efficacité et Q4.1., point 99, sur l'efficience.

1.9. Cohérence

Q2. Dans quelle mesure les interventions de l'OMS sont-elles cohérentes et présentent-elles des synergies entre elles ainsi qu'avec les interventions menées par d'autres acteurs en Tunisie?

Constat 5. Les interventions du SNU en Tunisie et la vision de l'OMS sont totalement alignées à travers les priorités en santé de l'UNSCDF et son intégration transversale de la multisectorialité (cohérence externe).

Constat 6. La collaboration de l'OMS est majoritairement appréciée par les autres agences des NU en raison de sa recherche des complémentarités. Cependant le BP n'est pas suffisamment visible par rapport à ce que l'organisation représente dans le domaine de la santé. Le Groupe Santé, « *health group* », vient d'être lancé, promu par l'OMS, en tant qu'espace d'échange, de coordination et de recherche de synergies entre acteurs, néanmoins il est encore trop tôt pour qu'il ait fait ses preuves.

Constat 7. La contribution de l'OMS en Tunisie est alignée avec la stratégie régionale EMRO Vision 2030 et globale à travers les actions programmées et développées dans les biennies puisque celles-ci répondent aux cadres de résultats des GPW12 et GPW13. Le BP s'aligne et utilise les directives et recommandations de l'organisation en fonction des thématiques traitées (cohérence interne).

Constat 8. Dans le contexte global et national, le rôle stratégique de l'OMS apparaît évident à travers les modalités où elle présente de réels atouts comparatifs (fort consensus) pour appuyer la génération de connaissance, la transmission de la connaissance et l'application de la connaissance. Par sa mission, son rôle de référence et d'information des acteurs en santé est évident. Néanmoins, son avantage comparatif se voit mitigé par une absence de visibilité et une méconnaissance des priorités de l'OMS en Tunisie et des possibilités de collaboration de la part des principaux acteurs.

Les constats de cette section sont présentés selon les thèmes suivants : cohérence externe et collaboration, tout particulièrement avec le SNU, rôle de l'OMS dans le cadre des acteurs en santé en Tunisie, et cohérence interne par rapport au bureau régional et aux directives et stratégies globales de l'OMS.

Q2.1. Dans quelle mesure les interventions de l'OMS en Tunisie sont-elles alignées sur les stratégies et les priorités des organisations internationales (UNSCDF) et acteurs présents dans le pays, ainsi que sur le GPW13 de l'OMS ou d'autres politiques sectorielles de l'organisation?

Cohérence externe

60. Au niveau du Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNSCDF) 2021-2025 pour la Tunisie (novembre 2020), l'OMS assure la co-présidence de l'Effet 3 relatif à la santé, l'éducation et la protection sociale. Concernant la santé, les priorités du UNSCDF sont axées sur « la résilience du système et qui puisse assurer un accès équitable et des services de qualité, particulièrement pour les populations vulnérables, tout en veillant à garantir un engagement effectif de la population ». Celles-ci reflètent totalement la vision de l'OMS au niveau mondial et les priorités du BP pour la période en Tunisie⁷⁵. Elles incluent déjà des leçons apprises de la pandémie due à la COVID-19, comme l'importance de la préparation des institutions et services face aux crises sanitaires. Quant aux trois autres effets du UNSCDF, la question de la multisectorialité est clairement mentionnée comme un aspect fondamental pour permettre à la Tunisie de progresser dans le

⁷⁵ Workplans, programmations biennales, End biennium reports. OMS.

développement durable et d'atteindre les objectifs de l'Agenda 2030⁷⁶, ce qui reflète l'alignement de l'OMS en Tunisie pour qui l'approche « une seule santé » est prioritaire.

61. Les collaborations de l'OMS avec d'autres agences des NU sont appréciées en majorité et cherchent visiblement des complémentarités et « non pas la concurrence »⁷⁷. A titre d'exemple sont citées la coordination avec UNICEF pour les questions concernant la vaccination (chaines de froid, communication, entre autres) ou la coordination avec FAO, UNEP et OMSA dans le domaine de la résistance aux antimicrobiens et de l'intersectorialité de l'approche One Health⁷⁸. Durant la période évaluée, l'OMS a participé dans un seul programme conjoint, « Promouvoir le leadership des femmes et des filles en réponse socio-économique et sanitaire au COVID-19 en Tunisie » avec le PNUD et l'ONU Femmes (14), toujours en cours d'exécution. Ce programme, initié en 2021, veut capitaliser sur les expériences des trois agences durant la première phase de la riposte à la crise de la COVID-19. En outre, plusieurs ministères sont les partenaires principaux. Néanmoins, sur la base de l'information disponible, il semble que ce projet est formulé en sorte que le travail de chaque agence se réalise en parallèle et donc avec une interaction discrète. Même si concernant une période précédente, il convient de mentionner que, dans le cadre de l'UNDAF 2015-2020, les programmes conjoints impliquant l'OMS semblent avoir été des réussites⁷⁹ (15)⁸⁰.
62. Mis à part le rôle joué par l'OMS durant la riposte à la crise de la COVID-19 (sujet développé dans la question Q2.2), plusieurs éléments amènent à penser que le BP n'est pas suffisamment visible ni mis en valeur par rapport à ce que l'organisation représente dans le domaine de la santé, ni dans le cadre du SNU ni même vis-à-vis d'autres acteurs actifs dans le domaine. A titre d'exemple, le Rapport Annuel 2022 du système des NU en Tunisie ne mentionne l'OMS que pour signaler l'achat de vaccins et de respirateurs dans le cadre de la riposte à la COVID-19, et dans le même rapport de 2021, l'OMS n'est pas mentionnée dans le chapitre concernant la santé. Dans le même sens, le rôle de leader en santé ne semble pas toujours évident dans le cadre des NU, avec comme exemple, son absence à des réunions du Groupe de Résultat 3⁸¹, qu'elle co-préside⁸², - même si cela serait justifié par l'impossibilité pour le personnel de l'OMS de répondre à tous les besoins programmatiques et à tous les forums de coordination.
63. Suite à la dynamique créée durant la riposte à la COVID-19 qui a réveillé un intérêt général, - politique, social, acteurs de développement, - particulier pour la question sanitaire, le Groupe Santé, - « *health group* » -, vient d'être lancé⁸³, promu par l'OMS, en tant qu'espace d'échange, de coordination et de recherche de synergies entre acteurs en santé en Tunisie⁸⁴. La réunion de lancement, qui a été organisée à un haut niveau (présence du Directeur Général la santé du MS et du coordonnateur Résident des NU)) a été très appréciée à l'unanimité et trouve toute sa raison d'être. En revanche elle nécessite encore un agenda de travail accordé entre les parties prenantes, la validation de TdR avec un mécanisme de gouvernance, pour faire ses preuves au niveau plus concret et opérationnel et répondre aux attentes créées.

⁷⁶ Conformément aux directives du Gouvernement tunisien, lors des ateliers de préparation du UNCDSF, et en accord avec le Rapport national volontaire de la Tunisie de 2019 et le contexte national, l'UNCDSF a priorisé 10 ODD : ODD 16 sur la paix, la justice, la sécurité et l'inclusion, l'ODD 10 sur la réduction des inégalités, l'ODD 5 sur l'égalité des sexes, l'ODD 1 relatif à la pauvreté, l'ODD 3 relatif à la santé et au bien-être, l'ODD 4 relatif à l'éducation, l'ODD 6 relatif à l'eau propre et à l'assainissement, l'ODD 8 portant sur la croissance économique durable, l'ODD 13 sur la prise en compte des problématiques de changement climatique et l'ODD 17 relatif aux partenariats.

⁷⁷ Plusieurs informateurs clés.

⁷⁸ Voir point 55.

⁷⁹ Programme conjoint Santé maternelle et néonatale, programme conjoint sur l'amélioration de la prise en charge des femmes et filles victimes de violences en Tunisie, élaboration de la stratégie multisectorielle santé des adolescents (UNFPA, OMS, UNICEF, UNAIDS).

⁸⁰ Gouvernement de Tunisie, UNCT Tunisie (2020). Réponse du Management à l'évaluation à mi-parcours de l'UNDAF 2015-2020.

⁸¹ Groupes de résultat (GR) : groupes de coordination des effets du UNCDSF ; le 3 correspond à l'éducation, la santé et la protection sociale.

⁸² Durant l'UNDAF 2015-2020, l'OMS ne coprésidait pas le GR Santé. Rapport d'évaluation à mi-parcours (2015-2018) de l'UNDAF Tunisie 2015-2020.

⁸³ Septembre 2023.

⁸⁴ La revue fonctionnelle réalisée par EMRO en 2019 recommande la création d'un mécanisme de coordination des partenaires en santé dans le pays. Country functional review, Tunisia, 23-26 September 2019.

Cohérence interne

La contribution de l'OMS est alignée, à travers les actions programmées et développées dans les biennies, avec la stratégie régionale EMRO Vision 2030 et le GPW12 et GPW13, puisque les biennies répondent à ces cadres de résultats. Le GPW13 amène une nouvelle approche centrée sur l'impact des actions de l'OMS sur les personnes, qui pour la première fois « sont comptées » (approche des trois milliards) (voir Figure 3).

64. Ce changement stratégique de l'action de l'OMS implique une nouvelle façon de travailler pour son opérationnalisation. Par ailleurs le GPW13, qui exprime la volonté de l'Assemblée mondiale de la Santé de mesurer l'impact des actions de l'OMS pour contribuer à l'atteinte des ODD se rapportant à la santé de façon équitable, réalise un suivi au niveau mondial, régional et national, des indicateurs définis (*key performance indicators*, KPIs) pour mesurer la progression vers l'atteinte des trois milliards. Le BP en Tunisie assure le renseignement des KPIs à son niveau⁸⁵.
65. Quant aux politiques sectorielles, le BP s'aligne et utilise les directives et recommandations de l'organisation en fonction des thématiques traitées. Durant ces dernières années, le BP a pu contribuer en Tunisie, sur cette base, à la mise en place ou actualisation de sujets comme la santé maternelle et du nouveau-né, la sécurité sanitaire *National Action Planning for Health Security* (NAPHS), dont l'AMR, le règlement sanitaire international (RSI (2005)) ou la prévention et le contrôle des infections (*infection prevention and control*, IPC) ou les MNT, dont la santé mentale (mhGAP Initiative⁸⁶)

Figure 3. Alignement entre les deux cadres de résultats de l'OMS de la période évaluée et les biennies pour la Tunisie correspondantes.

GPW12 2014-2019	GPW13 2019-2023
(i) CSU (ii) RSI (iii) Amélioration de l'accès à des produits médicaux essentiels, de grande qualité, efficaces et abordables, (iv) Déterminants sociaux, économiques et environnementaux, (v) Maladies non transmissibles (MNT) et (vi) Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé non atteints et objectifs de développement durable (ODD).	(i) OS1. Un milliard de personnes de plus bénéficie de l'accès à la CSU (Atteindre la CSU), (ii) OS2. Un milliard de personnes de plus est mieux protégé face aux urgences sanitaires (Répondre aux urgences sanitaires), (iii) OS3. Un milliard de personnes de plus bénéficiant d'une meilleure santé et bien-être (Promouvoir des populations en meilleure santé), O. CORPT. Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays (Améliorer le soutien de l'OMS à la Tunisie).
Stratégie de l'OMS pour EMRO 2020-2023, Transformer la Vision 2023 dans la pratique	
Quatre priorités stratégiques interconnectées : 1. Faire progresser la couverture sanitaire universelle ; 2. Intervenir dans les situations d'urgence ; 3. Promouvoir la santé des populations ; 4. Apporter des changements pour la transformation (redevabilité de l'OMS, rôle catalytique, communication stratégique, optimisation des ressources).	Six approches pour renforcer l'impact au niveau des pays : 1. Renforcer les capacités en santé publique ; 2. Renforcer la préparation ; 3. Renforcer les partenariats ; 4. Plaider efficacement en faveur de la santé ; 5. Mobiliser les ressources ; 6. Encourager l'innovation.

⁸⁵ Voir Q3.1.

⁸⁶ OMS (2018). Guide d'intervention mhGAP.

PB 2018-2019	PB 2020-2021 et 2022-2023
CAT.1. MALADIES TRANSMISSIBLES 1.1. VIH et hépatites. 1.2. Tuberculose. 1.4. Maladies tropicales négligées. 1.5. Maladies à prévention vaccinale. 1.6. Résistance aux antimicrobiens. CAT.2. MALADIES NON TRANSMISSIBLES 2.1. Maladies non transmissibles. 2.2. Santé mentale et toxicomanie. 2.3. Violence et accidents. 2.5. Nutrition. CAT.3. SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE 3.1. Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente 3.2. Vieillesse et santé 3.5. Santé et environnement. CAT.4. SYSTÈMES DE SANTÉ 4.1. Politiques, stratégies et plans de santé nationaux. 4.2. Services de santé intégrés et centrés sur la personne. 4.3. Accès aux médicaments et aux autres technologies de la santé et renforcement de la capacité réglementaire. 4.4. Systèmes de santé, information et données probantes. CAT.6. SERVICES INSTITUTIONNELS / FONCTIONS D'APPUI 6.1. Leadership et gouvernance. 6.4. Gestion et administration. E. PROGRAMME URGENCES SANITAIRES - E.1. Gestion des risques infectieux. - E.2. Préparation aux urgences sanitaires dans les pays et règlement sanitaire international (2005).	OS1. CSU Résultat 1.1. Amélioration de l'accès à des services de santé essentiels de qualité. Résultat 1.2. Réduction du nombre de personnes confrontées à des difficultés financières. Résultat 1.3. Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, produits de diagnostic et dispositifs essentiels pour les soins de santé primaires. OS2. URGENCES Résultat 2.1. Préparation des pays aux situations d'urgence sanitaire. Résultat 2.2. Prévention des épidémies et des pandémies. Résultat 2.3. Détection et prise en charge rapides des situations d'urgence sanitaire. OS3. MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE Résultat 3.1. Prise de mesures en vue d'agir sur les déterminants de la santé. Résultat 3.2. Réduction des facteurs de risque moyennant une action multisectorielle. Résultat 3.3. Action engagée pour promouvoir des environnements sains et l'approche de la santé dans toutes les politiques. OC. MEILLEUR SOUTIEN DE L'OMS POUR LA TUNISIE Résultat 4.1. Renforcement des capacités des pays en matière de données et d'innovation. Résultat 4.2. Renforcement du leadership, de la gouvernance et de la promotion de la santé. Résultat 4.3. Gestion efficiente, efficace, axée sur les résultats et transparente des ressources financières, humaines et administratives.

Q2.2. Quel a été l'avantage comparatif de l'OMS en Tunisie, en particulier par rapport aux autres agences des Nations Unies?

66. L'évaluation a identifié une série de dimensions autour desquelles il existe un fort consensus quant à l'avantage comparatif de l'OMS en Tunisie. Ces dimensions ont été organisées de façon à incorporer l'approche du cercle vertueux de la santé (voir Figure 4). En outre, le rôle stratégique⁸⁷ d'information et de coordination des acteurs en santé, le fait qu'il s'agisse du seul organisme à aborder la santé dans sa globalité, ainsi que son expertise technique pointue, sont trois dimensions transversales :

⁸⁷ <https://www.un.org/youthenvoy/fr/2013/09/oms-lorganisation-mondiale-sante/>: "Elle est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale, de définir les programmes de recherche en santé, de fixer des normes et des critères, de présenter des options politiques fondées sur des données probantes, de fournir un soutien technique aux pays et de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé publique. Au 21^{ème} siècle, la santé est une responsabilité partagée qui suppose un accès équitable aux soins essentiels et la défense collective contre des menaces transnationales."

(i) Génération de connaissance:

- Le rôle normatif avec la production de documents stratégiques et des protocoles, comme pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, la santé mentale ou le Règlement Sanitaire International (RSI);
- La recherche-évaluation, à travers l'apport de méthodologies comme le modèle d'investissement pour la lutte antitabac en Tunisie (Juin 2021) ou des évaluations de stratégies ou d'initiatives publiques;
- La gestion de la connaissance, à travers des systèmes d'information, comme le système E-vax initié pour le suivi de la vaccination contre la COVID-19 et à vocation d'être généralisé pour tous les programmes de vaccination; et
- L'anticipation face à des sujets émergents et ré-émergents (rougeole, ébola) ou des urgences sanitaires (anticipation du BP sur la crise COVID-19 très reconnue) sur la base des données mondiales ou nationales.

(ii) Transmission de la connaissance:

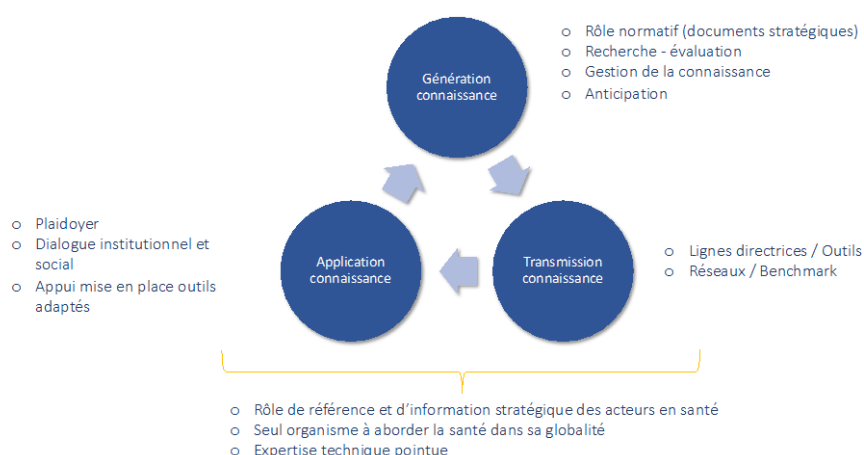
- Les lignes directrices et outils, comme dans les domaines de la biosécurité et de la prévention et le contrôle des infections (IPC, des sigles en anglais, *infection prevention and control*); et
- Le réseautage et benchmark sur des expériences dans des contextes comparables, comme pour l'obtention de réactifs pour la détection de la COVID-19 avant même leur commercialisation, les partages d'expériences dans les forums nationaux ou internationaux ou la mise en contact avec des organismes étrangers pouvant donner naissance à des collaborations fructueuses⁸⁸.

(iii) Application de la connaissance:

- Le plaidoyer sur des sujets de santé publique comme les comportements sains et des approches holistiques comme « la santé pour tous et par tous » et « une seule santé » qui ont résultés en l'élaboration de la stratégie nationale multisectorielle de prévention et contrôle des MNT, son plan d'action, signé par quatre ministères et l'inclusion et l'adoption d'un plan opérationnel sur les MNT dans le plan de développement de l'activité physique du Ministère de la Jeunesse et des Sports;
- La combinaison entre le dialogue institutionnel et le dialogue social comme celui réalisé durant tout le processus du Dialogue sociétal ou l'implication de la société civile pour la sensibilisation de la population sur des sujets clé (différents messages en lien avec la COVID-19); et
- L'appui pour la mise en place des outils adaptés, des recommandations tirées des études et des évaluations, des analyses tirées des données (ex. Plans d'action, procédures internes dans les structures sanitaires);

⁸⁸ Par exemple, la mise en contact des laboratoires de microbiologie de l'hôpital Charles-Nicolle de Tunis et de virologie clinique de l'Institut Pasteur de Tunis (MS) avec l'*Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale"* de Teramo, en Italie, pour la formulation d'un projet et de l'ambassade de l'Italie pour l'obtention des fonds : le résultat s'est concrétisé en mars 2023 avec le projet de recherche MED-NET, axé sur la C-19 et l'approche « une seule santé », avec pour objectif de diagnostiquer et d'analyser les microorganismes pathogènes qui circulent dans la région méditerranéenne, causant des maladies infectieuses chez l'homme, également à travers l'utilisation des technologies de nouvelle génération, ainsi que d'augmenter de manière significative les capacités d'étude.

Figure 4. Cercle vertueux de la santé



Source: élaboration propre.

67. Les données collectées confirment que l'OMS est reconnue comme le principal partenaire technique dans le secteur de la santé par les acteurs bilatéraux et les agences des NU. En outre, tous les acteurs reconnaissent le staff du BP pour l'expertise apportée en matière de normes et de directives, et au-delà, pour le compromis et l'engagement dans leur contribution à l'amélioration de la santé en Tunisie. Ce constat correspond avec l'analyse réalisée dans l'évaluation fonctionnelle de 2019⁸⁹.
68. Le rôle stratégique d'information et de coordination de l'OMS a été largement démontré durant la riposte à la crise de la COVID-19. Le BP a été hautement reconnu et apprécié quant à sa disponibilité et sa recherche de solutions et de complémentarités entre acteurs pour répondre aux besoins nationaux⁹⁰.
69. Par ailleurs, cette nette valeur ajoutée se voit mitigée par une absence de visibilité et une méconnaissance des priorités de l'OMS en Tunisie et des possibilités de collaboration (exprimé par agences des NU, mais également par une diversité d'informateurs clé relevant du MS, directions régionales de santé et autres ministères). L'OMS est présente dans beaucoup de thématiques différentes, ce qui rend difficile la lisibilité sur ses priorités. A ceci s'ajoute le fait de ne pas disposer d'un document stratégique et de réaliser peu de communication autour de ses actions⁹¹.

1.10. Efficacité

Q3. Dans quelle mesure les résultats de la contribution de l'OMS (au niveau des effets) ont-ils été atteints ou sont susceptibles de l'être et quels sont les facteurs qui ont influencé (ou non) leur réalisation?

Constat 9. Le système de planification et de suivi ne favorise pas une vision d'ensemble et permet difficilement d'établir un lien entre l'exécution des activités et la contribution de l'OMS en Tunisie. Ce suivi ne permet pas de visualiser non plus les ajustements réalisés au cours de l'implémentation. Le système de gestion basé sur les résultats (RBM) utilisé semble plus basé sur une redevabilité interne que sur l'apprentissage pour une prise de décision informée.

⁹⁰ Voir détails point 99, Q4.1 sur l'efficience.

⁹¹ Sans doute expliqué par la charge importante de travail de l'équipe et par l'absence de profil dédié à la communication, en cours de recrutement au moment de l'évaluation (voir Q4.2.).

Constat 10. L'effort en termes d'exécution budgétaire (budget BASE) a été cohérent avec l'exercice de priorisation effectué par le BP pour la période évaluée : priorité donnée à la couverture sanitaire universelle, à la préparation face aux urgences sanitaires et à l'approche multisectorielle de la prévention. Néanmoins, en observant l'exécution par OS, les OS1 et OS4 dédiés à la CSU et à l'amélioration de la qualité de l'appui de l'OMS à la Tunisie, sont ceux qui ont disposé et ont utilisé le budget le plus important, même si l'OS2 sur les urgences sanitaires a connu une augmentation progressive.

Constat 11. Avec l'avènement de la crise sanitaire de la COVID-19, le BP a réorienté ses efforts vers cette nouvelle priorité (fonds OCR reçus pour la première fois en Tunisie) qui a représenté 59% des fonds compromis durant la période évaluée.

Constat 12. Des actions « phares » ont été identifiées au niveau de chacun des quatre Objectifs stratégiques (GPW13). Il s'agit d'actions portant sur des défis nationaux et en réponse à des problématiques émergentes et ayant eu un effet catalyseur, qui touchent les maladies transmissibles et la santé de la reproduction, les MNT avec des thématiques nouvelles comme la santé mentale ou certains facteurs de risque comme le tabac, des actions pour le renforcement des fonctions essentielles du système de santé, l'amélioration de l'approvisionnement en médicaments ou la contribution à la digitalisation des systèmes d'information sanitaire (vaccination). Le leadership et le plaidoyer institutionnel, notamment pour la multisectorialité, et l'implication de la société civile ont caractérisé la période évaluée.

Constat 13. Des sujets fondamentaux dans la logique de la résilience des systèmes de santé ont été peu développés, comme la gouvernance, le financement, les RH en santé ou l'impact du changement climatique sur la santé. La violence faite aux femmes et aux enfants, les personnes âgées, la nutrition ou la production d'évidence sur la base du système d'information sanitaire sont quelques thématiques pour lesquelles des actions ont été programmées ou initiées, mais qui ne semblent pas avoir eu de suite.

Constat 14. La performance de l'OMS pendant la pandémie de la COVID-19 en Tunisie montre des contributions décisives et déterminantes pour atténuer l'impact sur le système national de santé, ses professionnels et parmi la population (bien que des données quantitatives ne soient pas disponibles). Le rôle de leader scientifique, la capacité d'interlocution politique et institutionnelle, l'appui aux mécanismes de coordination de la riposte nationale (commission scientifique, cellule de crise (*shoc room*)) et le support technique sur des questions clé comme, la chaîne de froid pour les vaccins ou la capacité des laboratoires se distinguent particulièrement. De nouvelles méthodes et approches de travail, l'émergence de bonnes pratiques et le potentiel de l'innovation sont également à souligner.

Constat 15. L'évaluation a identifié plusieurs facteurs contextuels qui ont affecté la mise en œuvre des actions : la situation macro-économique, la période de transition politique avec des changements fréquents dans les postes du MS, le défi de l'opérationnalisation de la multi-sectorialité, la bureaucratie dans les procédures publiques, les limitations structurelles du système de santé national face à la pandémie de la COVID-19, et l'avènement de la pandémie elle-même et de la crise socio-économique provoquée. Cette dernière a affecté directement l'exécution des biennies 2020-2021 et 2022-2023 et a engendré des perturbations comme la défaillance de la chaîne d'approvisionnement mondiale, des ruptures de stock de fournitures médicales essentielles.

Constat 16. Les visites techniques de EMRO et du siège sont en général très appréciées par les contenus, le niveau d'expertise, la motivation qu'elles génèrent et l'opportunité pour mieux comprendre le rôle de l'OMS. Il en est de même pour les possibilités offertes de participation dans des événements régionaux ou internationaux ainsi que de faire partie de réseaux d'expertise régionaux ou internationaux de l'OMS, comme les centres collaborateurs ou les centres de référence. Cependant, une perception de confusion générale dans les rôles joués par les trois niveaux de l'OMS, des visions et des priorités du HQ et de EMRO globales versus une vision du BP adaptée au contexte national, et des temps longs de réponse ont créé des incompréhensions en interne, mais également des partenaires nationaux.

Les constats de cette section sont présentés en fonction des thèmes suivants: réalisation des activités programmées pour l'atteinte des résultats prévus ; facteurs contextuels externes et internes et adaptation du BP à la pandémie de COVID-19; et valeur ajoutée des contributions de la région et du siège de l'OMS à l'obtention de résultats.

Q3.1. Dans quelle mesure les résultats des programmes évalués (y compris tout ajustement) ont-ils été atteints et ont-ils contribué aux progrès vers les résultats escomptés? Est-ce qu'il y a des facteurs identifiés de contexte qui ont influencé leur réalisation ou leur non-réalisation?

70. La planification durant la période évaluée est basée sur une programmation biennale⁹² dont l'architecture est sous forme de liste d'activités. Celles-ci sont en lien avec le cadre de résultats du Programme Général de Travail (GPW12 pour la période 2018-2019 et GPW13 pour 2020-2021 et 2022-2023). Néanmoins, cette programmation ne dispose pas d'indicateurs de suivi partagés avec les partenaires (principalement les directions et départements du MS et ponctuellement d'autres institutions). Le suivi est basé essentiellement sur l'exécution budgétaire et sur les livrables (voir Q4.2). En parallèle, l'OMS réalise le suivi des progrès du système sanitaire tunisien à travers les indicateurs de performance (IPCs) propre au BR (Stratégie Vision 2030 sur la base du GPW13) et qui sont en lien avec les outputs du GPW13. Ainsi ce système ne favorise pas une vision d'ensemble et permet difficilement d'établir un lien entre l'exécution des activités et la contribution de l'OMS à l'amélioration de la santé des citoyens Tunisiens. Ce suivi ne permet pas de visualiser non plus les ajustements réalisés au cours de l'implémentation. Les outils de reporting utilisés au niveau interne à l'OMS (*Mid-term review*, *Annual reporting* et *End of biennium report*) abordent les grands sujets et thématiques traitées, les défis rencontrés, les prochaines étapes, mais ne contiennent pas un détail de tout le travail développé ni des résultats atteints. Ces rapports ne présentent pas, non plus, une vision de l'exécution budgétaire correspondante, qui est suivi dans des documents séparés. Ainsi, le système de gestion basé sur les résultats (RBM) utilisé semble plus basé sur une redevabilité interne que sur l'apprentissage pour une prise de décision informée⁹³. Ce constat coïncide avec la perception majoritaire des informateurs clé et, par ailleurs, affecte le niveau d'analyse de l'efficacité réalisable dans la présente évaluation.
71. L'exercice de priorisation effectué par le BP pour la période évaluée (2019-2023)⁹⁴ au niveau des *Outcomes* (exercice de planification réalisé avec des outils propres à l'OMS, mais avec le MS) montre clairement l'importance donnée à la couverture sanitaire universelle, à la préparation face aux urgences sanitaires et

⁹² Système de programmation global de l'OMS basé sur les Budgets Programmes biannuels approuvés par les pays Membres.

⁹³ Constat également réalisé par du l'évaluation Independent Evaluation of WHO's Results-Based Management Framework. Final Report. WHO Evaluation Office -January 2023. WHO, bien que l'OMS cite la définition du Groupe des Nations Unies pour le développement, à savoir "une stratégie de gestion par laquelle tous les acteurs, contribuant directement ou indirectement à la réalisation d'un ensemble de résultats, veillent à ce que leurs processus, produits et services contribuent à la réalisation des résultats souhaités (produits, effets et objectifs de plus haut niveau ou impact). Les acteurs utilisent à leur tour des informations et des preuves sur les résultats réels pour éclairer la prise de décision sur la conception, l'affectation des ressources et l'exécution des programmes et des activités, ainsi que pour la reddition de comptes et l'établissement de rapports". (GNUD, 2011).

⁹⁴ Exercice participatif réalisé avec le MS dans le cadre de la présentation et démarrage du GPW13 et du système de gestion basé sur les résultats (RBM) mis en place à cette occasion par EMRO.

finalement à l'approche multisectorielle de la prévention⁹⁵. Le même exercice a été réalisé pour les biennies 2020-2021 et 2022-2023, qui ont maintenu les mêmes priorisations. Cette priorisation est également traduite en termes de planification et d'exécution budgétaire avec une moyenne de 76% du budget alloué aux *outcomes* de priorité élevée et de 83% du budget compromis (voir Tableau 6).

Tableau 6. Distribution budgétaire (%) en fonction de la priorisation des *outcomes* (biennies 2020-2021 et 2022-2023) (fonds BASE dédiés à la Tunisie⁹⁶).

NIVEAU PRIORITÉ DES RÉSULTATS (OUTCOMES)	PLANIFICATION (%)		UTILISATION (%)	
	2020-2021	2022-2023	2020-2021	2022-2023
HAUTE	84%	69%	85%	81%
MOYENNE	8%	26%	6%	14%
SOUS-TOTAL (H+M)	92%	95%	91%	95%
FAIBLE	8%	5%	9%	5%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Source: Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023. Xlsx. WHO (pour le budget) et Country prioritisation 2020-2021 et 2022-2023 (pour les priorisations).

72. Avec l'avènement de la crise sanitaire de la COVID-19, le BP s'est vu attribué des fonds dédiés aux crises et urgences (**OCR**) pour la première fois. Ainsi la composition budgétaire a été modifiée et le BP a **réorienté ses efforts de contribution** vers cette priorité. Sur la totalité de la période évaluée, les **fonds OCR représentent 59% des fonds compromis** (à la date du 20/10/23) alors qu'ils sont concentrés dans les biennies 2020-2021 et 2022-2023⁹⁷ ⁹⁸(voir Graphique 1).

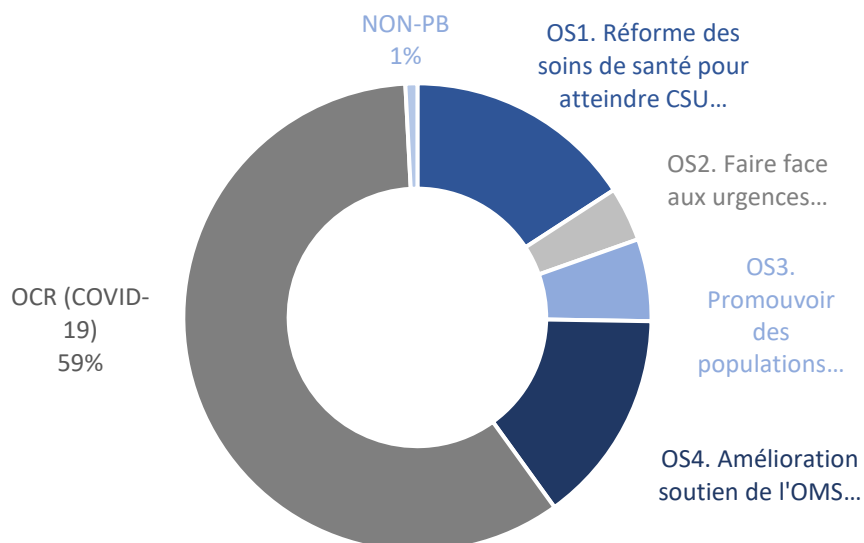
⁹⁵ Country prioritization for GPW13, 2019-2023: Tunisia, OMS. Document signé en juillet 2018.

⁹⁶ Tous les *outcomes* du GPW13 excepté les 4.2 et 4.3 dédiés aux fonctions internes de l'OMS.

⁹⁷ La biennie 2018-2019 n'a pas eu de fonds OCR, ni compromis, ni planifiés.

⁹⁸ Voir Graphique 1.

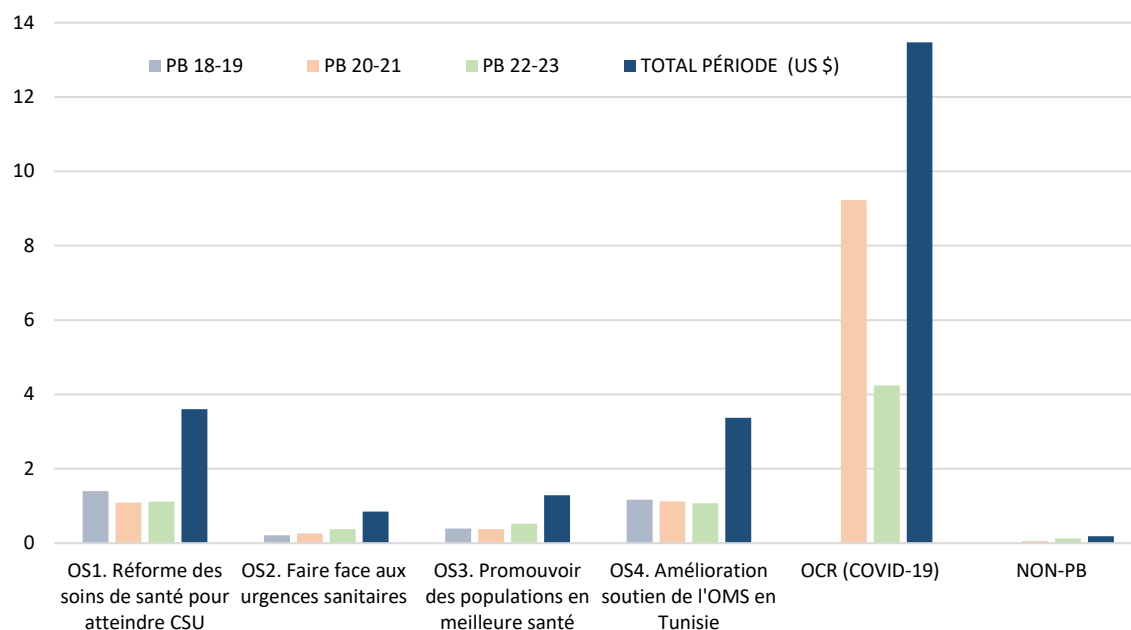
Graphique 1. Répartition, en pourcentage, du budget total compromis (*Utilisation*) par priorité stratégique (2018-2019, 2020-2021 et 2022-2023).



Source : Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023. (excel document) xlsx. WHO.

73. En examinant en détail l'évolution du budget consacré à l'Objectif Stratégique 2 sur les urgences sanitaires, celui-ci ne représente que 4% du budget total compromis, mais on remarque également une augmentation progressive (213.449 US\$ pour 2018-2019 vs. 374.677 US\$ pour 2022-2023, à savoir une augmentation de 75%), ce qui s'expliquerait par une prise de conscience plus importante sur cette question, avec la mise en évidence des faiblesses du système, résultat de la crise de la COVID-19.
74. Malgré cette augmentation progressive du budget alloué à l'OS2, les OS1 et OS4, dédiée à la CSU et à l'amélioration de la qualité de l'appui de l'OMS à la Tunisie, sont ceux qui ont disposé et ont utilisé le budget le plus important, par rapport aux quatre OS du GPW13 (Budget BASE) (voir Graphiques 1 et 2).

Graphique 2. Répartition du budget total (US\$) compromis (*Utilisation*) par priorité stratégique et par bienné.



Source: Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023. (excel document) xlsx. WHO.

75. En termes du budget BASE dédié directement à la contribution de la Tunisie (uniquement l'*outcome* 4.1 de l'Objectif stratégique 4, les deux autres *outcomes* étant consacrés au renforcement interne de l'OMS), l'effort a été cohérent avec l'exercice de priorisation, - l'OS1, entièrement de priorité élevée, représente 61% du budget BASE compromis (voir Graphique 3)⁹⁹. En regardant plus en détail, le *outcome* 1.1, « Amélioration de l'accès à des services de santé essentiels de qualité », est celui qui a consommé pratiquement le 50% du budget BASE dédié à la Tunisie¹⁰⁰.
76. Par ailleurs, il est constaté que la partie de l'OS4 dédiée à la Tunisie est en réalité très faible (3%)¹⁰¹. Il existe en outre, un fort écart entre la planification initiale et l'exécution budgétaire (compte tenu que l'exercice budgétaire n'est pas finalisé)¹⁰².

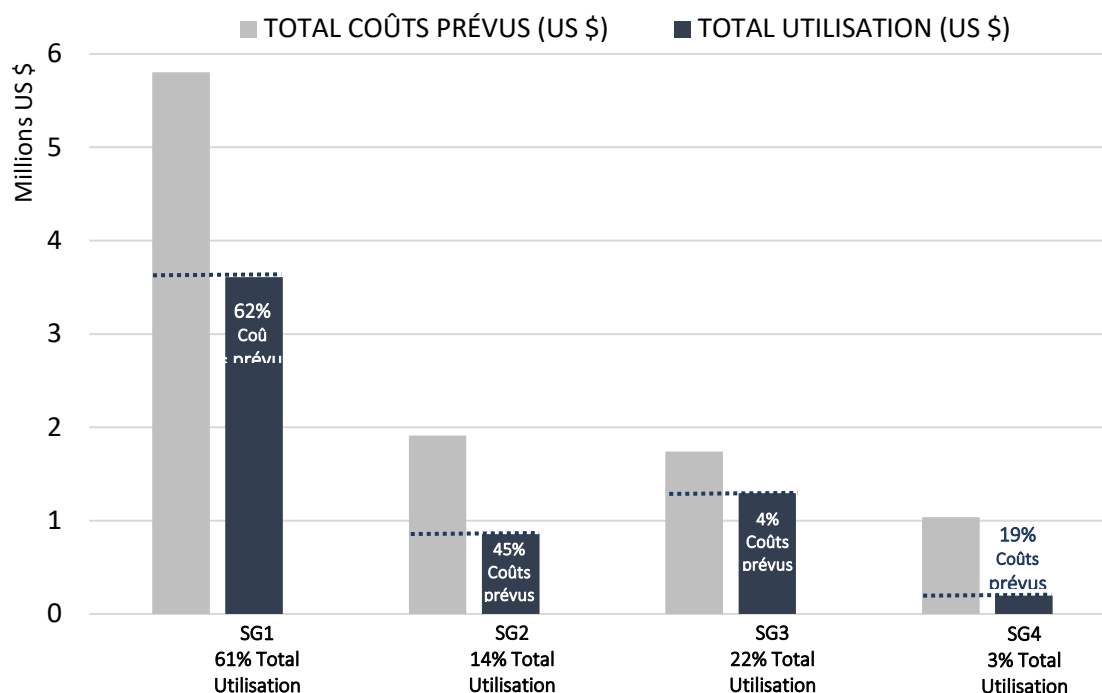
⁹⁹ Voir Graphique 3.

¹⁰⁰ Voir Annexe 9.

¹⁰¹ Ibid.

¹⁰² Voir Graphique 3.

Graphique 3. Distribution de l'exécution budgétaire BASE par Objectif stratégique (montant et pourcentage) en comparaison avec la distribution planifiée (2018-2023).



Source : Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023. xlsx. WHO.

Des actions « phares » ont été identifiées au niveau de chacun des quatre Objectifs stratégiques (GPW13). Il s'agit d'actions portant sur des défis nationaux et en réponse à des problématiques émergentes et ayant eu un effet catalyseur¹⁰³. Quelques exemples sont cités, sans qu'il s'agisse en aucun cas d'une liste exhaustive:

(i) Objectif stratégique 1, référent à la Couverture sanitaire universelle:

- Dans le cadre du renforcement de la prévention des maladies transmissibles, l'apport d'outils et le renforcement des capacités pour les professionnels de première ligne dans six hôpitaux, ou l'actualisation de protocoles et approvisionnement en médicaments pour des maladies comme la leishmaniose ou la tuberculose, l'instauration d'équipes IPC dans huit hôpitaux et le plaidoyer pour l'instauration d'une unité centrale;
- La mise à jour des protocoles et guides en santé reproductive dans un contexte d'inégalités géographiques et sociales en termes de santé maternelle et de difficultés pour trouver des bailleurs de fonds pour cette thématique;
- Grâce à plusieurs actions de plaidoyer et de leadership, le bureau pays de l'OMS a réussi à faire reconnaître l'importance et l'impact des Maladies Non Transmissibles (MNT) sur la santé de la population tunisienne, à adopter l'approche multisectorielle¹⁰⁴ comme composante stratégique de la prévention et du contrôle des MNT, et à les placer au plus haut niveau de l'agenda national. L'OMS a

¹⁰³ Les actions citées, qui ne représentent pas une liste exhaustive, ont été identifiées en triangulant les différents documents de reporting de l'OMS, les programmations des biennies, les livrables disponibles, l'évolution des KPIs et les entretiens avec les informateurs clé. Il existe une évidence suffisante sur la base de la triangulation réalisée.

¹⁰⁴ La stratégie sur les MNT a été élaborée pour garantir la participation et l'engagement de tous les secteurs impliqués dans la prévention et la maîtrise des risques associés (éducation, commerce, environnement, jeunesse et sports, agriculture, Coopération Internationale, Défense) - End of biennium report Tunisia – 2020 – 2021, CO, WHO.

ainsi appuyé le MS dans l'élaboration et la finalisation de la stratégie nationale multisectorielle de prévention et de contrôle des MNT pour la période 2018–2025. Dans le même sens, les efforts développés ont abouti avec: (a) en santé mentale, l'adoption d'un plan d'action et le démarrage de son intégration dans les soins de santé de base en ligne avec l'initiative mhGAP¹⁰⁵ et l'implication du secteur public mais également du privé (b) en sécurité routière, le développement et la mise en œuvre d'une stratégie nationale et d'un plan d'action avec une évaluation du système des urgences;

- Dans le domaine du renforcement du système de santé, (« building blocks » et fonctions essentielles), le travail réalisé pour l'évaluation du secteur des ressources humaines en santé dans le but de développer une stratégie, les actions initiées en termes de régulation (renforcement de l'autorité nationale de régulation des médicaments caractérisée par une importante fragmentation des compétences), de contrôle et gestion de l'approvisionnement des médicaments (dans un contexte de pénurie important), ou le démarrage de l'introduction de la médecine de famille avec une formation de deux ans initiée en 2023¹⁰⁶; et
- L'accompagnement du Dialogue sociétal durant ses différentes phases pour concrétiser une politique nationale de santé basée dans la CSU en identifiant les réformes nécessaires, notamment dans la gouvernance, le financement de la santé et le schéma d'offre de soins. Accompagnement qui se trouve, au moment de l'évaluation, dans la finalisation du plan stratégique de la Politique Nationale de la Santé et d'un cycle certifiant de renforcement des capacités pour son opérationnalisation en collaboration avec l'Université de Montréal.

(ii) Objectif stratégique 2, référent aux urgences sanitaires:

- L'appui au système de détection en temps réel des maladies transmissibles à travers le renforcement des capacités pour l'analyse et l'amélioration (ex: surveillance sentinelle de la grippe), l'analyse pour la mise à niveau de la surveillance basée sur les événements (SBE) au sein de l'Observatoire National des Maladies Nouvelles et Émergentes (ONMNE), le renforcement des capacités du personnel de première ligne pour la prévention des maladies pandémiques, spécialement dans un contexte d'immigration importante ou la validation du Plan d'action national pour la sécurité sanitaire (NAPHS).
- La contribution à la mise en place de la surveillance génomique avec la capacité de séquençage de virus et bactéries pour la première fois en Tunisie (CHU Charles Nicolle et l'Institut Pasteur de Tunis).

(iii) Objectif stratégique 3, référent à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population:

- Le développement d'actions agissant sur les facteurs de risque avec une approche multisectorielle, comme dans la lutte anti-tabac (mise en œuvre de la Commission-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, CCLAT à travers la réalisation d'un modèle médico-économique d'investissement et des campagnes nationales de sensibilisation comme « Family Move »), où le leadership du BP a été identifié comme un facteur de succès avec implication multisectorielle (MS, MJS, Alliance Tunisienne contre le Tabac).
- Travail démarré dans le cadre de l'initiative "Urban Governance for Health and Well-being" avec une forte composante de l'implication des autorités locales et de la communauté.

(iv) Objectif stratégique 4, référent aux fonctions et appui de l'OMS en Tunisie:

- Le plaidoyer et l'appui pour renforcer le développement digital dans la gestion et l'analyse des données avec, notamment la généralisation en cours, de la base de données pour les vaccins¹⁰⁷.
- Leadership et effort visible de plaidoyer institutionnel et d'implication de la société civile, notamment dans les thématiques liées aux déterminants sociaux et environnementaux et à l'approche *One Health* (intersectorialité,, AMR, tabac).

¹⁰⁵ Mental Health Gap Action Plan 2013-2030, WHO.

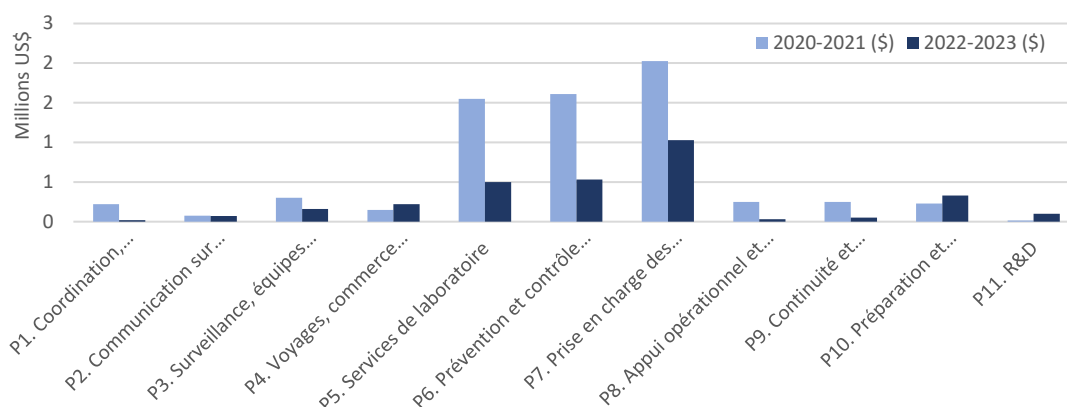
¹⁰⁶ EMRO et le Conseil arabe des spécialisations en santé ont lancé un diplôme professionnel régional de 2 ans en médecine familiale, visant à promouvoir la pratique dans la région et à améliorer la résilience du système de santé en renforçant les capacités en médecine communautaire.

¹⁰⁷ Système E-vax créé pour la gestion de la vaccination contre la COVID-19 et en cours de généralisation.

77. Sur la base des informations collectées, d'autres aspects ont été peu développés dans le sens d'une bonne performance:

- (i) Les domaines de la gouvernance, du financement et du personnel de santé, *building blocks* essentiels d'un système de santé touché par la crise économique, ont fait l'objet d'une attention et d'efforts limités. Bien que la pandémie de la COVID-19 ait impliqué une réorientation de la contribution, les interventions soutenues par l'OMS durant ces deux dernières biennies, tout en fournissant des données et des orientations utiles à ces trois *building blocks* (ex: renforcement des capacités en planification stratégique, comptes nationaux de la santé, élaboration d'une stratégie de financement du système national de santé, étude d'analyse de marché de travail dans le secteur de la santé) ne semblent pas avoir eu, jusqu'à présent, un effet de levier ou moteur des réformes systémiques adressées à surmonter des défis principaux du

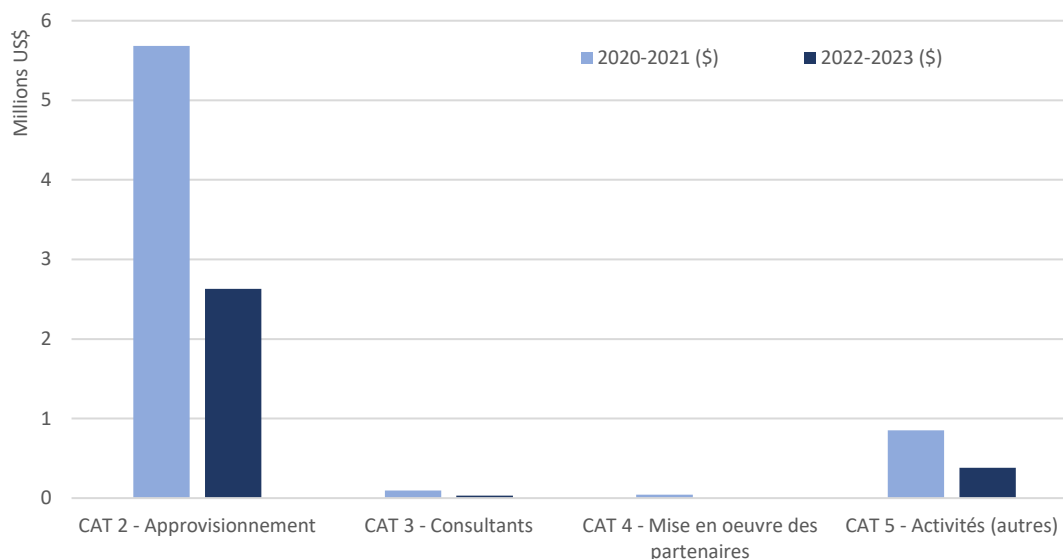
Graphique 4. Répartition de la planification budgétaire (US\$) par biennie et par pilier du plan de riposte à la COVID-19.



Source: OCR Workplan 2020-2021 et 2022-2023, (excel document) xlsx.

78. L'importance budgétaire de l'approvisionnement ressort également en analysant la planification par catégorie de dépenses, où il représente le 85%. Les autres types d'activités (hors consultants) ne représentent que 13% du budget planifié (voir Graphique 5).

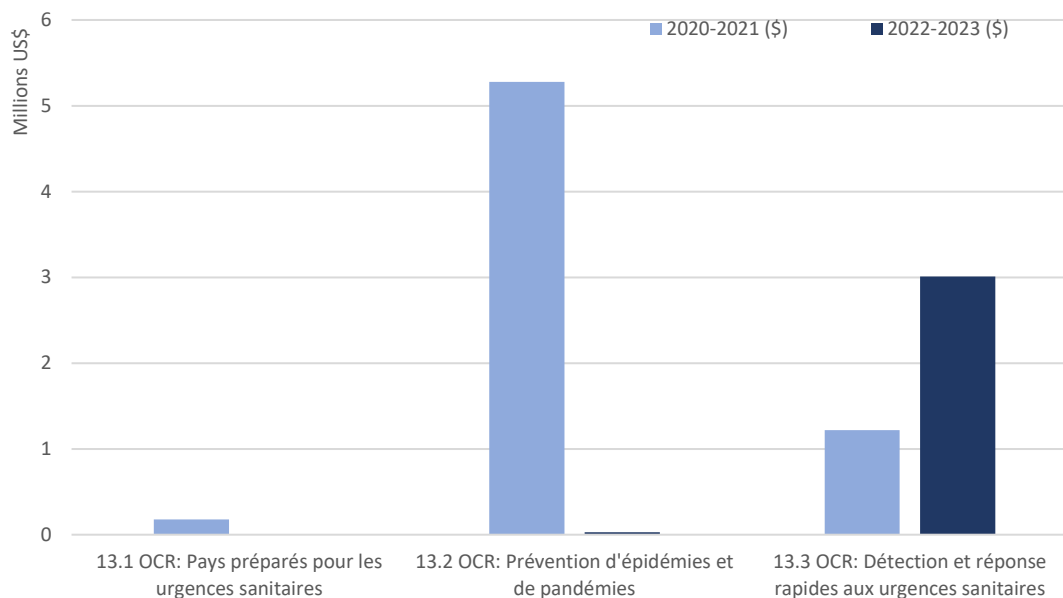
Graphique 5. Répartition de la planification budgétaire (US\$) par catégorie de dépense du plan de riposte à la COVID-19.



Source: OCR Workplan 2020-2021 et 2022-2023, (excel document) xlsx.

79. Par ailleurs, l’analyse de la répartition budgétaire par *outcomes* de l’OCR, il est clair que l’accent a été mis dans la prévention des épidémies et dans la détection et réponse aux urgences (55% et 44%, respectivement, du budget planifié). En revanche, la préparation aux urgences sanitaire n’a été que très peu considérée (2%) (voir Graphique 6).

Graphique 6. Répartition de la planification budgétaire (US\$) par Outcomes de l’OCR.



Source : OCR Workplan 2020-2021 et 2022-2023, (excel document) xlsx.

80. Du point de vue qualitatif, la performance de l'OMS pendant la pandémie en Tunisie montre des contributions décisives et déterminantes pour atténuer l'impact sanitaire sur le système national de santé, ses professionnels et parmi la population (bien que des données quantitatives ne soient pas disponibles). Les limites et les lacunes du soutien de l'OMS qui ont été documentées au cours de l'évaluation n'éclipsent pas les réalisations et s'inscrivent dans le cadre d'une crise sanitaire mondiale qui a dépassé non seulement les capacités d'une agence, mais aussi celles de l'architecture humanitaire internationale et des États eux-mêmes¹⁰⁸. Certaines des conclusions de l'évaluation sont conformes aux résultats de l'évaluation de la réponse de l'OMS à l'épidémie COVID-19 dans la région de la Méditerranée orientale.¹⁰⁹
81. Le BP a réagi à temps (un mois et demi avant la déclaration du premier cas dans le pays) et a fait bon usage de son mandat (légitimité) et de son expertise (crédibilité) pour se positionner en tant qu'organisation de référence lors de la réponse à la pandémie¹¹⁰. Parmi les contributions du l'OMS à la réponse nationale, les points suivants se distinguent particulièrement:
- Le rôle de leader scientifique et la capacité de l'interlocution de l'OMS, qui ont été décisifs pour la prise de décisions politiques et techniques à des moments critiques de la pandémie (Comité scientifique, Shoc-room), servant de référence pour les mécanismes de coordination de la riposte nationale, les acteurs nationaux, le système des NU, les partenaires techniques et financiers et les médias (lutte contre les "fake news" dans un programme télévisé en « *prime time* »);
 - La capacité de relier les données générées au niveau mondial en relation avec la pandémie aux besoins locaux, en diffusant les données et les bonnes pratiques générées dans d'autres pays qui pourraient être pertinentes et adaptables au contexte et au système de santé tunisiens;
 - L'intensification de la communication inter-agences et du travail conjoint durant la pandémie (essentiel dans une crise à grande échelle) a conduit à une collaboration accrue entre les agences actives dans le secteur de la santé, en particulier avec l'UNICEF;
 - L'activation rapide des équipes médicales d'urgence (EMT) dans le cadre de la réponse rapide aux crises sanitaires et leur déploiement dans différentes régions du pays. La mobilisation des équipes médicales d'urgence a capitalisé le travail réalisé les années précédentes par l'OMS et le MS en matière de préparation et de réponse aux situations d'urgence et de mise en place progressive du Règlement Sanitaire International¹¹¹;
 - Le soutien scientifique et technique continu à la gestion et au fonctionnement de la Shoc-room en tant que cellule de crise chargée de gérer la réponse opérationnelle à la pandémie;
 - L'amélioration des capacités diagnostiques et techniques du laboratoire national de référence et d'autres laboratoires régionaux, ainsi que le renforcement des interactions entre les différents laboratoires, ce qui a permis de consolider un réseau de professionnels et de structures mieux préparés pour d'autres crises sanitaires¹¹². En particulier, le démarrage de la surveillance génomique du COVID-19 et les compétences acquises permettront à l'avenir de mener des enquêtes plus ambitieuses;
 - Les guides et les normes définies pour la prévention et le contrôle des infections en milieu hospitalier, y compris les modules de formation développés et accrédités par la Commission nationale en charge de la formation;

¹⁰⁸ Voir Annexe – Impact de la pandémie COVID-19, riposte nationale et de l'OMS.

¹⁰⁹ WHO's response to COVID-19 in the Eastern Mediterranean Region | Independent review. February 2023.

¹¹⁰ Voir section Efficience pour plus de détails sur les facteurs explicatifs de la performance du BP durant la pandémie.

¹¹¹ Joint External Evaluation of IHR Core Capacities of the Republic of Tunisia. Geneva : World Health Organization; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO

¹¹² Au début de la pandémie uniquement 2 laboratoires étaient capables de faire la PCR. Postérieurement, avec la contribution de l'OMS, au total 28 laboratoires publics étaient capables de faire le diagnostic de la COVID par PCR.

- La réhabilitation ou la mise à niveau des structures sanitaires, en particulier des services de réanimation (une unité de 9 lits à l'hôpital régional du Kef) et une unité d'isolement à Hôpital Farhat Hached de Sousse (l'hôpital qui a reçu le premier cas de COVID-19); et
 - La modernisation et la professionnalisation de la chaîne de froid dans le pays, dans le cadre du soutien à la stratégie nationale de vaccination contre la COVID-19.
82. La pandémie a également mis en lumière de nouvelles méthodes et approches de travail et le potentiel de l'innovation. Par exemple, les soins à domicile, avec l'expérience de Ben Arous, la télé médecine pour la fourniture de soins à distance pour les localités enclavées ou les groupes de population ayant des barrières d'accès, l'approche One Health, la collecte d'indicateurs dans les situations de crise et le développement de compétences technologiques nationales dans la production de vaccins ARN sont des expériences qui, bien qu'embryonnaires, présentent des opportunités et des leçons apprises pour le développement du système national de santé.
83. La performance de l'OMS pendant la pandémie révèle également des difficultés et des domaines dans lesquels elle n'a pas été en mesure de réagir de manière adéquate, à la fois en raison de facteurs internes et organisationnels (ex: bureaucratie et retards, systèmes et procédures peu adaptés à une situation d'urgence à grande échelle, manque de personnel) et de facteurs externes (ex: défaillance de la chaîne d'approvisionnement mondiale, ruptures de stock de fournitures médicales essentielles, bureaucratie dans les procédures publiques, manque de capacités hospitalières)¹¹³.
84. Il a été identifié plusieurs facteurs contextuels qui ont caractérisé la période évaluée (2019-2023) et qui ont affecté la mise en œuvre des actions:
- (i) Une période de transition politique avec des changements fréquents dans les postes du MS, tantôt à un haut niveau de décision qu'au niveau technique. A titre d'exemple, le ministère a connu trois changements en une année pour des directions comme celle des DSSB ou de la Planification familiale ou, l'absence de points focaux pour des thématiques comme la santé reproductive ou le paquet essentiel de services de soin pendant plusieurs mois. Ceci a rendu difficile le maintien de la continuité dans les compromis, ainsi que dans l'opérationnalisation. En outre, il ressort que même si le personnel au sein du ministère est bien qualifié, il est peu nombreux par rapport aux sujets et défis à traiter;
 - (ii) Une situation économique nationale difficile et un espace fiscal réduit, aggravée par la crise COVID-19, la conjoncture internationale avec la guerre en Ukraine et les circonstances nationales (sécheresse). Ceci semble avoir entraîné une répercussion particulière pour le système de santé en ce qui concerne la réforme des finances, des hôpitaux et la stratégie des RH (même si les données macro-économiques plus récentes indiquent des progrès (16);
 - (iii) L'opérationnalisation de la multisectorialité apparaît comme un défi dans un domaine qui bouge essentiellement par la motivation de personnes et où la collaboration institutionnelle intersectorielle reste limitée en raison d'un cloisonnement historique. En outre, l'instabilité politique, déjà mentionnée, avec les changements fréquents des postes de décision rend difficile le compromis dans la stabilité; et
 - (iv) La pandémie de la COVID-19 et la crise qui a suivi, ont affecté directement et depuis le premier moment l'exécution des actions de la biennie 2020-2021, en particulier celles concernant des déplacements et des regroupements de personnes (adaptation de certaines activités et suspension d'autres activités) et ont façonné la formulation de la biennie 2022-2023¹¹⁴).

¹¹³ Voir section Efficience pour plus de détails.

¹¹⁴ Voir détail dans Q4.1.

85. En observant l'état des KPIs (dernier trimestre de 2022)¹¹⁵, 51% sont déjà atteints, mais pour le 27% il n'y a aucun niveau de progrès (voir Tableau 7). Sur cette information, le travail plus important à faire se situe dans le domaine de l'atteinte de la CSU et de l'amélioration du bien-être de la population (OS1 et OS3).

Tableau 7. Synthèse de l'état des KPIs de Tunisie à la fin 2022 par objectif stratégique du GPW13.

OS (GPW13)	Q4 2022		
	DISPONIBLE	EN PROGRÈS	N'EXISTE PAS
OS1	45%	25%	30%
OS2	62%	15%	23%
OS3	33%	22%	44%
OS4	59%	24%	18%
MOYENNE	51%	22%	27%

Source : Tunisia KPIs performance 2019 to date.xlsx. WHO.

86. Par ailleurs, pendant la période (2019-dernier trimestre 2022), uniquement le 29% a progressé, principalement au niveau des OS 1 et 2, alors que le 20% a régressé et le 51% n'a pas évolué (voir Tableau 8).

Tableau 8. Synthèse de l'évolution des KPIs de Tunisie entre 2019 et la fin 2022, par objectif stratégique du GPW13.

OS (GPW13)	Q4 2022		
	AUGMENTÉ	STABLE	DIMINUÉ
OS1	35%	40%	25%
OS2	38%	46%	15%
OS3	22%	67%	11%
OS4	18%	59%	24%
MOYENNE	29%	51%	20%

Source : Tunisia KPIs performance 2019 to date.xlsx. WHO.

Q3.2. Quelle a été la valeur ajoutée des contributions de la région et du siège de l'OMS à l'obtention de résultats en Tunisie?

87. Les visites techniques, le plus souvent de EMRO, mais également conjointes avec le siège, sont en général très appréciées par les contenus, le niveau d'expertise, la motivation qu'elles génèrent et l'opportunité pour mieux comprendre le rôle de l'OMS, qui souvent n'est pas bien connu en dehors du MS au niveau central. A titre d'exemple sont cités les visites dans le cadre du projet FCTC de lutte contre le tabac, du financement de la santé ou pour réaliser un état des lieux du système de santé.
88. La participation dans des événements régionaux ou internationaux est également très appréciées par les bénéficiaires des institutions rencontrées relevant du MS, par les opportunités qu'elles offrent d'apprentissage, d'échange et de création de réseaux, comme pour la lutte anti-tabac en sein de EMRO, ou une formation en rédaction scientifique aux Émirats Arabes Unis pour des microbiologies. Deux cas de figure ont été identifiés : proposition faite par le BP pour une initiative du niveau régional ou global, ou proposition réalisée par EMRO ou le siège et facilitée par le BP.
89. La possibilité de faire partie de réseaux d'expertise régionaux ou internationaux de l'OMS, comme les centres collaborateurs ou les centres de référence apparaît d'une forte valeur pour les structures pouvant y accéder. C'est le cas du laboratoire de virologie du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sahloul de Sousse, dont le

¹¹⁵ Tunisia KPIs performance 2019 to date.xlsx. WHO et Annexe 8. Liste des indicateurs de performance (KPIs) pour la Tunisie.

processus d'admission en tant que laboratoire de référence régional est en cours et où la complémentarité entre EMRO et le BP a été très reconnue (dans un contexte où précisément la complémentarité entre les trois niveaux de l'OMS apparaît souvent comme une faiblesse) ou, de l'Institut Pasteur Tunisie pour la production de vaccins ARN-messager pour des virus émergents et réémergent (structure RetD en cours avec soutien de l'OMS-HQ).

90. Néanmoins, plusieurs éléments ont été identifiés agissant en tant que freins à cette valeur ajoutée :

- (i) Des délais dans les réponses du bureau régional, notamment en matière de procédures de contractualisation, qui peuvent engendrer des retards et affecter l'exécution d'activités.
- (ii) Une perception de confusion générale dans les rôles joués par les trois niveaux de l'OMS (siège, bureau régional et bureau de pays), malgré le processus interne *Transformation agenda* (OMS, 2021) : la communication et la complémentarité entre les trois niveaux de l'OMS sont très disparates, semblent reposer sur des liens interpersonnels et les niveaux de décision et d'action ne sont pas clairs. Des visions et des priorités du HQ et de EMRO globales versus une vision du BP adaptée au contexte national, qui ont du mal à s'aligner. Ceci peut créer des incompréhensions en interne, mais également des partenaires nationaux.

91. En revanche, la totalité des informateurs clés interviewés de EMRO ont transmis une perception très positive de l'équipe du BP quant à la collaboration, la prédisposition et la communication avec le niveau régional.

1.11. Efficience

Q4. Dans quelle mesure les interventions de l'OMS ont-elles produit, ou sont-elles susceptibles de produire, des résultats de manière efficiente et en temps voulu?

Constat 17. La fragmentation de la planification mise en évidence, grand nombre d'actions avec un budget moyen par action très bas, ne contribue pas à l'optimisation des ressources dans une optique de performance.

Constat 18. Le taux d'exécution budgétaire par rapport aux fonds planifiés et aux fonds reçus, est bien meilleure pour les catégories OCR et Non-PB que pour BASE. Même si l'analyse n'est pas exhaustive, elle montre une cohérence entre les ressources financières dédiées aux RH et les efforts pour mettre en place les activités, puisque la proportion budgétaire totale allouée au staff se maintient entre le budget planifié et le budget compromis.

Constat 19. Face à une progression continue de la planification budgétaire de la catégorie BASE durant les trois biennies, les fonds compromis se maintiennent ce qui pourrait s'expliquer, au moins en partie, par la concentration des efforts et des priorisations dans la riposte à la crise de la COVID-19 (fonds OCR pendant les biennies 2020-2021 et 2022-2023) et par le fait que l'année 2023 est toujours en cours.

Constat 20. En analysant uniquement le budget BASE, le niveau d'exécution budgétaire dédié au staff est plus élevé (et plus proche du budget planifié) que celui dédié aux activités. Cependant, en intégrant le budget OCR dans l'analyse, il est constaté qu'avec un même budget pour le staff, le budget pour les activités a été multiplié par 5,6 pour la biennie 2020-2021 et par 3,3 pour la biennie 2022-2023.

Constat 21. L'équipe du bureau pays a été très reconnue par tous les acteurs en santé interviewés - bonne compréhension du contexte national, capacité d'écoute, proximité, proactivité, recherche de meilleures alternatives, compromis au-delà de leurs fonctions, sont les principales appréciations transmises.

Constat 22. Face à la pandémie de la COVID-19, le BP a su affirmer son rôle de référent en santé, tout en s'adaptant, et appuyant le plan de gestion de la crise géré par l'État. Au niveau organisationnel, la pandémie a permis au BP de développer des niveaux d'autonomie plus importants, notamment par l'établissement de nouveaux

partenariats, l'élargissement et la diversification des bailleurs et de saisir des opportunités pour réaliser des actions de changement et tirer des apprentissages.

Constat 23. L'opérationnalisation de la modalité d'approvisionnement et le fonctionnement du mécanisme COVAX sont apparus comme des difficultés qui ont empiété l'efficacité de la riposte de l'OMS.

Constat 24. Le mécanisme employé pour la planification et le suivi des biennies, entre le BP et le MS ne semble pas un mécanisme conjoint de collaboration stratégique. En outre, l'écart entre les livrables des biennies et les indicateurs de performance de l'OMS (KPIs) est trop important pour en établir le lien.

Constat 25. Quant au RBM interne à l'OMS, la caractéristique principale est la fragmentation, tant pour la planification que pour le reporting. Sans un document contenant la globalité des actions réalisées et le lien avec le budget, le suivi semble plus axé sur l'exécution budgétaire et sur les livrables que sur la qualité des résultats obtenus.

Constat 26. La dimension réduite de l'équipe du BP face aux nombreux dossiers à traiter et à la lourdeur des procédures, les cycles de planification et budgétisation courts, et la question de la langue sont apparus comme des facteurs, internes à l'organisation, limitant de l'efficacité.

Les constats de cette section sont présentés en fonction des thèmes suivants: Utilisation efficace des ressources financières et humaines, comparaison entre la planification et l'exécution budgétaire, comparaison d'exécution pour les différentes catégories budgétaires, capacité d'adaptation à la crise de la COVID-19 et facteurs limitants, système de gestion basé sur les résultats et système de monitoring et d'évaluation utilisés.

Q4.1. Dans quelle mesure les interventions de l'OMS reflètent-elles une utilisation économique et opérationnelle efficace des ressources, y compris en réponse à des besoins sanitaires nouveaux et émergents qui nécessitent un ajustement ou une redéfinition des priorités des interventions?

92. En portant l'analyse sur la répartition des fonds programmés entre les activités, la fragmentation de la planification est mise en évidence et le constat général est que cette fragmentation ne contribue pas à l'optimisation des ressources dans une optique de performance. En effet, le budget moyen programmé par activité est d'uniquement US\$ 25.088 avec l'extrême de US\$ 8.886 par activité pour la biennie 2018-2019 (voir Tableau 9).¹¹⁶ Si calculées sur le budget compromis, les moyennes sont encore inférieures. Dans certains cas, des activités à budget modéré peuvent être pertinentes et efficaces (par exemple, le BP jouant un rôle de rassembleur, de catalyseur ou de créateur de nouveaux partenariats). Cependant, de nombreuses activités ont été de nature ponctuelle, ont nécessité de faibles budgets mais n'ont pas connu de continuité claire ou d'un effet évident. La nécessité d'optimiser l'affectation des ressources à certaines activités et de rechercher des effets plus importants et meilleurs sur le système de santé, avec des ressources disponibles limitées a été une question fréquemment mentionnée au cours des entretiens.

Tableau 9. Budget BASE programmé par biennie et répartition moyenne par activité (US\$).

	2018-2019	2020-2021	2022-2023	TOTAL
Produits	33	25	31	
Activités principales (Top tasks)	286	38	63	387

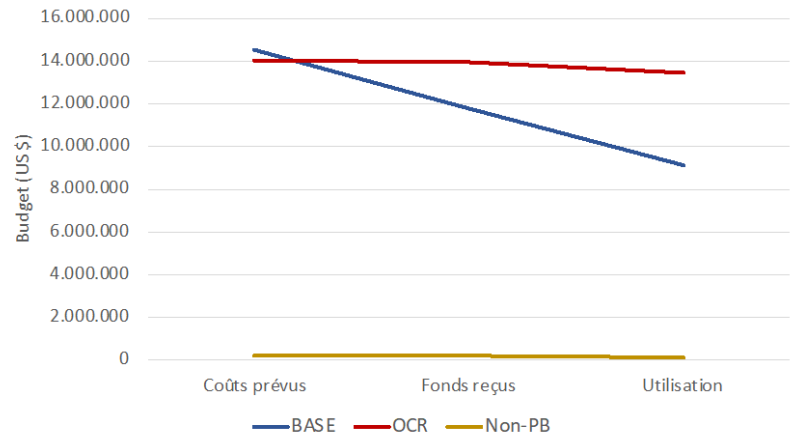
¹¹⁷ Calculs réalisés sur la base de Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023. Xlsx. WHO.

Coût prévu BASE (US\$)	4,135,250	4,517,389	5,835,677	14,488,316
Budget moyen par activité principale (planification) (US\$)	14,459	118,879	92,630	37,438

Source: Workplans 2018-2019, 2020-2021 et 2022-2023 et Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023. xlsx. WHO

93. En termes budgétaires, le taux d’exécution par rapport aux fonds planifiés et aux fonds reçus, est bien meilleure pour les catégories OCR et Non-PB (97% et 96% des fonds reçus) que pour BASE (78% des fonds reçus, avec la nuance de l’année 2023 encore en cours)^{117 118}. Cette différence pourrait s’expliquer par la nature même de ces catégories, puisque les fonds OCR et Non-PB répondent à des besoins concrets d’un moment donné et ne sont pas normalement planifiés par biennies en accord avec le Budget Programme de l’OMS. En outre, les fonds OCR sont exceptionnels en Tunisie et les fonds Non-PB sont marginaux.

Graphique 7. Comparaison de l’utilisation des trois types de budget (BASE, OCR et Non-PB)



Source: Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023. xlsx. WHO.

94. Il est observé que la proportion budgétaire totale allouée au staff ce maintien entre le budget planifié et le budget compromis (17%)¹¹⁹. Ceci est interprété positivement, et même si l’analyse n’est pas exhaustive, montre une cohérence entre les ressources financières dédiées aux RH et les efforts pour mettre en place les activités(voir Tableau 10).

Tableau 10. Synthèse de la répartition budgétaire (en pourcentage) entre les activités et le staff.

	TOTAL ACTIVITÉS (%)	TOTAL STAFF (%)	GRAND TOTAL (%)
Coûts prévus	83%	17%	100%
Fonds reçus	84%	16%	100%
Utilisation	83%	17%	100%

Source: Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023.xlsx. WHO.

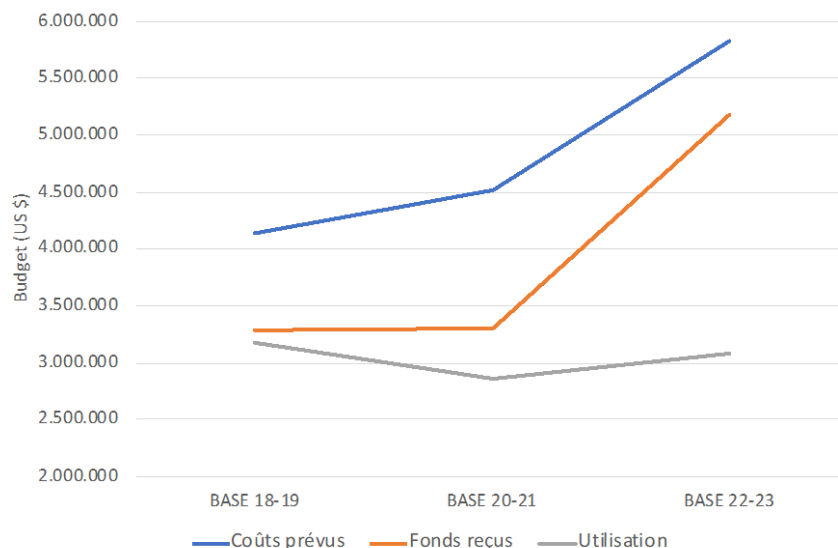
¹¹⁷ Calculs réalisés sur la base de Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023. Xlsx. WHO.

¹¹⁸ Voir Graphique 7.

¹¹⁹ Calculs réalisés sur la base de Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023. Xlsx. WHO.

95. A propos de l'évolution de la planification budgétaire de la catégorie BASE (programmation des biennies en fonction du Programme Budget) durant les trois biennies, il est observé une progression continue dans le temps. Néanmoins, les fonds compromis se maintiennent, ce qui pourrait s'expliquer, au moins en partie, par la concentration des efforts et des priorisations dans la riposte à la crise de la COVID-19 (biennies 2020-2021 et 2022-2023) et par le fait que l'année 2023 était toujours en cours (voir Graphique 8).

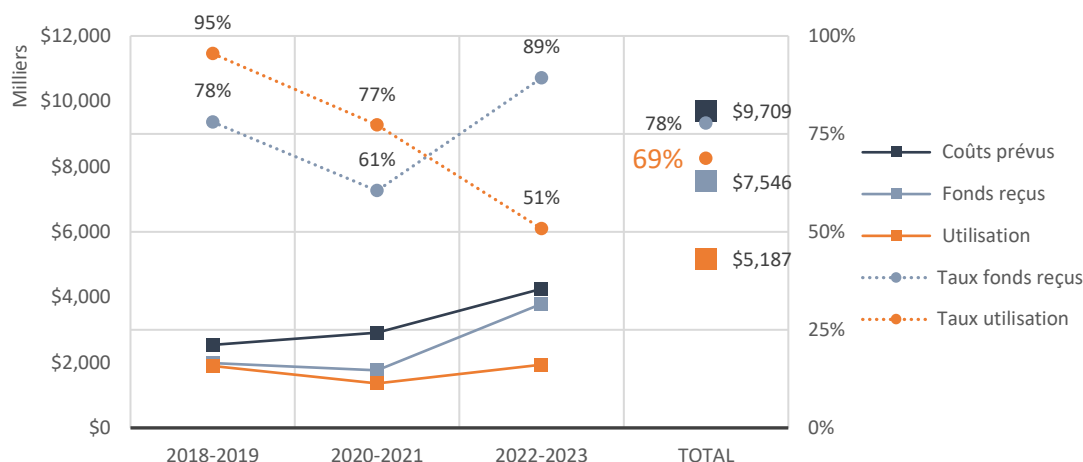
Graphique 8. Évolution du budget BASE (US\$) durant les trois biennies.



Source: Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023. xlsx. WHO.

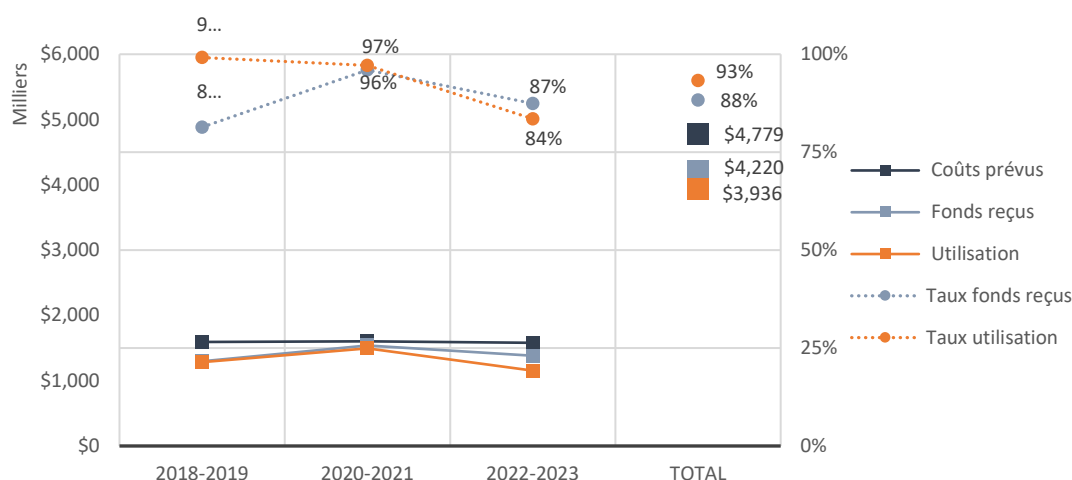
96. En se focalisant sur l'utilisation des fonds BASE, consacrés directement aux activités¹²⁰, par rapport à la planification et à la disponibilité, il est constaté un bon taux d'exécution budgétaire durant la biennie 2018-2019 (95% des fonds reçus et 75% des fonds planifiés), qui pourrait être considérée comme une biennie « normale ». Par ailleurs, pour les biennies 2020-2021 et 2022-2023, ces taux sont bien plus bas, ce qui s'explique clairement, comme pour les constats précédents, par la priorisation focalisée sur la riposte à la COVID-19 durant 2020-2021, et en partie durant 2022-2023, en considérant également que l'année 2023 était encore en cours (voir Graphique 9).

¹²⁰ Les fonds sont structurés en fonds pour les activités et fonds pour le staff.

Graphique 9. Évolution du budget BASE (US\$) dédié aux activités (planifié, reçu et compromis) durant les trois biennies.

Source: Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023. xlsx. WHO.

97. Quant aux ressources financières dédiées au personnel durant les deux premières années de la riposte à la COVID-19 (bienné 2020-2021), une légère partie du budget dédié au staff correspondant a été attribué aux fonds OCR pour être, durant la bienné 2022-2023 totalement imputé dans les fonds BASE¹²¹. Une fois cette précision réalisée, le taux d'exécution budgétaire pour le staff est satisfaisant, et plus élevé que celui des activités, avec 93% des fonds reçus et 82% des coûts planifiés (voir Graphique 10). Les deux premières biennies présentent des taux d'exécution par rapport aux fonds reçus de pratiquement 100%. La bienné 2022-2023 présente un taux moins élevé, mais l'exécution de l'année 2023 continue et les données ne sont pas consolidées au moment de l'évaluation.

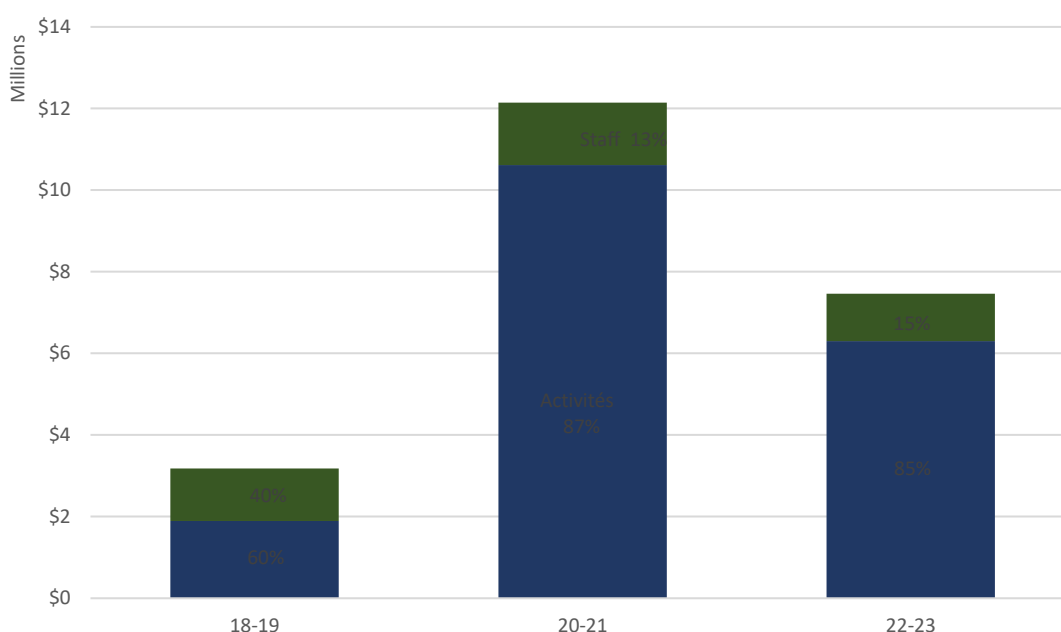
Graphique 10. Évolution du budget BASE (US\$) dédié au staff (planifié, reçu et compromis) durant les trois biennies.

Source: Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023. xlsx. WHO.

¹²¹ Durant la bienné 2020-2021, 2% du budget Staff utilisé (représentant 1% du budget Staff planifié), a été imputé aux fonds OCR. Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023. Xlsx. WHO.

98. Ainsi, il est observé que l'exécution budgétaire dédiée au staff est, pour la totalité de la période évaluée, plus proche du budget planifié que l'exécution budgétaire des activités l'est de sa planification (82% d'exécution budgétaire pour le staff vs. 53% pour les activités) (voir Graphiques 9 & 10). Ce constat isolé amènerait à penser qu'il n'y a pas un lien strictement direct entre le niveau d'exécution des activités et le coût des ressources humaines employées pour cette exécution. En quelque sorte, les ressources humaines se maintiendraient dans une certaine ampleur d'exécution des activités. Cependant, en ajoutant le budget exécuté pour la riposte à la COVID-19 (budget OCR, qui ne représente que des activités et pas de staff) il s'avère que, avec un même budget pour le staff (une moyenne de US\$ 1 300 000 par biennie), le budget pour les activités a été multiplié par 5,6 pour la biennie 2020-2021 (US\$ 10 617 713 vs. US\$ 1 893 922) et par 3,3 pour la biennie 2022-2023 (US\$ 6 304 738 vs. US\$ 1 893 922)¹²² (voir Graphique 11). Sans entrer dans le détail des types d'activités (assurances techniques, achats, constructions) et des types d'exécution (procédures de contractualisation, appels d'offres pour achats, exécution directe ou indirecte) ce constat permet d'affirmer que l'équipe du BP a su réaliser un effort très important durant les deux dernières biennies, notamment durant 2020 et 2021, et montre son efficience pendant cette période.

Graphique 11. Répartition du budget compromis entre les activités et le staff.



Source: Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023. xlsx. WHO.

99. Du point de vue qualitatif, la performance opérationnelle du bureau pays a été très reconnue durant l'implémentation des activités par tous les acteurs en santé interviewés : capacité d'écoute, proximité, proactivité, recherche de meilleures alternatives, compromis au-delà de leurs fonctions, sont les principales appréciations transmises. Avec une équipe constituée essentiellement de personnel local¹²³, la bonne compréhension du contexte national et la capacité d'action en conséquence, a été particulièrement soulevée. Malgré le constat de la revue fonctionnelle de 2019¹²⁴, le BP a su parfaitement s'adapter, non sans efforts, à la situation d'urgence générée par la COVID-19¹²⁵. En outre, l'étroite collaboration entre l'équipe du BP et notamment le MS a permis un bon niveau d'exécution technique malgré un contexte politique complexe et

¹²² Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023. Xlsx. WHO.

¹²³ Uniquement deux postes couverts par des internationaux au moment de l'évaluation, avec un des deux qui est pourvu depuis un an.

¹²⁴ « ...capacité limitée pour répondre aux situations d'urgence qui peut avoir un impact négatif pour la réputation de l'OMS ». Country Functional Review Tunisia 23-26 September 2019, EMRO, WHO.

¹²⁵ Voir Q3.1 et Q4.1 constats précédents.

les rotations de personnel survenues durant la période concernée. Dans le même sens, les relations stratégiques et de confiance avec les institutions, ont été amplement reconnues et ont facilité le rôle de l'OMS en termes de plaidoyer. Néanmoins, au niveau décentralisé, la perception des partenaires est plus mitigée, avec quelques cas où des sollicitudes réalisées qui n'ont pas obtenu de réponse.

100. Face à la pandémie de la COVID-19, le BP a su affirmer son rôle de référent en santé, tout en s'adaptant et appuyant le plan de gestion de la crise géré par l'État. Le BP a anticipé pour annoncer les risques dus à la COVID-19 avant la déclaration de la pandémie, et a coordonné et partagé l'information durant toute la période de crise¹²⁶, avec les acteurs en santé, notamment les institutions publiques dont le MS et ses départements, d'autres agences du SNU, des OSC et des partenaires techniques et financiers. La coordination entre OMS et UNICEF pour accompagner la stratégie nationale de vaccination COVID-19 a été positivement perçue par les acteurs nationaux.
101. En 2019 le BP ne disposait pas de stratégie de mobilisation de ressources ni une cartographie de donateurs dans le pays¹²⁷. Cependant, il a démontré sa capacité de mobilisation de ressources spécifiques à la pandémie avec l'établissement de liens avec de nouveaux bailleurs de fonds. Sur la base de l'information disponible, environ US\$ 2 millions ont été reçus ainsi, sous forme de projets. Cette mobilisation a permis de compléter les fonds canalisés par le BR et le HQ pour les activités et a permis également d'obtenir un renforcement des ressources humaines¹²⁸.
102. Le BP a prouvé sa capacité de saisir des opportunités pour réaliser des actions de changement, comme avec l'introduction de la production d'oxygène en Tunisie¹²⁹, et de tirer des apprentissages des biennies précédentes et de la COVID-19, pour s'orienter vers des actions ciblées (moins de fragmentation) avec plus de valeur ajoutée. Ceci a commencé à être appliqué durant la biennie 2022-2023 et continue avec la biennie 2024-2025 en cours d'élaboration.
103. Un large consensus a pu être dégagé sur certaines limites du soutien de l'OMS à la riposte nationale à la pandémie¹³⁰ et qui représentent des domaines ayant un potentiel d'amélioration:
 - (i) Certains systèmes et outils de l'OMS ne semblent pas avoir été adaptés et préparés pour une réponse agile et efficace à une crise sanitaire de grande ampleur, ce qui a rendu la gestion et l'accès à certains produits médicaux encore plus difficiles (ex: catalogue OMS de produits d'urgence, logistique interne, système d'achats). Les difficultés pour opérationnaliser la modalité d'approvisionnement ont limité la réponse face à des besoins urgents. Les institutions nationales ont eu recours dans certains cas à d'autres partenaires tel que UNICEF. Des équipements ont été livrés avec des retards et même une fois la crise finalisée (ex: des ambulances);
 - (ii) La gestion des interventions ayant une composante logistique, procédurale et de coordination importante a dépassé les capacités et les outils disponibles au niveau du BP. Un clair exemple est le projet de construction de l'unité de patients COVID-19 à l'Hôpital Régional de Kef (environ 100 m²) qui n'a pas été achevé au cours des deux années de la pandémie et n'a pas pu remplir son objectif initial;

¹²⁶ Directives OMS, situation épidémiologique nationale, mécanisme COVAX, etc.

¹²⁷ Country Functional Review Tunisia 23-26 September 2019, EMRO, WHO.

¹²⁸ La proportion pour la formulation de projets doit être 60% activités et 40% Staff.

¹²⁹ Face à la pénurie d'oxygène médical durant la pandémie COVID-19, en plus de fournir des respirateurs, l'OMS a acquis des générateurs d'oxygène. Ceci a été une première en Tunisie, où la législation ne contemple pas la production d'oxygène médical. Les générateurs ne sont pas encore en fonctionnement, mais le processus de mise à jour réglementaire, formation des techniciens et détermination de l'entretien des équipements est en cours. Une fois ces barrières surmontées, les structures sanitaires tunisiennes disposeront des outils pour une autonomie en termes d'oxygène médical (marché monopolisé dans l'actualité).

¹³⁰ Informateurs internes et externes, revue documentaire, observations

- (iii) Le renforcement des capacités nationales de production d'oxygène qui était initié pendant la pandémie a été confronté à des difficultés, mais permettra une plus grande autonomie et une gestion plus efficace d'un approvisionnement critique pour la prise en charge hospitalière;
- (iv) L'arrivée des vaccins par le biais du mécanisme COVAX a été retardée et en quantités limitées, en raison de la classification de la Tunisie comme pays à revenu intermédiaire, des lacunes dans l'algorithme COVAX et les critères d'allocation et de distribution mondiales (17) et des difficultés logistiques dans les chaînes d'approvisionnement mondiales (18), entre autres. Les difficultés rencontrées dans l'approvisionnement en vaccins ont eu une incidence sur les attentes du MS et ont partiellement affecté les délais prévus dans la stratégie nationale de vaccination ; et
- (v) Les interactions initiales entre l'OMS et les institutions financières internationales, en particulier la Banque mondiale, qui a approuvé plusieurs projets pour le MS, ne semblent pas avoir eu de continuité et plus d'actions conjointes structurées ne se sont pas développées.

Q4.2. Dans quelle mesure le dispositif organisationnel (système de gestion axé sur les résultats), administratif et structurel est-il en adéquation avec les besoins du processus d'élaboration et de mise en œuvre des plans de travail biennaux?

104. Le mécanisme employé pour la planification biennale entre le BP et le MS a évolué au cours des trois biennies évaluées, néanmoins, le document de planification biennale ne reflète pas toutes les caractéristiques d'un document de planification stratégique, tel qu'il est conçu par l'OMS¹³¹. Même si cette collaboration est très étroite, elle apparaît dissociée, avec d'un côté le niveau stratégique et de l'autre le niveau opérationnel, sans un espace conjoint pour la construction des priorités et actions communes. Au niveau de MS, l'Unité de Coopération Technique (UCT) semble tout centraliser, mais sans promouvoir un dialogue interne entre les principaux départements (et autres instances clés) du MS. Ce mécanisme rend difficile la construction de la biennie dans la logique stratégique, en gardant la cohérence dans le temps et en articulant de façon équilibrée les directives régionales de EMRO avec le contexte et les priorités nationales.
105. Le système de gestion axé sur les résultats utilisé par le BP est celui marqué par le BR, sur la base de sa Stratégie Vision 2030¹³². Les indicateurs de performance sont sélectionnés sur une liste prédéterminée, en fonction des actions menées dans le pays. Le système de mesure et de suivi de ces indicateurs est également donné par le BR¹³³. Mais, sur la base de l'information disponible, ces indicateurs ne sont pas accordés ni suivis conjointement avec les partenaires nationaux dont le MS.
106. Même si les indicateurs de performance illustrant les progrès au niveau des *outputs* et *outcome* du GPW13 dépendent en grande partie des progrès nationaux et ne sont pas uniquement une responsabilité de l'OMS, l'écart entre les livrables des biennies et ces KPIs rend difficile l'appréciation de contribution de l'OMS. Des KPIs atteints ou qui montrent des progrès, mais où il n'a pas été identifié la contribution de l'OMS (exemple : publications scientifiques)
107. En outre, il n'existe pas de mécanisme formel établie avec le MS pour discuter, analyser et mesurer l'implémentation des biennies^{134 135}. Dans ce sens, il a été identifié un effort en cours pour améliorer le système de suivi des biennies qui va être mis en application avec la biennie 2024-2025 en cours d'élaboration.

¹³¹ WHO Country cooperation strategy guide 2023

¹³² Voir détail Q3.1.

¹³³ Système des trois couleurs pour l'état de l'indicateur (rouge, jaune ou vert) et de niveau de progrès durant une période donnée (stable, croissant ou décroissant).

¹³⁴ Entretiens internes et externes et révision documentaire.

¹³⁵ Remarque déjà réalisée dans la revue fonctionnelle de EMRO, Country Functional Review Tunisia 23-26 September 2019, EMRO, WHO.

108. Quant au système de suivi interne à l'OMS, la caractéristique principale est la fragmentation, tant pour la planification¹³⁶ que pour le reporting¹³⁷, rapports pour le BR, rapports techniques et financiers aux bailleurs de fonds, livrables réalisés par les consultants externes, sans un document qui rassemble tout le travail réalisé durant une période, ni les résultats atteints suivant la planification initiale et les modifications par rapport à cette planification. En outre, sur la base de l'information obtenue, le suivi des activités semble plus axé sur l'exécution budgétaire et sur les livrables que sur la qualité des résultats obtenus. A titre d'exemple, dans le cadre de la riposte à la crise de la COVID-19, des initiatives pour la promotion et la continuité des services essentiels ont été engagées dont le développement et la création d'une Unité d'Assistance Psychologique nationale pour les personnels de santé, les patients COVID-19 et la population générale: Quelle a été la couverture géographique et dans le temps, combien d'appels ont été reçus et traités par jours? Est-ce que ce service est toujours opératif, pour quels problèmes? La réponse à ces questions n'apparaît dans aucun document de monitoring¹³⁸. Sur la base de l'information disponible, il n'existe pas de document faisant le lien entre le descriptif des actions réalisées et l'exécution budgétaire. En outre, l'avis a été unanime quant à la lourdeur pour le renseignement des formats de suivi pour le BR qui requièrent un temps important et n'apporte pas de valeur ajoutée.
109. Les documents et données disponibles pour l'évaluation n'ont pas permis de réaliser une analyse de l'exécution, donc de l'effort dédié, par Pilier du plan de riposte à la COVID-19, ni de comparer celle-ci par rapport à la planification, ni du point de vue budgétaire ni d'activités.
110. Même si elle a été renforcée durant la période¹³⁹ évaluée, l'équipe semble encore insuffisante face à l'éventail de thématiques et de dossiers à traiter, avec un staff technique qui assure également du travail administratif, très consommateur de temps. Le manque de personnel a obligé les professionnels du BP à assumer de nouvelles et multiples fonctions dans des domaines pour lesquels ils n'étaient pas préparés sur le plan individuel ou organisationnel (ex: logistique, achats, procédures administratives), ce qui a généré une charge de travail supplémentaire, fatigue et une certaine frustration. Le manque de personnel est majoritairement perçu par les acteurs en santé en Tunisie, notamment du MS, mais également du staff des programmes techniques au niveau de EMRO. En outre, dans un contexte mondial et national, post COVID-19, où le rôle stratégique de l'OMS est largement reconnu, le BP ne dispose pas de personnel spécialisé en communication ni en partenariats (en cours de concrétion au moment de l'évaluation)¹⁴⁰.
111. D'autres facteurs internes à l'organisation, et pas directement dépendant du BP, ont été identifiés limitant l'efficacité de la contribution de l'OMS en Tunisie, à savoir:
- (i) Les cycles de planification et budgétisation biennaux sont courts et l'équipe du BP dispose de peu de temps pour planifier dans le cadre des ressources budgétisées, qui présentent un degré élevé d'incertitude. De nouveaux budgets doivent être préparés avant qu'il n'y ait une possibilité réaliste de synthétiser les enseignements tirés de la mise en œuvre en cours. Cela peut entraîner des mécontentements avec les partenaires nationaux et une mise en œuvre précipitée sans avoir nécessairement les résultats escomptés en termes d'amélioration des plans, programmes ou services de santé nationaux;¹⁴¹

¹³⁶ Programmation des biennies (document commun avec le MS), Budget allocation, Workplan.

¹³⁷ Trois formats différents durant la période évaluée pour le reporting descriptif des activités, rapports spécifiques à des programmes internes de l'OMS comme NAPHS.

¹³⁸ La publication *Impact on the ground: WHO's action in countries, territories and areas*, WHO, 2021, qui présente des études de cas dans le cadre du GPW13, décrit cette expérience pour la Tunisie et apporte quelques informations sur le processus et l'appropriation du système national, mais il s'agit bien d'un document de communication, et non pas un document technique interne.

¹³⁹ Équipe de systèmes de santé a été renforcée, poste créé de *Programme Officer*.

¹⁴⁰ La revue fonctionnelle de 2019 recommandait déjà le renforcement de la communication autour des actions de l'OMS en Tunisie. *Country Functional Review Tunisia 23-26 September 2019*, EMRO, WHO.

¹⁴¹ Constat également réalisé à un niveau global de l'organisation dans l'évaluation *Independent Evaluation of WHO's Results-Based Management Framework. Final Report*. WHO Evaluation Office -January 2023. WHO. Les tentatives de modification de la durée du

- (ii) La bureaucratie et les procédures: en général, elles ont entraîné des lenteurs et des frustrations tant parmi le staff que parmi les partenaires nationaux. Elles sont perçues comme étant plus lourdes que celles d'autres agences. Il a été soulevé des lenteurs particulières pour les recrutements (staff et consultants) et pour l'approvisionnement avec des procédures peu adaptées aux situations d'urgence; et
- (iii) La langue: des difficultés pour trouver des experts francophones en des thématiques spécifiques ou des outils de l'OMS disponibles uniquement en anglais, que le BP doit traduire, en général en précipitation, pour les rendre accessibles aux partenaires et acteurs en Tunisie.

1.12. Durabilité

Q5. Dans quelle mesure l'OMS a-t-elle contribué à renforcer les capacités et l'appropriation nationales pour répondre aux besoins et aux priorités humanitaires et de développement de la Tunisie en matière de santé?

Constat 27: La plupart des interventions appuyées par l'OMS, même des actions avec une logique de crise et de court terme pour répondre à la pandémie, ont contribué au renforcement des capacités du système national de santé dans certains domaines, et sont avérées ou apparaissent avec une bonne perspective de continuité, d'ouverture de portes ou effet levier. Elles se situent en accord avec les priorités et chantiers nationaux et avec les problématiques émergentes, même dans un contexte qui a amené à un roulement important de responsables au sein du MS et marqué par la pandémie. La reconnaissance de l'expertise de l'OMS, notamment par le MS, et la longue et étroite collaboration entre les deux institutions ont été des facteurs clés dans la création d'un espace de confiance et de travail stable aussi bien au niveau politique que technique.

Constat 28: Les facteurs qui ont entravé la consolidation, l'appropriation nationale ou la continuité de certaines interventions incluent le manque d'une base administrative ou juridique suffisamment développée, les limitations des ressources matérielles ou financières (résultant de la crise économique), et la bureaucratie des administrations publiques et de l'OMS. Une partie des interventions a été largement tributaire de la mobilisation des ressources externes et ont soulevé des questions quant à leur utilité et à leurs effets à moyen terme. Finalement, la modalité de planification des biennies, la fragmentation des plans d'action conjoints, et la faible prévisibilité des fonds disponibles a constitué un frein à la programmation d'actions et réformes du système national de santé qui nécessitent d'une continuité de moyen ou long terme.

Constant 29: L'appréciation du renforcement des capacités nationales en vue d'un système de santé résilient et durable montre que les résultats obtenus se concentrent principalement sur les domaines de la gouvernance, la prestation de services, la santé des populations et, dans une moindre mesure, les médicaments et technologie et le personnel. Le domaine du financement des systèmes de santé suggère un effort plus limité des contributions de l'OMS, même s'il s'agit d'un des principaux défis du système national de santé.

Les constats de cette section sont présentés en fonction des thèmes suivants: appropriation nationale des contributions, cadre national administratif, juridique et de moyens disponibles, facteurs limitants, renforcement des capacités nationales en vue d'un système de santé résilient et durable.

Q5.1. Dans quelle mesure les interventions de l'OMS durant la période évaluée vont dans le sens de la durabilité et de l'appropriation nationale des résultats obtenus en vue d'un système de santé résilient en Tunisie (y compris pour les situations d'urgence), une couverture sanitaire universelle et une meilleure santé de la population?

112. La détermination des perspectives de durabilité et de l'appropriation nationale des interventions et des contributions de l'OMS s'est articulée autour de trois paramètres principaux: i) l'engagement politique ou

cycle budgétaire, lorsqu'elles ont été proposées précédemment, se seraient heurtées à l'opposition des États membres craignant de s'engager à verser des contributions pour une période supérieure à deux ans.

institutionnel ii) le cadre organisationnel, juridique ou administratif (lois, décrets, circulaires, normes) iii) l'allocation spécifique des ressources nationales (principalement à travers les budgets de l'Etat, l'affectation de professionnels ou de ressources propres)¹⁴².

113. L'engagement politique ou institutionnel s'est reflété dans toutes les interventions soutenues par l'OMS, précisément en raison de leur alignement avec les priorités et les orientations nationales (voir section Pertinence) et du processus de consensus entre l'OMS et le MS au moment d'établir les plans d'action biannuels. En outre, la reconnaissance de l'expertise technique et caractère "neutre"¹⁴³ de l'OMS, et la longue et étroite collaboration entre les deux institutions ont été des facteurs clés dans la création d'un espace de confiance et de travail aussi bien au niveau politique que technique. Entre 2019 et 2023, l'OMS a été au cœur des chantiers et des processus de réforme, de modernisation ou de révision promus par les autorités sanitaires nationales, tels que le Dialogue sociétal et la PNS, ainsi que d'autres stratégies et plans thématiques (ex: MNT, NAPHS, santé mentale, *One Health* et résistance aux antimicrobiens, tabac, multisectorialité de la santé), qui ont répondu à la nécessité de transformer le secteur de la santé et de l'adapter aux nouveaux besoins sanitaires et sociaux dans un contexte national en pleine évolution.
114. En outre, de nombreuses interventions soutenues par l'OMS ont été clairement intégrées non seulement dans le cadre politique, mais aussi dans les dispositions juridiques, organisationnelles ou administratives en vigueur. Par exemple, (i) le soutien à la création prochaine de la nouvelle agence nationale de santé publique, (ii) l'appui technique et logistique aux différentes directions, organes et programmes du MS (ex: textes légaux pour la lutte antitabac, normes et directives pour la prévention et la lutte contre les infections), (iii) le développement des capacités et des compétences des différentes structures de santé (ex: séquençage génomique à l'hôpital Charles Nicolle, réseau de laboratoires, réhabilitation et équipement des services hospitaliers lors de la pandémie de COVID-19, formation des professionnels de la santé, système de triage dans les services d'urgence, activation des équipes médicales d'urgence), (iv) l'introduction de nouveaux vaccins (ex : vaccin pneumococcique conjugué, hépatites A)¹⁴⁴, ou (v) les dons d'équipements et de fournitures (ex: médicaments pour la leishmaniose et d'autres maladies négligées, ambulances) ont été pleinement intégrés dans les structures et les mécanismes de gestion et d'organisation du système national de santé.
115. Concernant la réponse à la pandémie, il est à noter que les contributions faites par l'OMS¹⁴⁵ ont non seulement soutenu la riposte à court terme, mais ont également renforcé des domaines clés du système de santé (ex: capacités diagnostiques des laboratoires de référence, « Emergency Medical Teams », Shoc-room, unités de prise en charge hospitalière, entre autres¹⁴⁶), dans une perspective de durabilité et de résilience face aux crises futures. Toutes ces contributions continuent à être opérationnelles après la pandémie.
116. Cependant, il y a eu également des interventions qui ont été rendues opérationnelles mais qui n'ont pas bénéficié d'une base organisationnelle, administrative ou juridique bien définie. Bien que cela n'ait pas nécessairement représenté un risque pour leur durabilité, cela souligne la nécessité de formaliser ou de consolider certaines interventions qui ont été utiles pour le système national de santé. C'est dans cette situation qu'ont été identifiés, par exemple, le Shoc-room comme cellule de gestion de crise (instance fondamentale du MS pour la réponse aux urgences mais sans une visibilité claire dans l'organigramme), le déploiement d'un bon nombre de générateurs d'oxygène¹⁴⁷ (en attente de définir des aspects réglementaires

¹⁴² L'identification des constats présentés dans cette section est basée sur des informations recueillies lors d'entretiens (avec des informateurs internes et externes), de l'examen de documents et de visites sur le terrain des interventions ou des projets sélectionnés.

¹⁴³ Informateurs externes.

¹⁴⁴ WHO Country Functional Review Tunisia 2019.

¹⁴⁵ Voir section Efficacité.

¹⁴⁶ Voir section Efficacité.

¹⁴⁷ Uniquement 5 générateurs des 25 acquis durant la pandémie ont pu être mis en service jusqu'à maintenant, bien que les procédures soient toujours en marche et il est prévu de les finaliser durant l'année 2024.

et techniques et éclaircir des démarches administratives), la construction de l'unité COVID-19 dans l'Hôpital Régional de Kef (nécessitant l'intervention de différents niveaux des administrations publiques) ou la mise en service d'ambulances durant la COVID-19.

117. La mobilisation des ressources nationales pour assurer l'appropriation et la durabilité des différentes interventions soutenues par l'OMS une fois que les ressources extérieures sont terminées est difficile à quantifier¹⁴⁸. Malgré cela, la grande majorité des interventions de l'OMS se sont appuyées sur les capacités et les ressources existantes au sein du système national de santé; souvent, l'OMS a transféré les connaissances, les outils, les expériences et l'expertise internationale aux différentes instances du système national de santé pour qu'elles soient intégrées dans les programmes de santé et les mécanismes de travail réguliers. Dans l'ensemble, les niveaux d'appropriation et les perspectives de continuité après la fin du soutien externe sont globalement favorables, bien que des interventions présentant des défis de durabilité aient également été identifiées.
118. Les limitations des ressources matérielles ou financières (ainsi que la bureaucratie aussi bien des administrations publiques que de l'OMS) ont affecté, par exemple et à titre non exhaustif, la continuité ou la mise en service des générateurs d'oxygène, des ambulances ou du serveur pour l'informatisation du programme de vaccination (moyens insuffisants pour la maintenance). Dans certains cas, le manque de ressources a également entravé la continuité des nouvelles technologies ou techniques (ex: maintenance des équipements de laboratoire). Les difficultés à assurer une maintenance adéquate semblent avoir été récurrentes et n'ont pas seulement affecté la coopération technique de l'OMS; il existe un problème généralisé de maintenance de l'équipement médical. En outre, le manque de ressources humaines spécialisées dans certaines disciplines a limité la mise en service d'équipements biomédicaux (ex: IRM).
119. De même, l'organisation d'activités de renforcement des capacités ou de formation continue pour les professionnels du système de santé (notamment l'organisation de nombreux ateliers) a été largement tributaire de la mobilisation des ressources de l'OMS. Certaines de ces activités ont soulevé des questions quant à leur utilité et à leurs effets à moyen terme. Par exemple, dans quelle mesure l'acquisition de nouvelles connaissances ou de nouveaux outils a-t-elle été traduite dans la pratique et les opérations du système de santé, s'est-elle traduite par des améliorations de la qualité, des bonnes pratiques ou des innovations, a-t-elle contribué au développement professionnel ou a-t-elle conduit à la stabilité des postes et des responsabilités pour les personnes formées. Le lancement en 2023 du Diplôme Régional en Médecine de Famille semble marquer un tournant dans l'approche "traditionnelle" des actions de développement des compétences des professionnels de la santé même si, pour l'instant, les informations sont insuffisantes quant aux perspectives professionnelles des futurs médecins de famille au sein du système de santé.
120. D'autres facteurs qui ont affecté la continuité de certaines interventions, incluent :
- L'instabilité et les rotations institutionnelles, les changements de cycle et de priorités, avec des repriorisations durant la période évaluée, ont impacté sur la continuité du travail conjoint entre le MS et l'OMS et le potentiel de durabilité.
 - L'impact de la pandémie a entraîné une interruption presque totale des interventions qui avaient été convenues pour la période biennale, ainsi qu'une réallocation et une mobilisation des fonds destinés principalement à la réponse d'urgence. Néanmoins, la pandémie a donné lieu à des interventions qui, bien que conçues à l'origine comme une réponse à la crise sanitaire, aient contribué à renforcer les capacités et la résilience dans certains domaines du système national de santé (voir la section sur l'efficacité).

¹⁴⁸ Limitations pour lier les interventions appuyées par l'OMS et avec le budget public du secteur santé ou l'allocation de ressources de l'état.

- La modalité utilisée pour la planification des biennies, basée sur des échanges fragmentés aux différents niveaux du MS et du BP et sans un bilan commun de la biennie précédente, semble moins favorable à l'appropriation que le serait des processus d'évaluation et d'élaboration participatifs et conjoints, en plus de favoriser une formulation d'activités convenable aux deux parties.
- La fragmentation des plans d'action conjoints OMS et MS avec des activités, rapports, ateliers et études sans suite; il s'agit d'actions dépendantes des fonds externes (ex: certaines formations continues, actions de communication en santé) et des mesures d'accompagnement pour la mise en œuvre des référentiels et outils qui ne sont pas systématiques.
- La faible prévisibilité des fonds disponibles a constitué un frein à la programmation d'actions et réformes structurelles qui nécessitent d'une continuité de moyen long terme ce qui a généré des risques de perte des efforts, des frustrations chez les responsables nationaux et découragement du personnel de santé directement concerné.
- Les difficultés et défis liés au contexte économique national qui ont aggravé des lacunes préexistantes et ont eu un impact sur les moyens et les capacités du système de santé pour s'engager dans des réformes ou initiatives d'envergure.

121. L'appréciation du renforcement des capacités nationales en vue d'un système de santé résilient et durable a pris en considération les sept priorités régionales pour la mise en place de systèmes de santé résilients¹⁴⁹ et s'est appuyée sur le *Health System Sustainability and Resilience Framework* (PHSSR)¹⁵⁰, structuré autour de sept domaines: i) gouvernance; ii) financement; iii) personnel; iv) médicaments et technologie; v) prestation de services; vi) santé des populations; et vii) soutenabilité environnementale. Le Tableau 11 ci-dessous montre la relation entre les principaux résultats rapportés par l'OMS et les sept domaines du PHSSR. Les résultats ont été extraits des *outputs* groupés, tous les résultats n'ont pas la même importance et, par conséquent, la relation présentée de manière synthétique doit être interprétée avec prudence. Néanmoins, il donne un aperçu général des contributions de l'OMS aux sept domaines propres aux systèmes de santé durables et résilients. Le tableau montre que les résultats obtenus se concentrent principalement sur la gouvernance, la prestation de services, la santé des populations et, dans une moindre mesure, les médicaments et technologie et le personnel. Le domaine du financement des systèmes de santé suggère un effort plus limité des contributions de l'OMS, ce qui peut indiquer la nécessité d'une plus grande attention et de partenariats avec les institutions financières internationales ou autres partenaires techniques et financiers pour répondre à l'un des principaux défis du système national de santé. Cette analyse, même si limitée, est consistante avec certains des KPIs du GPW13 du BP¹⁵¹.

122. Les contacts récents entre le BP et le FMI et la participation du BP aux discussions avec le MS et le ministère des Finances pour promouvoir le financement national de projets clés du secteur de la santé semblent s'inscrire dans ce sens, bien que des informations détaillées n'ont pas été collectées.

¹⁴⁹ OMS Bureau régional de la Méditerranée orientale. Comité régional de la Méditerranée orientale Soixante - neuvième session Point 3 a) de l'ordre du jour provisoire. EM/RC69/4, Septembre 2022. Mettre en place des systèmes de santé résilients pour faire progresser la couverture sanitaire universelle et assurer la sécurité sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale.

¹⁵⁰ Les organisations membres du PHSSR comprennent la London School of Economics, la Fondation de l'OMS, le Forum économique mondial, AstraZeneca, KPMG, Philips, le Center for Asia-Pacific Resilience and Innovation (CAPRI) et d'autres organisations aux niveaux régional et national. Le PHSSR est une collaboration mondiale à but non lucratif entre des organisations universitaires, non gouvernementales, du secteur des sciences de la vie, des soins de santé et des entreprises, dont l'objectif commun est d'améliorer la santé mondiale en créant des systèmes de santé plus durables et plus résilients pour l'avenir.

<https://www.phssr.org/home>

¹⁵¹ Voir section Efficacité.

Tableau 11. Relation entre les principaux résultats des biennies et le *Health System Sustainability and Resilience Framework*

Résultats	Gouvernance	Financement	Effectifs	Médicaments & Tech	Prestation de services	Santé de la population	Durabilité envir.
Stratégie nationale de santé	•						
Plan d'action de l'Autorité de Régulation Nationale pour l'amélioration	•			•			
Formations PCI, SOPs, équipes PCI hôpitaux			•	•	•		•
Séquençage de virus et de bactéries à l'hôpital Charles Nicolle - surveillance génomique					•		•
Plan d'action national pour la sécurité sanitaire (NAPHS)							•
Étude des maladies d'origine alimentaire et de la production d'aliments pour volailles			•				•
Plans opérationnels budgétisés, études médico-économiques, textes juridiques, protocoles	•					•	
Plan MNT activité physique Ministère de la jeunesse et des sports	•					•	
Formation des responsables municipaux, ONG universitaires, gouvernance urbaine, communauté	•		•				•
Plateforme web de gestion des vaccins				•	•		
Intégrer la santé mentale dans les soins de santé primaires			•		•		
Diplôme régional de médecine familiale			•		•		
Surveillance et vaccination à la frontière avec l'Algérie						•	•
Amélioration de la préparation et de la réponse, Piliers du COVID-19	•				•	•	•
Évaluation du régime d'assurance maladie		•					
Centre d'opérations d'urgence de santé publique et équipes d'intervention rapide	•				•		
Initiative de l'OMS "Gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être" pour s'attaquer aux déterminants de la santé	•					•	
Auto-évaluation de l'initiative "Patient Safety Friendly Hospital" (PSFHI) sur quatre sites et plan					•		
Conceptualisation de la réforme des soins de santé primaires	•					•	
Fournitures pour la gestion de la leishmaniose viscérale et d'autres maladies négligées				•			
Comptes nationaux de la santé 2016 et 2017		•					
Évaluation du marché du travail pour les travailleurs de la santé			•				
Plan d'action sur l'antibiorésistance (AMR)					•	•	
Dialogue sociétal	•						
Lutte contre les infections associées aux soins de santé dans les régions prioritaires, migrants crise libyenne					•	•	
Stratégie nationale multisectorielle de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles 2018-2025						•	
Production données probantes : enquête utilisation antibiotiques, enquête sur connaissances relatives à la résistance aux antimicrobiens et aux antibiotiques, etc.				•			•

Source: Rapports annuels et des biennies du BP et PHSSR

1.13. Principes transversaux: approche droits humains, genre et équité en santé

Constat 30. Du point de vue stratégique, les approches droits humains, équité en santé et perspective de genre sont intrinsèques à l'OMS et font partie des principes et des orientations de la PNS. Néanmoins, les biennies ne disposant pas d'indicateurs, l'analyse ne peut être réalisée à ce niveau.

Constat 31. Des initiatives dédiées spécifiquement aux populations vulnérables et de travail direct avec les régions plus défavorisées ont été initiés. Néanmoins, dans un contexte où l'autonomisation socio-économique des femmes

reste un défi, l'intégration de la perspective de genre dans les contributions de l'OMS n'apparaît pas évidente ni systématique.

Les constats de cette section sont présentés en fonction des sujets suivants: intégration transversale des trois principes (contributions et système de suivi et évaluation) et actions spécifiques pour des groupes de population vulnérables.

123. Du point de vue stratégique, les approches droits humains, équité en santé et perspective de genre sont intrinsèques à l'OMS et font partie des principes et des orientations de la PNS (CSU, accès équitable), la vision de la PNS s'inspire des valeurs de droits de l'homme (respect de la dignité, l'équité, la qualité et la solidarité). Elles le sont aussi de façon générale dans la formulation des objectifs stratégiques, *outcomes* et *outputs* (GPW13) auxquels sont alignées les activités des biennies. Néanmoins, les biennies ne disposant pas d'indicateurs, l'analyse ne peut être réalisée à ce niveau. Par ailleurs, l'évaluation ne portant pas sur le contenu de chacune des environ 400 actions de la période (sans compter la riposte à la COVID-19), l'analyse de ces approches dans chacun des produits (ex: évaluations, études, plaidoyer, formations, mise en place d'outils) reste en dehors de son périmètre.
124. Des initiatives dédiées spécifiquement aux populations vulnérables ont été identifiées, comme (i) la lutte contre la stigmatisation dans le cadre de la sensibilisation sur la santé mentale, (ii) la mention du handicap dans les documents sur l'initiative « Family move », ou (iii) le programme conjoint, « Promouvoir le leadership des femmes et des filles en réponse socio-économique et sanitaire au COVID-19 en Tunisie » avec le PNUD et l'ONU Femmes dans deux des régions les plus défavorisées (Le Kef, avec le plus haut taux de mortalité enregistré durant la pandémie de COVID-19, et Kebili). Cependant, les activités de l'OMS dans le programme conjoint concernent essentiellement l'achat d'équipements biomédicaux et véhicules, l'instauration du système de prévention et contrôle des infections (IPC) et des formations continues pour le personnel médical et paramédical. En outre, la transversalisation du genre n'est pas visible à travers les indicateurs du programme. Quant à l'initiative « Family move », sur la base de l'information obtenue durant les visites de terrain, la question de la participation des filles dans les activités physiques et sportive ne serait pas une limitation. En revanche, la question du handicap ne semble pas avoir été tenue en considération.
125. Par ailleurs, après un travail historiquement basé au niveau central, le ciblage spécifique des régions plus vulnérables (intérieur et sud du pays) a été initié avec la riposte à la COVID-19¹⁵² et continue durant la biennie 2022-2023 et dans la programmation en cours pour 2024-2025¹⁵³.
126. Malgré d'importantes avancées en matière de droits des femmes en Tunisie, leur autonomisation socio-économique reste problématique¹⁵⁴ (19)¹⁵⁵. Dans ce contexte, la PNS à l'horizon 2030 considère à peine les différences en santé entre les hommes et les femmes (accès, géographique, culturel, financier, aux services de santé, incidence et prévalence des principales causes de mortalité et morbidité, entre autres), uniquement la question des violences faites aux femmes et aux enfants est mentionnée. La Stratégie Multisectorielle Nationale de prévention et contrôle des MNT 2018-2025, dont l'élaboration a été appuyée par l'OMS, n'intègre, quant à elle, d'aucune façon la perspective de genre (absence de désagrégation des données et du suivi des indicateurs alors que tantôt les facteurs de risque que les déterminants, d'un côté, et l'incidence de l'autre, présentent des spécificités en fonction du sexe pour la plupart de ces maladies). Dans cette logique, la revue fonctionnelle de 2019¹⁵⁶ proposait parmi ses recommandations au BP de saisir l'opportunité du

¹⁵² Gouvernorats de El Kef, Sfax (île de Kerkennah), Sousse, Siliana, à titre d'exemple. Voir détails Annexe 7. Aperçu de l'impact de la pandémie de COVID-19 en Tunisie, riposte gouvernementale et de l'OMS.

¹⁵³ Informateurs internes.

¹⁵⁴ Global Gender Gap Report 2023. World Economic Forum, 20 June 2023.

¹⁵⁵ <https://successfultunisia.com/fr/2023/11/13/la-tunisie-se-positionne-au-deuxieme-rang-mondial-en-termes-de-nombre-de-femmes-diplomees-en-sciences-technologies-ingenierie-et-mathematiques/>.

¹⁵⁶ Country Functional Review, Tunisia, 23-26 Septembre 2019. EMRO.

développement du nouveau plan stratégique national de la santé pour transversaliser les 3 principes transversaux de genre, équité et DH. L’analyse interne réalisée par le BP pour la biennie 2020-2021 (*Scorecard*) coïncide avec ce constat.

127. Le BP a su saisir son rôle « neutre » pour intervenir en coordination avec le MS sur la question de la santé des personnes migrantes qui représente un défi dans les villes à importante présence, comme Sfax dans un contexte où toutes les charges, pour les personnes en situation administrative irrégulière, sont assumées par les hôpitaux alors qu’ils affrontent des difficultés de ressources humaines et financières importantes. Néanmoins, le défi est toujours présent et l’OMS, grâce à son expérience, positionnement et mandat, a un potentiel de facilitateur face aux agences des NU spécialisées et des partenaires techniques et financiers. Le travail de longue date de l’OMS sur la santé et l’immigration dans les localités et les points frontaliers à forte présence migratoire a contribué à rendre visible l’importance de l’approche de santé publique et du droit à la santé. Le plaidoyer conjoint avec d’autres agences des NU a contribué à faciliter l’accès à la vaccination contre la COVID-19 pour les populations migrantes et réfugiées (avec HCR et OIM) et tout récemment, à établir une feuille de route¹⁵⁷, pour la première moitié de 2024, avec les autorités sanitaires locales de Zarzis et Medenine, pour faciliter l’accès des réfugiés et demandeurs d’asile à la santé et à l’eau potable et l’assainissement (WASH, des sigles en anglais de Water, sanitation and hygiene) (avec HCR et UNICEF).

¹⁵⁷ Feuille de route établie par suite d’une mission conjointe réalisée fin novembre 2023.

Conclusions

Niveau stratégique

CS1. L'OMS a réussi à renforcer sa position d'agence de référence pour la santé en Tunisie face à un nombre croissant d'acteurs nationaux, en capitalisant sur des décennies de dialogue politique institutionnel exceptionnel avec le MS, son expertise technique, sa capacité de mobilisation dans le processus du Dialogue sociétal, qui a abouti avec la Politique Nationale de Santé à l'horizon 2030, et une réponse rapide et raisonnablement efficace à la COVID-19 (malgré des contraintes internes et externes et des lacunes dans la réponse). Malgré l'impact sanitaire, social et économique de la COVID-19 et des efforts assumés par les professionnels de la santé et de l'OMS, la pandémie a permis à l'OMS d'élargir son spectre d'action institutionnel et technique et de démontrer la valeur ajoutée de son mandat, de son expertise sectorielle et hautement spécialisée. (Lien avec Q1, Constats 1, 2 et 4).

CS2. L'OMS, à travers des actions alignées avec les priorités et les besoins nationaux et cohérentes avec le SNU, a su développer des partenariats stratégiques pour renforcer le plaidoyer et la concrétion de l'approche multisectorielle de la santé. Cependant, l'absence de document stratégique illustrant sa contribution en Tunisie et le manque de ressources humaines au sein du BP pour participer à de multiples forums de coordination et pour travailler avec les agences et les acteurs nationaux en maintenant un niveau stable d'interlocution, n'ont pas favorisé sa visibilité ni la compréhension de ses priorités vis-à-vis des principaux acteurs internationaux et partenaires en santé. (Lien avec Q1, Constats 2 et 3, Q2, Constats 5, 6 et 8).

Niveau programmatique

CP1. Le BP est reconnu pour sa bonne collaboration, tantôt au niveau stratégique qu'opérationnel, avec les partenaires nationaux et notamment le MS. Cependant le dispositif de planification et de mise en œuvre des biennies, bien qu'il soit basé sur un processus de réunions à différents niveaux entre le MS et l'OMS, ne reflète pas de manière adéquate le travail conjoint de priorisation ni un suivi axé sur les résultats. Le mécanisme utilisé et le fractionnement qui en résulte, ne vont pas dans le sens de l'efficacité ni de l'efficience, et ne favorise pas la lisibilité stratégique. Ceci a pu créer des sentiments d'incompréhension chez certains partenaires d'un côté, et une difficulté à apprécier réellement les actions effectives pour réaliser des bilans et ajuster les programmations en conséquence. (Lien avec Q3, Constats 9, 10, 13, avec Q4, Constats 17, 21, 24, 25, avec Q1, Constat 3 et avec Q5, Constats 30 et 31).

CP2. La période évaluée s'est caractérisée par le lancement et la dynamisation de thématiques d'importance en santé publique pour la Tunisie, tels que les MNT, le traitement multisectoriel des facteurs de risque, la santé mentale ou l'amélioration en approvisionnement en médicaments. Le plaidoyer et l'implication communautaire ont été déterminants dans cette dynamique et ont abouti sur des changements durables comme en matière de lutte contre le tabagisme. Concernant la contribution à la CSU en renforçant le système de santé, des actions significatives ont été initiées. Cependant, il s'agit de chantiers en cours, fortement dépendants de facteurs contextuels comme la situation politique et économique du pays et de l'établissement de partenariats stratégiques stables et à moyen terme. En outre, les actions de l'OMS n'ont pas abordé suffisamment les améliorations structurantes nécessaires pour améliorer certaines fonctions essentielles de la santé publique et contribuer à la mise à niveau des *building blocks* du système de santé. Le renforcement de l'équipe de systèmes de santé du BP durant 2023 montre précisément l'importance d'intensifier la coopération technique et de la vision « systémique »

mais, dans le cadre de l'évaluation, il est trop tôt pour pouvoir documenter les progrès accomplis. (Lien avec Q3, Constats 12, 13, 14, 15, avec Q4, Constats 18, 19, 26, et avec Q5, Constats 27, 28 et 29).

CP3. La réponse de l'OMS pour soutenir la riposte nationale à la pandémie a été opportune pour mobiliser les autorités sanitaires à l'avance, activer rapidement les mécanismes nationaux de réponse et de gestion, et décisive pour fournir des informations scientifiques, coordonner les efforts entre organisations internationales et renforcer certaines capacités du système national de santé. L'OMS et le MS ont capitalisé sur l'expérience acquise lors de la riposte au virus H1N1, avec les équipes d'intervention rapide (RRT), le renforcement de l'application des mesures du RSI et le soutien en amont aux services d'urgence des hôpitaux, ce qui a facilité le déploiement des équipes médicales d'urgence (EMT), le fonctionnement de la Shoc-room et d'autres actions d'accompagnement. Une grande partie de l'aide d'urgence a été transformée après la pandémie en renforcement des services de santé réguliers et des capacités pour répondre aux crises futures (système résilient). D'autre part, l'inefficacité du soutien à la réponse nationale a principalement touché la construction et la mise en fonctionnement des services hospitaliers et équipements biomédicaux (dans une grande mesure dépendant de la sous-traitance de tiers), ainsi que le déploiement à temps de la stratégie nationale de vaccination, reflétant des domaines pour lesquels l'OMS n'était pas suffisamment préparée à répondre et certaines spécificités et limitations nationales. (Lien avec Q3, Constats 11, 12, 13, 14, 15, avec Q4, Constats 18, 19, 22, 23 et 26 et avec Q5, Constats 27 et 28).

Niveau organisationnel

CO1. L'énorme effort et l'engagement professionnel et personnel de l'équipe du BP a été un facteur crucial pour permettre à un bureau de taille modeste de fournir un soutien technique consistant aux différents acteurs du système national de santé et de gérer raisonnablement le grand nombre de projets, contrats et activités mis en œuvre. L'équipe a démontré très particulièrement une grande efficacité et réactivité durant la riposte à la COVID-19 en assumant de nouveaux rôles et gérant un budget cinq fois supérieur. Néanmoins, la surcharge de travail a généré à certains moments des risques techniques ou de réputation face à des demandes des partenaires qui n'ont pas pu être adressées à temps ou de manière adéquate. Le processus de renforcement du BP en cours est une étape décisive pour atténuer la surcharge des postes avec plusieurs fonctions et multiples dossiers, pour aligner l'équipe avec la planification stratégique à venir et pour renforcer le leadership et la visibilité de l'OMS dans le secteur de la santé (en particulier dans l'UNCT et le « Groupe Santé »). (Lien avec Q3, Constats 11, avec Q4, Constats 18, 19, 20, 21, 22, 26, avec Q1, Constats 6 et 8).

CO2. Le système RBM utilisé par le BP, plus axé vers la redevabilité interne que sur l'apprentissage pour une prise de décision informée, ne permet pas d'apporter à l'OMS une vision complète de sa contribution en Tunisie durant les biennies. La fragmentation, dont la séparation entre l'aspect narratif et les ressources mises à disposition, l'absence de visibilité des modifications apportées durant la mise en œuvre et d'indicateurs de résultats, ou le changement fréquent de formats de rapports sollicités, sont des aspects saillants qui ne facilitent pas le travail d'analyse de l'équipe du BP alors que le système a été très consommateur de temps. (Lien avec Q3, Constat 9, avec Q4, Constats 17, 24 et 25, et avec Q5, Constats 30 et 31).

CO3. La valeur ajoutée du BR et du HQ a été évidente par rapport à son apport en termes d'expertise, d'outils pouvant être adaptés au contexte national, et de possibilités de réseautage à l'échelle régionale et internationale, mais elle a été atténuée par le manque de clarté dans les rôles joués par chacun des trois niveaux de l'OMS (malgré le *Transformation agenda*), la lourdeur des procédures administratives et des « déphasages » vis-à-vis du contexte tunisien. Dans certains cas, les priorités établies par le BR pour le BP n'ont pas correspondu avec les priorités et intérêts nationaux, ce qui a généré incompréhension en interne et en externe. (Lien avec Q3, Constat 16, avec Q1, Constats 7 et 8, avec Q4, Constats 26 et 28).

Recommandations

Niveau stratégique

Élaboration de la CCS	
RS1.	Dans le cadre des compromis internationaux (Agenda 2030, GPW13, GPW14) et des défis nationaux en santé, le positionnement de l'OMS et son partenariat stratégique avec le MS se reflètent dans une CCS élaborée de manière participative et multisectorielle (20)(21).
Actions prioritaires	1. La CCS est accordée avec le MS et diffusée en interne du système de santé (différents niveaux, y compris les instances centrales et locales). 2. La CCS reflète son approche multisectorielle dans son identification des partenaires ainsi que dans ses actions¹⁵⁸. 3. La CCS dispose d'un mécanisme de gouvernance conjoint, entre MS et OMS, opérationnel et réaliste pour sa mise en œuvre et son suivi, tantôt au niveau technique qu'au niveau stratégique et décisionnel. 4. La CCS consacre, dans un souci de coordination, de développement de synergies et de redevabilité, plus d'importance à la visibilité tout au long de sa vie en interne, entre partenaires historiques, et en externe vis-à-vis de tous les acteurs clé en santé. 5. Le démarrage de la CCS, les programmations biannuelles, l'évaluation intermédiaire et l'évaluation finale sont des moments charnière de la gouvernance qui sont profités pour la visibilité (UNCT, acteurs en santé), la capitalisation de leçons apprises et l'adaptation à un contexte national et international changeant.
Lien conclusions	CS2, aussi CS1
Destinataires	BP-OMS, ministère de la Santé (et autres partenaires de l'OMS pour la CCS)
Période	Depuis 2024 pour son élaboration, puis tout au long de son cycle (5 ans)

Diversification de partenaires	
RS2.	L'OMS dispose d'une diversification de son portfolio de partenaires, ce qui renforce (i) la multisectorialité de la santé, (ii) la collaboration avec les agences et partenaires techniques et financiers, (iii) le travail direct avec les régions ou zones géographiques présentant plus d'iniquités et (iv) l'adoption d'approches et d'actions plus ambitieuses visant la réduction des vulnérabilités et des barrières d'accès à la santé de certains groupes de population.
Actions prioritaires	1. La cartographie d'acteurs élaborée durant l'élaboration de la nouvelle CCS est utilisée pour identifier des synergies et des initiatives conjointes (institutionnelles et opérationnelles) avec de nouvelles organisations. 2. Il y a une consolidation des partenariats initiés ayant donné de bons résultats, comme dans les domaines de l'antibiorésistance et la transversalité de la santé « santé dans toutes les politiques ». 3. Des collaborations sont concrétisées avec des organisations de la société civile spécialisées sur des thématiques spécifiques, en vue de travailler sur des groupes de population particulièrement vulnérables (migrants et réfugiés, VBG, populations clés) avec des organisations de jeunes (profiter du capital humain), et du secteur académique (dans la génération et transmission de la connaissance – ex : recherches et études)

¹⁵⁸ Voir Recommandation RS2.

	4. Les collaborations avec les institutions financières internationale et le MS permettent d'accompagner à moyen terme des réformes du système national de santé en matière de gouvernance, de financement et effectifs en santé. 5. Les actions accordées et appuyées par l'OMS incluent la participation de structures et de professionnels de la santé provenant de régions défavorisées prioritaires.
Lien conclusions	CS2, aussi CS1
Destinataires	BP-OMS, ministère de la Santé (et autres partenaires de l'OMS pour la CCS)
Période	Depuis 2024 pour la mise en œuvre de la biennie 2024-2025 (si la marge de manœuvre le permet), pour l'élaboration de la nouvelle CCS, puis tout au long de son cycle (5 ans).

Coordination active au sein de l'UNCT et consolidation du rôle de référence en santé

RS3.	L'OMS renforce sa participation et visibilité dans les forums clés de l'UNCT et consolide son rôle de référence stratégique et technique vis-à-vis de tous les acteurs internationaux intervenant dans la santé en Tunisie.
Actions prioritaires	1. La présence de l'équipe du BP dans les espaces de coordination et planification de l'UNCT est stable et régulière et l'OMS communique sur les axes de travail et les progrès / défis dans ses différentes interventions et domaines d'action en Tunisie. 2. Les collaborations avec d'autres agences du SNU permettent des interventions, aussi bien en termes de plaidoyer qu'opérationnelles, plus compréhensives et efficaces dans des thématiques ou domaines d'intérêt commun (ex: genre, migrants et réfugiés, One Health, VIH-sida). 3. Le « Groupe santé » se consolide en tant qu'espace d'échange et de coordination multi-acteurs, articulé avec les mécanismes déjà existants, et combine un niveau stratégique avec un niveau technique à travers des sous-groupes spécialisés. La fréquence de convocation établie est réaliste et raisonnable.
Lien conclusions	CS2, aussi CS1
Destinataires	BP-OMS, UNCT, MS
Période	Court terme et moyen terme.

Niveau programmatique

Concentration programmatique

RP1.	Le portefeuille d'actions / projets de l'OMS en Tunisie montre une concentration autour de domaines / thématiques prioritaires pour avancer dans la CSU et un système de santé résilient.
Actions prioritaires	1. La prochaine CCS et la prochaine biennie montrent une concentration d'actions (versus les biennies précédentes composées d'un grand nombre d'actions et de thématiques) sur des thématiques structurantes, avec une priorisation du renforcement du système de santé à travers les « building blocks ». 2. La prochaine CCS et la prochaine biennie priorisent les modalités de coopération pour lesquelles l'OMS présente le plus de valeur ajoutée, en montrant un intérêt particulier sur l'articulation entre la génération des données basées sur l'évidence, la prise de décision et la mise en pratique (en guise de durabilité).

	3. Compte tenu de la valeur ajoutée de l'OMS en matière de production et de gestion de la connaissance¹⁵⁹, le BP s'appuie sur l'expertise des universités et des centres de recherche nationaux¹⁶⁰ (22). 4. Le genre et les vulnérabilités spécifiques identifiées, sont tenues en compte de manière systématique et les données sont désagrégées quand il s'avère pertinent.
Lien conclusions	CP2, CP1 et CP3
Destinataires	BP-OMS, MS
Période	Depuis l'élaboration de la CCS, puis de la prochaine biennie.

Réponse à la COVID-19

RP2.	Les nouvelles technologies, outils et systèmes mis en place durant la réponse d'urgence à la pandémie sont pleinement opérationnels au sein des services réguliers ou des programmes de santé.
Actions prioritaires	1. Les capacités diagnostiques et techniques du laboratoire national de référence et d'autres laboratoires régionaux en matière de surveillance génomique sont en place et des études/analyses sont réalisés périodiquement. 2. Le système E-vax est généralisé en tant qu'outil pour le suivi et gestion régulière du programme national de vaccination. 3. Les structures hospitalières disposent d'un système opérationnel, et du personnel compétent, qui permettent l'autonomie de production d'oxygène. 4. Les ambulances fournies sont utilisées couramment pour le transfert et la prise en charge des patients.
Lien conclusions	CP3, aussi CP2 et CP1
Destinataires	BP-OMS, MS
Période	Depuis 2024 et durant les prochaines années.

Planification biannuelle

RP3.	La planification biannuelle est le résultat d'un travail collaboratif multi-acteurs et multi-secteur porté par le MS et le BP.
Actions prioritaires	1. La planification biannuelle est réalisée de manière conjointe avec le MS sur la base d'un bilan de la biennie précédente. 2. La planification biannuelle intègre d'autres partenaires, en alignement avec la nouvelle CCS. 3. La planification biannuelle établit un mécanisme de gouvernance propre, opérationnel et réaliste, au niveau technique comme stratégique et en alignement et complémentaire avec la nouvelle CCS. 4. La biennie se dote d'un système de monitoring et évaluation pour le suivi conjoint des actions, de l'exécution budgétaire et des résultats. Ce système intègre également les modifications et ajustements, ainsi que leur justification, survenus durant la mise en œuvre.

¹⁵⁹ WHO Regional office for the Eastern Mediterranean. Regional Committee for the Eastern Mediterranean. Sixty-sixth session. Developing national institutional capacity for evidence-informed policy-making for health. EM/RC66/6 October 2019.

¹⁶⁰ Entre 2004 et 2013, la Tunisie occupe la quatrième place dans le classement des pays de la région ayant le plus grand nombre de publications d'articles en santé et biomédecine dans PubMed.

Lien conclusions	CP1, aussi CP2, CP3 et CO2
Destinataires	BP-OMS, MS
Période	Durant la biennie 2024-2025 pour le système de monitoring et évaluation, si les circonstances le permettent. A partir de la planification de la biennie 26-27.

Niveau organisationnel

Dimensionnement de l'équipe du Bureau de pays

RO1.	Le BP dispose d'une équipe renforcée afin de mieux développer la communication et la gestion des partenariats et pour alléger la charge de travail administratif.
Actions prioritaires	1. Les chargés de communication et de développement de partenariats sont en place et apportent un soutien efficace à l'élargissement de nouveaux partenariats¹⁶¹ et collaborations et à la visibilité de la vision et axes de travail de l'OMS en Tunisie. 2. L'équipe de systèmes de santé dispose d'un cadre de travail (et un financement) stable et pluriannuel afin d'assurer l'accompagnement au MS dans des réformes majeures/structurantes du système de santé national.
Lien conclusions	CO1
Destinataires	BP-OMS, EMRO
Période	Court et moyen terme.

Alignement entre les trois niveaux de l'OMS

RO2.	Les rôles à jouer et les contributions du siège et du BR pour appuyer les interventions du BP et du MS sont définies et intégrées dans la nouvelle CCS¹⁶².
Actions prioritaires	1. La CCS, et les planifications biennuelles, définissent à l'avance les contributions techniques, matérielles (et si possible financières) du niveau régional et central pour l'achèvement des objectifs de l'OMS en Tunisie. 2. Une communication fluide avec le BR et le siège permettent une bonne coordination par rapport aux interactions avec des organismes tunisiens, notamment les centres collaborateurs, ainsi qu'aux opportunités internationales qui pourraient intéresser la Tunisie (réseautage, formations, recherches, entre autres).
Lien conclusions	CO3
Destinataires	BP-OMS, EMRO, HQ
Période	Élaboration de la CCS et tout au long de son cycle de vie (5 ans).

¹⁶¹ Voir Recommandation RS2.

¹⁶² WHO (2021) Evaluation of WHO transformation. Volume 1: Report. Corporate evaluation commissioned by the WHO Evaluation Office.

Références

1. AVICENA Health & Social Projects (www.avicenaproject.com)
2. Livre blanc Pour une meilleure santé en Tunisie : Faisons le chemin ensemble, (https://docplayer.fr/14431622-Pour-une-meilleure-sante-en-tunisie-faisons-le-chemin-ensemble.html#google_vignette, extrait le 2 février 2023)
3. Partnership for Health System Sustainability and Resilience. Health System Sustainability and Resilience Framework (<https://www.phssr.org/home/>, extrait le 12 décembre 2023) ISBN 978 92 4 1549745
4. Programme des Nations Unies pour le Développement. Rapport sur le Développement Humain du PNUD: Élargir l'horizon des populations et de la planète: le développement humain et l'anthropocène, Note d'information à l'intention des pays. Tunisie. 2020.
5. Lopez-Acevedo G, Ranzani M, Sinha N, Elsheikh A. Informalité et croissance inclusive au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Banque mondiale, Washington, DC. 2023.
6. Global Health Expenditure database. Geneva: World Health Organization, 2021 (<https://apps.who.int/nha/database/>, extrait le 2 février 2024).
7. The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, USA, December 2023) (<https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/tunisia>, extrait le 12 décembre 2023).
8. Ismaïl S, Zaouali N. Santé et assurance en Tunisie: les enjeux de la réforme de 2004. East Mediterranean Health J. 2022 ;28(6): 444–453. (<https://doi.org/10.26719/emhj.22.040>).
9. Tunisie: un système sanitaire fragile à l'épreuve de la covid-19. Rapport de la Fédération Internationale des Droits de l'Homme, le 2 décembre 2021. (<https://www.fidh.org/fr/regions/maghreb-moyen-orient/tunisie/tunisie-un-systeme-sanitaire-fragile-a-l-epreuve-de-la-covid-19>, extrait le 2 septembre 2023)
10. Observatoire Mondial de la santé. Geneva: World Health Organization, 2017 (<https://data.who.int/countries/788>), extrait le 11 décembre 2023).
11. Indice de couverture des services UHC : 67. Coverage of essential health services (SDG 3.8.1) [online database]. Geneva: Global Health Observatory. World Health Organization; 2023. (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>). May 2023 update.
12. Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editors. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization. 2016; 243: Key characteristics of strategic and operational planning ISBN 978 92 4 154974 5..
13. ONUSIDA. Tunisie, 2024 (<https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/tunisia>, consulté le 28 novembre 2023).
14. UNCT Tunisie. « Agissons ». Rapport annuel pour la mise en œuvre du Plan Cadre de Coopération pour le Développement Durable (PCCDD) 2021. Tunisie. 2022, extrait le 21 novembre 2023)
15. Bouktif H. Rapport d'évaluation à mi-parcours (2015-2018) de l'UNDAF Tunisie 2015-2020. UNDAF. Tunisie. 2018 (file:///C:/Users/allenr/Downloads/25e72057-f7e1-4c74-85fb-c51f37f510dd_Evaluation_UNDAF_Tunisie_2018-12.pdf)
16. Agence Tunis Afrique Presse. Tunis. 2023. (<https://www.tap.info.tn/en/Portal-Top-News-EN/16628708-tunisia-repays>, extrait le 11 décembre 2023).

17. de Bengy Puyvallée A, Storeng K.T. COVAX, vaccine donations and the politics of global vaccine inequity. *Global Health* 18, 26 (2022). (<https://doi.org/10.1186/s12992-022-00801-z>).
18. Moosavi J, Fathollahi-Fard AM, Dulebenets MA. Supply chain disruption during the COVID-19 pandemic: Recognizing potential disruption management strategies. *Int J Disaster Risk Reduct.* 2022 Jun 1;75:102983. doi: 10.1016/j.ijdrr.2022.102983. Epub 2022 Apr 22. PMID: 35475018; PMCID: PMC9027543.
19. <https://successfultunisia.com/fr/2023/11/13/la-tunisie-se-positionne-au-deuxieme-rang-mondial-en-termes-de-nombre-de-femmes-diplomees-en-sciences-technologies-ingenierie-et-mathematiques/>
20. WHO presence in countries, territories and areas: 2023 report. Geneva: World Health Organization. 2023; 12-13. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
21. WHO presence in countries, territories and areas: 2021 report. Geneva: World Health Organization; 2021. 92-95. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO..
22. Tadmouri G, Mandil A; Rashidian A. Biomedical and health research geography in the Eastern Mediterranean Region (2004–2013). *East Mediterranean Health J.* 2019;25(10):728–743. (<https://applications.emro.who.int/emhj/v25/10/10203397-2019-2510-728-743.pdf>). Tadmouri GO; Mandil A; Rashidian A. Biomedical and health research geography in the Eastern Mediterranean Region (2004–2013). *East Mediterr Health J.* 2019;25(10):728–743. <https://doi.org/10.26719/emhj.19.082>

Bibliographie

- 1 2021 Global Health Security (GHS) Index Country Profile for Tunisia.
- 2 AFP, J. A. avec. (1970, March 24). Tunisie : Lancement de la campagne de vaccination contre le coronavirus – Jeune Afrique.
- 3 AFP, J. A. avec. (n.d.). Tunisie : Hichem Mechichi Désigné Chef du Gouvernement – Jeune Afrique.
- 4 AFP, L. M. avec. (2021, May 10). Covid-19 : La Tunisie au bord de l’asphyxie. Le Monde.fr.
- 5 Agissons. Rapport Annuel 2021. Rapport annuel pour la mise en œuvre du Plan Cadre de Coopération pour le Développement Durable (PCCDD) 2021. UNCT Tunisie (2022).
- 6 Analyse budgétaire : Santé, période 2010-2021. Ministère des finances, République Tunisienne et UNICEF.
- 7 Annual Reports, Country Office Tunisia, 2019, 2020,2021 and 2022.
- 8 BelHadj Yahia, M. Le système de santé en Tunisie : une crise qui perdure - Confluences Méditerranée 2023/2, (n°125), pages 137 à 152.
- 9 Ben Abdelaziz, A. 40 years of basic health care in Tunisia Alma Ata in Astana. it’s time to revitalize the first line of care. La Tunisie medicale. January 2021.
- 10 Bulletin de veille SARSCoV-2-Tunisie 10 octobre 2021 (ONMNE).
- 11 Carte sanitaire 2019. République Tunisienne, Ministère de la Santé, Direction des études et de la planification, Avril 2021.
- 12 Common Country Analysis (CCA) Tunisia, April 2020.United Nations Resident Coordinator Office (RCO) Tunisia.
- 13 Common Country Analysis Tunisia, ONU, 2020.
- 14 Constitution du 27 janvier 2014 - République de Tunisie - Portail de la législation tunisienne - Version Française -.
- 15 Consultancy Report 1st of July 2020 WHO Tunis Office: COVID-19 Response.
- 16 Coronavirus: Premier Décès en Tunisie. Mosaïque FM.
- 17 Country Functional Review Tunisia 23-26 September 2019. EMRO, WHO.
- 18 Country prioritization 2020-2021 et 2022-2023, Country Office Tunisia, WHO.
- 19 Country prioritization for GPW13, 2019-2023: Tunisia, WHO, July 2018.
- 20 COVAX. UNICEF. <https://www.unicef.org/tunisia/th%C3%A8mes/covax>
- 21 Cucinotta, M., & Vanelli, D. WHO declares COVID-19 a pandemic. Acta bio-medica: Atenei Parmensis. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32191675/>.
- 22 de Bengy Puyvallée, A., Storeng, K.T. COVAX, vaccine donations and the politics of global vaccine inequity. Global Health 18, 26 (2022).
- 23 Department of Universal Health Coverage/Health Systems (UHS) Functional Review. Final Report, 2 July 2023. WHO.
- 24 Deux mois de lutte contre le COVID19 en Tunisie. Analyse en matière d’État de droit. Alliance Pour la Sécurité et les Libertés.
- 25 Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans de santé. Pour la couverture santé universelle, faisons le chemin ensemble. Projet de la Politique Nationale de Santé à l’horizon 2030.
- 26 Document d'évaluation de projet relatif à une proposition de prêt d'un montant de 20 millions de dollars US à la République Tunisienne pour un projet de riposte au COVID-19 au titre du Plan stratégique de préparation et de riposte au COVID-19 (PSPR). La Banque mondiale. Approuvé le 2 avril 2020.
- 27 End of biennium reports pour 2018-2019, 2020-2021
- 28 Enquête nationale sur la migration internationale. Tunisia HIMS. Statistiques Tunisie, Observatoire National de la Migration, ProGreS Migration Tunisie, International center for Migration Policy Development. 2021.
- 29 Estimations de la santé mondiale 2020 : Décès par cause, âge, sexe, par pays et par région, 2000-2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2020.
- 30 Étude Migration de retour, OIM Côte d’Ivoire, 2020.
- 31 Evaluation of WHO contribution in Tunisia, Terms of reference, June 2023.
- 32 E-vax.tn

- 33 Global Gender Gap Report 2023. World Economic Forum, 20 June 2023.
- 34 Global Health Observatory, <https://data.who.int/countries/788>: extrait le 11/12/2023.
- 35 Gouvernement de Tunisie, UNCT Tunisie (2020). Réponse du Management à l'évaluation à mi-parcours de l'UNDAF 2015-2020.
- 36 Guidance note on integrating health equity, gender equality, disability inclusion and human rights in WHO evaluations, WHO Evaluation Office. WHO 2023.
- 37 Guide d'intervention mhGAP. OMS, 2018.
- 38 <http://www.santetunisie.rns.tn/fr/prestations/programme-de-developpement-de-la-«santé-numérique»-en-tunisie?start=2>
- 39 <https://successfultunisia.com/fr/2023/11/13/la-tunisie-se-positionne-au-deuxieme-rang-mondial-en-terme-de-nombre-de-femmes-diplomees-en-sciences-technologies-ingenierie-et-mathematiques/>.
- 40 <https://www.coronavir.org/data/tunisie>
- 41 https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/economie-africaine/tunisie-apres-la-crise-sanitaire-la-crise-economique-et-sociale-menace_4018953.html
- 42 <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained>
- 43 Independent Evaluation of WHO's Results-Based Management Framework. Final Report. WHO Evaluation Office - January 2023. WHO.
- 44 Institut National de la Statistique – Statistiques Tunisie. Septembre 2023.
- 45 BRIKI, Issam. Le système de santé en Tunisie : indicateurs, inégalités et perceptions. Revue Recherches et études en Développement, Volume (09) / N (2), Décembre 2022, pp 322-343.
- 46 Jarraya, M, & Beltrando, G. Les Services de Soins Hospitaliers publics dans l'agglomération de Sfax: spécificités fonctionnelles et pouvoir spatial. EchoGéo. 19 décembre 2013.
- 47 Joint External Evaluation of IHR Core Capacities of the Republic of Tunisia. Geneva: World Health Organization; 2017.
- 48 La révolution inachevée : créer des opportunités, des emplois de qualité, et de la richesse pour tous les Tunisiens. La Banque mondiale. Mai 2014.
- 49 La santé des Tunisiens - Résultats de l'enquête « Tunisian Health Examination Survey-2016 » - Institut National de la Santé – Ministère de la Santé Tunisie – Rapport final – Février 2019.
- 50 Livre Blanc. Le dialogue sociétal.
- 51 BOUKTIF, Hafedh. Consultant en évaluation de l'UNDAF (2019). Rapport d'évaluation à mi-parcours (2015-2018) de l'UNDAF Tunisie 2015-2020.
- 52 BOUKTIF, Hafedh. Evaluation à mi-parcours de l'UNDAF (Tunisie) 2015-2020, Rapport final (Livrable 3), 10/12/18, Gouvernement Tunisien et Système des Nations Unies.
- 53 Mathieu, E., Ritchie, H., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., Hasell, J., Macdonald, B., Dattani, S., Beltekian, D., Ortiz-Ospina, E., & Roser, M. (2020, March 5). Coronavirus (COVID-19) deaths. Our World in Data.
- 54 Mental Health Gap Action Plan 2013-2030, WHO.
- 55 Moosavi J, Fathollahi-Fard AM, Dulebenets MA. Supply chain disruption during the COVID-19 pandemic: Recognizing potential disruption management strategies. Int J Disaster Risk Reduct. 2022 Jun 1; 75:102983.
- 56). Nissaf Ben Alaya. 2021. "Le système de santé s'est effondré et le corps médical est épuisé." New York.Kapitalis.
- 57 Observatoire de la Santé de la Méditerranée orientale – OMS/EMRO.
- 58 OCR Workplan 2020-2021 et 2022-2023, xlsx.
- 59 OMS Bureau régional de la Méditerranée orientale. Comité régional de la Méditerranée orientale Soixante - neuvième session Point 3 a) de l'ordre du jour provisoire. EM/RC69/4, Septembre 2022. Mettre en place des systèmes de santé résilients pour faire progresser la couverture sanitaire universelle et assurer la sécurité sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale.
- 60 ONUSIDA : <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/tunisia> (consulté le 28/11/23).
- 61 Organigramme, November 2023, Country Office, WHO.
- 62 Ourworldindata.org
- 63 Overall report Kuwaiti Fund, Tunisia. WHO Health Emergencies Programme (WHE) Final report to Kuwait "Support of the WHO's efforts in combating the spread of COVID-19 in Tunisia".
- 64 Partnership for Health System Sustainability and Resilience (PHSSR).

- 65 Perspectives de la décentralisation des services de santé en Tunisie, Décembre 2020.
<http://www.reforming.it/doc/1625/rapport-decentralisation-futurproche.pdf>
- 66 Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement 2021-2025. République Tunisienne et Nations Unies en Tunisie, décembre 2020.
- 67 Plan de Développement de la Tunisie pour 2023 – 2025 – Janvier 2023.
- 68 Plan de Préparation et de Riposte au Risque d'introduction et de dissémination du « SARS-CoV-2 » en Tunisie (Ministère de la Santé) Lien : <http://www.santetunisie.rns.tn/images/plan-riposte-covid19.pdf>
- 69 Planned & Expenditures for Activity & HR costs 2018 to 2023. Xlsx. WHO.
- 70 Planning documents biennium 2018-2019, 2020-2021 et 2022-2023.
- 71 Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal Health coverage: expanding our ambition for health and well-being in a post-COVID world". GA United Nations on 21 September 2023.
- 72 Portail National de la Santé en Tunisie – Carte sanitaire.
- 73 Pour une meilleure santé en Tunisie - le dialogue sociétal. (n.d.). <http://www.hiwarsaha.tn/upload/1409228805.pdf>
- 74 Projet d'intervention d'urgence « COVID-19 ». Cadre de gestion environnementale et sociale (CGES), Ministère de la Santé (MS), Septembre 2020.
- 75 Projet de riposte au COVID-19- Tunisie. Plan de mobilisation des parties prenantes (PMPP), Ministère de la Santé (MS), Septembre 2020.
- 76 Rapport à l'Ambassade du Canada en Tunisie : « Appui à la riposte de la Tunisie pour faire face au COVID-19 : renforcement des services de prise en charge des nouveaux nés de mères contaminées par le SARS-COV2» OMS, mars 2021.
- 77 Rapport Annuel 2022, Système des Nations Unies Tunisie.
- 78 Rapport d'évaluation du cadre légal régissant le secteur de la santé en matière de bonne gouvernance, Publié en octobre 2021.
- 79 Rapport de la Banque mondiale « Informalité et croissance inclusive au Moyen-Orient et en Afrique du Nord », publié en juin 2023.
- 80 Rapport de la Banque Mondiale, exercice 2020-2021.
- 81 Rapport National Volontaire sur la mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable, Forum Politique de Haut Niveau pour le Développement Durable, New York -2019. République Tunisienne.
- 82 Rapport sur le Développement Humain du PNUD, 2020 – Élargir l'horizon des populations et de la planète : le développement humain et l'anthropocène, Note d'information à l'intention des pays – Tunisie.
- 83 Rapport sur le droit à la Santé en Tunisie, l'Association Tunisienne de la Défense de Droit à la Santé [Internet]. Ftdes.net. 2021 [cited 30 June 2021].
- 84 Redissi H. et al. La Tunisie à l'épreuve du COVID-19. L'observatoire Tunisien de la Transition Démocratique et Friedrich Ebert Stiftung, bureau de Tunis. 2020.
- 85 Ismaïl Safa, Zaouali Nejia. Santé et assurance en Tunisie : les enjeux de la réforme de 2004. East Mediterranean Health J. 2022 ;28(6) : 444–453.
- 86 Sans abri : le rôle du FMI dans le recul de la protection sociale. Etudes de cas du Maroc, de la Jordanie et de la Tunisie – Friedrich Ebert Stiftung. ISBN 978-9938-815-27-6.
- 87 Sassi, M.B. et al. (2022) 'Phylogenetic and amino acid signature analysis of the SARS-cov-2s lineages circulating in Tunisia', Infection, Genetics and Evolution, 102, p. 105300. doi:10.1016/j.meegid.2022.105300.
- 88 Strategic preparedness and response plan for the novel coronavirus. WHO.
- 89 Stratégie Nationale Multisectorielle de Prévention et Contrôle des Maladies Non Transmissibles (MNT) 2018-2025, publiée mai 2018.
- 90 Suivi de l'impact socio-économique du COVID-19 sur les ménages tunisiens. Analyse des données de la 1ère vague (29 avril 2020 – 8 mai 2020) INS et Banque mondiale, publié le 28 mai 2020.
- 91 Tadmouri GO; Mandil A; Rashidian A. Biomedical and health research geography in the Eastern Mediterranean Region (2004–2013). East Mediterr Health J. 2019;25(10):728–743.
- 92 Technical Report Fund from Government of Netherlands COVID-10 Response Strategy
- 93 The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/tunisia>, extrait le 12 décembre 2023.
- 94 Thirteenth General Programme of Work 2019-2023 (GPW13). WHO.
- 95 Tozeur : Protocole Sanitaire aux passages frontaliers. Mosaïque FM. 26 juin 2020.

- 96 Tunisia - COVID-19 overview - Johns Hopkins. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center.
<https://coronavirus.jhu.edu/region/tunisia>
- 97 Tunisia Country Cooperation Strategy (CCS), draft préparé en 2016.OMS.
- 98 Tunisia KPIs performance 2019 to date.xlsx. WHO.
- 99 Tunisie : Impact des mesures de confinement associées à la pandémie COVID-19 sur la pauvreté des enfants. UNICEF.
- 100 Tunisie : un système sanitaire fragile à l'épreuve de la covid-19 - Rapport de la Fédération Internationale des Droits de l'Homme - 2 décembre 2021.
- 101 Tunisie : Réunions interrégionales de phase 2 du Dialogue sociétal pour la santé. <https://www.emro.who.int/fr/tun/tunisia-news/reunions-inter-regionales-de-phase-2-du-dialogue-societal-pour-la-sante.html>
- 102 Twelfth General Programme of Work 2014-2019 (GPW12). WHO.
- 103 UN Women Country snapshots, <https://data.unwomen.org/arab-states/country/tunisia>: extrait le 11/12/23.
- 104 UNEG Guidance on Integrating Disability Inclusion in Evaluations and Reporting on the UNDIS Entity Accountability Framework Evaluation Indicator, January 2022.
- 105 UNEG Guidance on Integrating Human Rights and Gender Equality in evaluations (2011 and 2014).
- 106 W. Fekih, S. Cheikh Mohamed. et al. Impact de manque des places en réanimation à l'aire de covid-19 dans un Centre Tunisien. Revue des Maladies Respiratoires Actualités. 25 décembre 2021.
- 107 WHO – Regional Office for the Eastern Mediterranean- Health System Country Profile – 2018
- 108 WHO (2021) Evaluation of WHO transformation. Volume 1: Report. Corporate evaluation commissioned by the WHO Evaluation Office.
- 109 WHO EMRO. Monitoring Health Systems Performance in the Eastern Mediterranean Region. Core indicators and indicators on the health-related Sustainable Development Goals at: <https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMHST247E-eng.pdf?ua=1>
- 110 WHO Evaluation Policy, 2018.
- 111 WHO Policy and Strategy on Health Equity, Gender Equality and Human Rights, 2023 – 2030.
- 112 WHO Policy on Disability.
- 113 WHO Regional office for the Eastern Mediterranean.Regional Committee for the Eastern Mediterranean. Sixty-sixth session. Developing national institutional capacity for evidence-informed policy-making for health. EM/RC66/6 October 2019.
- 114 WHO, Global Health Expenditure database, extrait le 22 novembre 2022.
- 115 WHO's response to COVID-19 in the Eastern Mediterranean Region. Independent review. February 2023.
- 116 Workplans 2018-2019, 2020-2021 et 2022-2023
- 117 World health statistics 2023 – Monitoring health for the SDGs. WHO, 2023.
- 118 World Population Dashboard. <https://www.unfpa.org/data/world-population/TN>: extrait le 25/06/2023.

Any enquiries about this evaluation should be addressed to:
Evaluation Office, World Health Organization
Email: evaluation@who.int
Website: Evaluation (who.int)

