

YAANI

FELLOWSHIP PROGRAM

POLICY  
ANALYSIS  
TRAINING

T A A S T I / B C - T u n i s i a







# YAANI FELLOWSHIP PROGRAM POLICY **ANALYSIS** TRAINING

---

T A A S T I / B C - T u n i s i a

March 2016



# PREFACE

---



Today's Tunisia is undergoing a historic and profound democratic transition. The success of this democratic awakening requires deep socio-economic restructuring congruent with a collective vision of an inclusive and sustainable knowledge society. Similarly, the robust progress towards this shared goal necessitates a wide spectrum of competences, such as in public policy design.

Convinced of the insufficiency of this competence, The Tunisian Association for the Advancement of Science, Technology and Innovation (TAASTI), in partnership with the British Council (BC), designed and launched a capacity building program in policy analysis for the Tunisian youth titled YAANI Fellowship Program. In fact, the program in question is the Tunisian involvement within the Young Arab Analysts Network International (YAANI) initiative, launched by the British Council in 2011.

The present cohort booklet includes eight policy briefs written by the YAANI Fellows of the first cohort during the training. The eight laureates (6 females, 2 males), started their training within a cohort of nineteen, 26 to 44 years old, trainees (9 females, 10 males), coming from all over the country, that were selected among almost 300 candidates. The first cohort policy themes were Agriculture, Health, and Higher education. A short description of the training program and its content are found in the Annex.

The eight policy briefs included here are the concrete and explicit outcome of the training program besides eleven others written by the remaining trainees. In addition to these contributions, the trainees acquired knowledge and developed competences in policy analysis, government, and politics as well as participatory democracy. The latter training ingredients are needed by any policy analyst and were thus integrated into the different teachings and exercises.

Before closing this preface, I would like to share with you, my satisfaction as to the unfolding of this first policy analysis capacity building program in partnership and close cooperation with the British Council. My gratification comes not only from the experience itself and its direct outcomes, but also the several opportunities that were seized by our trainees, such as new exciting jobs, and the training request from UNESCO's projects bureau in Tunis.

Finally, I would like to thank all those who participated in this first exciting experience. My thanks go to all those who trusted us and submitted their applications especially the tireless nineteen selected YAANI trainees. I'm deeply grateful to the Director of British Council Tunisia, my friend Nigel Bellingham, for his constant support. I also salute the several senior experts, whose participation and professional mentorship, made of this training a rigorous capacity building program. Last but not least, I would like to express my great appreciation to all British Council friends and colleagues as well as TAASTI's members who took part in this challenging first journey.

*Tunis*  
*March 15, 2016*

*Prof. Jelel Ezzine*  
*President, TAASTI*

A handwritten signature in blue ink, reading "Jelel Ezzine". The signature is stylized and fluid, with a long horizontal stroke extending to the right.

# YAANI FELLOWSHIP PROGRAM POLICY ANALYSIS TRAINING

TAASTI/BC - Tunisia



YAANI  
PolicyLab  
مختبر السياسات

<b>Gratuité des soins en Tunisie : comment transformer le mythe en réalité ?</b> .....	5
Mouna Ayachi	
<b>Projet de renforcement du système de riposte à l'abandon scolaire des mineurs en Tunisie</b> .....	11
Sana Besbes	
<b>Réussir à affronter le risque d'émergence et de propagation du virus Ebola en Tunisie</b> .....	19
Souhir Dagdoug	
<b>Stoppons l'épidémie du diabète type 2 en Tunisie 2016-2026</b> .....	24
Thouraya Dakhlaoui	
<b>Les écoles préparatoires : situation et devenir des professeurs agrégés</b> .....	28
Latifa El Atrache	
<b>Plan national de prévention buccodentaire</b> .....	32
Fehmi Hamdane	
<b>Optimisation des Dépenses en Produits de Santé</b> .....	35
Mouna Jameleddine	
<b>La pénurie des Médecins spécialistes dans les régions de l'intérieur Closing the Gaps... Saving the lives</b> .....	42
Yassine Kalboussi	
<b>Annex</b>	
Introduction .....	45
The Training .....	45
Participants .....	46

# GRATUITÉ DES SOINS EN TUNISIE : COMMENT TRANSFORMER LE MYTHE EN RÉALITÉ ?

Mouna Ayachi

YAANI Fellowship Program,

Le droit à la santé est un droit universel qui est garanti par la constitution Tunisienne et par les conventions internationales.

L'article 37 de la nouvelle constitution tunisienne adoptée en Janvier 2014 stipule que la santé est un droit pour chaque citoyen : «L'Etat garantit la prévention, la prise en charge sanitaire et offre tous les moyens nécessaires pour garantir la sécurité et la qualité des prestations de santé». L'Etat tunisien est garant de la gratuité des soins aux catégories démunies et aux personnes à revenus limités.

l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels ratifié par la Tunisie en 1969, protège le droit d'accès des citoyens à un système de protection de la santé et garantit à chacun, sur un même pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible.

En vertu de la loi 91-63 relative à l'organisation sanitaire en Tunisie, l'Etat garantit des soins de santé gratuits ou subventionnés aux groupes ayant les revenus les plus bas dans le cadre des régimes publics d'assistance médicale.

En Tunisie et depuis plusieurs années le terme gratuité des soins dans le secteur public est souvent évoqué surtout par les politiciens. Mais qu'en est-il en réalité ? Notre recherche du chiffre relatif au taux de couverture sociale en Tunisie est restée en suspens, la banque mondiale qui dispose de la plus grande base de données pays concernant cet indicateur affiche une case vide pour la Tunisie, et pour les pays du Maghreb d'ailleurs...

En recherchant les causes de ce manque de données nous retrouvons des éléments de réponse dans la politique même de couverture sociale en Tunisie :

- ▶ Les travailleurs du secteur public et du secteur privé affichent un taux de couverture de 75% (données 2006 du ministère des affaires sociales) cette catégorie est recensée, en règle et paye ces cotisations en bonne et due forme.
- ▶ La faiblesse du système de sécurité sociale en Tunisie réside dans l'exclusion de toutes les autres personnes qui ne cotisent pas, notamment les travailleurs indépendants, les travailleurs du secteur agricole, les chômeurs et notamment les travailleurs précaires (ou les travailleurs du secteur informel qui représentent 53,4% de la main d'œuvre en 2010 selon la DG du trésor). Et du moment que ces autres catégories ne cotisent pas donc elles sont donc difficilement quantifiables,

- ▶ Ajoutons à cela les critères liés aux décisions d'attributions de l'aide aux plus démunis qui dépendent des commissions régionales et locales qui détiennent les informations concernant les demandeurs d'aide et nous nous retrouvons avec une part importante de la population tunisienne qui ne dispose d'aucune couverture sociale.

D'après l'étude faite par le bureau des droits de l'homme des Nations Unies en Tunisie en décembre 2013 par Mr Mehdi Ben Braham Le PNAFN ( programme national d'aide aux familles nécessiteuses), programme basé non pas sur une approche de prospection mais plutôt sur une approche de déclaration spontanée : c'est la personne en charge du ménage pauvre qui doit elle-même s'adresser au bureau du Ministère des affaires sociales en prouvant qu'elle est réellement dans le besoin via une «attestation de pauvreté» délivrée par le «Omda» qui représente le ministère de l'intérieur dans chaque village. Ensuite, un travailleur social enquête sur le terrain sur le ménage en question et remet un dossier à la commission régionale ou locale. Cependant, le nombre total de ménages bénéficiaires est limité par un quota, c'est-à-dire un nombre autorisé total forfaitaire fixe.

Nous pouvons donc dire que cette politique de quotas va avoir pour résultante, des données non actualisées, biaisées et va surtout avoir pour conséquence l'exclusion de familles dans le besoin et le non-octroi de cette aide aux plus démunis.

Cette même étude nous révèle que seulement 17,3% des pauvres en Tunisie sont couverts par le programme national d'aide aux familles nécessiteuses. Cela est susceptible de créer une certaine forme de discrimination dans l'accès aux soins et aux médicaments. Si on rajoute les travailleurs du secteur informel qui ne rentrent pas dans le système de la sécurité sociale en Tunisie nous sommes en droit de nous poser la question suivante :

## **Comment lutter contre ces disparités ? et surtout comment prendre en charge les patients les plus démunis au sein même des établissements de santé en Tunisie ?**

La première question qui nous a interpellés est restée donc sans réponse à savoir le nombre approximatif de ces personnes dans le besoin et qui ont besoin d'une assistance sociale pour pouvoir payer leurs soins dignement...

Trois chiffres peuvent nous servir d'indicateurs proxy et nous aider à évaluer le nombre de cette population exclue du système de couverture sociale

- ▶ le taux de chômage est de 15 % selon le dernier rapport de l'INS
- ▶ selon l'enquête de LGB (local governance barometer) sur la structure sanitaire en Tunisie 15 % de l'échantillon des répondants choisis sur tout le territoire ( 2816 citoyens) ne disposent d'aucune couverture sociale
- ▶ le rapport annuel 2013 du CHU Farhat Hached de Sousse indique : le régime plein tarif représente 14,64 % des visiteurs de l'hôpital
- ▶ les chiffres de la banque mondiale pour la Tunisie indiquent un ratio de la population pauvre en fonction du seuil de pauvreté national (% de la population) est de 15% en 2010.

Ces chiffres sont cités à titre indicatif et devraient être plus approfondis et mieux analysés mais dans l'immédiat ce pourcentage redondant de 15 % nous permet d'énoncer le chiffre



de 1 million 635 mille habitants au minimum ne disposant d'aucune couverture sociale.

Les systèmes de couverture sociale en Tunisie restent insuffisants au vu du nombre croissant de malades dans le besoin fréquentant les hôpitaux publics et ne bénéficiant d'aucune couverture...

Parallèlement, et d'une année à l'autre, les budgets des familles tunisiennes sont entrain de s'amenuiser, ceci étant dû essentiellement à l'augmentation de la précarité des travailleurs, du chômage dont les taux ne cessent de grimper, et de l'inflation qui impacte fortement les budgets des ménages. De ce fait, en cas de maladie imprévue il s'agit toujours d'un choc financier pour les ménages modestes, ce qui bouleverse toutes leurs prévisions et qui les ramène dans le carré de l'endettement et de la dégradation des conditions de vie et donc de la précarité...

Les mécanismes de cotisation sociale instaurés par l'Etat Tunisien essayent de 'démocratiser' les soins de santé et de les rendre accessibles et abordables pour tous les tunisiens. Malheureusement nous sommes bien loin de cet objectif et le financement public est insuffisant pour une couverture optimale de toute la population tunisienne ...en Tunisie on parle souvent d'une politique de gratuité des soins dans les hôpitaux publics mais nous sommes loin de la réalité. En effet, la compensation versée par l'Etat ( via la caisse nationale d'assurance maladie) aux hôpitaux reste insuffisante, or pour assurer des soins de qualité et gratuitement notamment pour les indigènes, les hôpitaux publics ont des besoins de financement largement supérieurs aux ressources de financement disponibles.

### Why the problem is important ?

La révolution a mis à nu le système de protection sociale, trois ans après le soulèvement de 2011, les revendications sociales et les slogans sont à restés les mêmes : Travail, liberté, dignité citoyenne.

Le constat des inégalités de santé est officiellement admis en Tunisie après la révolution<sup>(1)</sup> et nous sommes à un tournant important dans la définition des politiques de santé, la poursuite d'un idéal de justice sociale n'est jamais apparu aussi clairement (et cela, en plus des objectifs médicaux)

### Les politiques actuelles

Actuellement et d'après ce que nous avons avancé précédemment, si nous retenons le chiffre de 15% en tant que pourcentage de tunisiens ne disposant pas de couverture sociale, ce chiffre se traduirait par 1,6 million de tunisiens, si nous regardons les projections de la population d'ici 2019 (chiffres de l'UNFPA) nous serons 11598(chiffre à vérifier), avec un taux de chômage de 10,1% ( d'après Economist intelligence Unit octobre 2014) donc 1,17

---

1) M. Cherif Mounir, directeur central à la CNSS : Le thème du système de protection sociale est un thème d'actualité qui vient de rebondir après le soulèvement du 14 Janvier, on croyait qu'on avait un système de sécurité sociale des plus performants. Les régimes classiques de la sécurité sociale se sont montrés incapables de couvrir les travailleurs précaires. Ce qui reste donc à faire : c'est une refonte du système de protection sociale. Déclaration faite lors du diagnostic national du système de protection sociale septembre-novembre 2011.

million de la population tunisienne ne disposerait pas de couverture en 2019.

Les programmes d'aide actuellement en place se basent sur une approche de déclaration spontanée. Cette procédure d'aide aux familles nécessiteuse doit être remplacée par une approche prospective des ménages pauvres et des travailleurs informels.

Toutefois, la mise en perspective comparative des taux d'informalité de l'emploi en Tunisie avec les pays du Maghreb et d'autres régions pertinentes pour cette analyse, révèle que la Tunisie avec un taux de 33% (Secteurs productifs non agricoles) distancie de loin la moyenne observée au cours de la période 2005-2010 (Charmes, 2012) dans la zone Afrique du Nord, en Egypte, en Algérie et au Maroc, soit respectivement 58.4%, 51.2% et 78.5%, mais demeure toujours éloignée des performances enregistrées dans les pays en transition à l'instar de la Russie, la Serbie et l'Ukraine qui ont enregistré des taux respectifs de l'ordre de 12.1%, 5.9% et 9.4%.

Pour toutes ces considérations, aussi bien la Tunisie que certains pays de la zone MENA à l'instar du Maroc et de l'Egypte gagneraient à approfondir les analyses exploratoires de l'économie informelle tout en veillant à doter les appareils statistiques nationaux des moyens nécessaires pour améliorer la collecte des informations et des données utiles pour l'élaboration de diagnostics robustes orientés vers la prise de décision par les pouvoirs publics.

## Recommandations

Au regard de la persistance des revendications sociales faisant écho d'une fracture sociale grandissante, une vraie étude nationale sur la protection sociale en Tunisie doit être commencée, sur le long terme, qui impliquerait des démographes, des sociologues et des anthropologues. En parallèle un travail statistique exploratoire sur l'emploi informel et de l'emploi dans le secteur informel doit être effectué, mais aussi connaître le profil des familles nécessiteuses nous aiderait à mieux adapter les mécanismes de prise en charge.

- ▶ La sensibilisation : Les problèmes de santé sont à l'origine de ruptures professionnelles et de situations de précarité. Par exemple, le risque de se retrouver au chômage est deux fois plus élevé pour les personnes en mauvaise santé. Il y aurait ainsi une forme de cercle vicieux des inégalités économiques et des inégalités de santé. Les comportements à risque - consommation de tabac et de drogues, mauvaise hygiène alimentaire, sédentarité - expliquent également une partie de ces inégalités car de tels comportements sont plus fréquemment adoptés par les personnes moins instruites et connaissant des difficultés économiques et sociales. Des actions de sensibilisation doivent être planifiées dans le cadre des nouvelles politiques publiques.
- ▶ Décentralisation de la prise de décision et autonomie des hôpitaux publics notamment en termes budgétaires afin de s'organiser et prendre en charge les malades les plus démunis
- ▶ Il faudrait agir en amont de la maladie, dans des actions de prévention sur deux volets : comment se prémunir contre les maladies mais aussi comment se couvrir socialement, pour pouvoir se soigner dignement en cas de besoin.
- ▶ Repenser les programmes d'aide aux familles nécessiteuses et y introduire les travailleurs informels, et les chômeurs à travers de programmes de transferts monétaires La mise en

place de techniques de transferts monétaires serait en mesure d'améliorer les conditions de vie des ménages économiquement vulnérables.

- ▶ Agir sur les origines du problème : le gros problème du chômage
- ▶ Un fond social comme celui qui existait auparavant le 26-26 avec des mécanismes de contrôle rigoureux quant aux dépenses.
- ▶ Certains pays ont mis en place un système de micro- assurance santé ou de garantie sociale ou encore ce qu'on appelle des instruments d'extension de la protection sociale pour les indigents et les travailleurs précaires du secteur informel qui ne peuvent bénéficier du système de protection sociale classique, ce système pourrait être instauré en Tunisie et serait intéressant sur plusieurs plans. Les contributions financières collectées des membres d'une association de micro assurance constituent une forme de cotisation pour une protection sociale. L'âge des différents membres ainsi que leur état de santé fera varier le risque, il pourrait émaner d'un partenariat pouvoirs publics et associations de micro assurance.

Dans la plupart des pays, c'est l'Etat qui monopolise les soins de santé et leur financement. Deux ministères jouent à cet égard un rôle central : le ministère de la santé et le ministère des affaires sociales. En général ces deux ministères devraient encourager des initiatives de mise en place de solutions en l'absence de protection sociale pour la population démunie ou active dans l'économie informelle et le milieu rural, d'autre part, ils doivent également œuvrer pour la mise en place d'un cadre réglementaire respectant les droits humains en termes de santé et ne pas céder aux pressions des bailleurs de fond internationaux comme le FMI et la banque mondiale, dans le sens où le développement économique ne doit en aucun cas léser les plus démunis en leur ôtant leurs droits à la couverture sociale et en les laissant sur le carreau.

## Les prestataires de soins

Les prestataires de services de soins publics devraient eux- mêmes avoir la possibilité de créer des entités de couverture sociale au sein même des hôpitaux, du moment que ceci va engendrer une augmentation de la demande de soins et donc générer des moyens financiers supplémentaires indépendants du financement public. Ce système va entraîner l'augmentation de la capacité financière des hôpitaux, améliorer leur fonctionnement et les faire accéder à des prestations de soins de qualité.

---

## Références

### Articles :

1. The Road to Dignity by 2030, united nations - 2014
2. Marginalité et exclusion sociales, Robert Castel, Cahiers de recherche sociologique - 1994
3. Crise de l'aide au développement et injonctions de 'bonne gouvernance' : le cas des politiques de santé au Gabon Bruno Boidin - 2010
4. L'extension de la protection sociale à l'économie informelle à l'épreuve de la transition en Tunisie Nidhal ben Cheikh1 CRES, Tunisie - 2010

5. Vers un nouveau modèle économique pour la Tunisie- Etude conjointe de la BAD, du gouvernement Tunisien et du gouvernement des Etats Unis - 2013
6. Rapport sur le développement humain PNUD - 2014
7. World social protection report ILO - 2014
8. Making access possible MAP, UN Capital Development Fund – UNCDF - 2013
9. La santé publique en Tunisie est-elle malade ? rapport LGB Tunisie Forum des sciences sociales - 2012
10. From Extreme Poverty to Sustainable Livelihoods- CGAP and Ford Foundation – 2014
11. Even it up, time to end extreme inequality – OXFAM - 2013

### **Sites consultés :**

12. OIT
13. OMS
14. PNUD
15. FMI
16. Banque mondiale
17. Economist intelligence

# PROJET DE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE RIPOSTE À L'ABANDON SCOLAIRE DES MINEURS EN TUNISIE

Sana Besbes

YAANI Fellowship Program

## I- Problématique

Un chiffre annoncé par le ministère de l'Éducation a sonné comme un échec de tout un système, près de cent mille (100.000) jeunes ont abandonné l'école au cours de l'année scolaire 2010-2011, montrant par la même que notre école va de plus en plus mal et qu'elle s'est enfoncée dans une situation difficile à cause de l'inconstance et la contradiction des décisions successives. L'abandon ou le décrochage scolaire est le résultat d'une série d'échecs que vit l'élève sur les plans familial, scolaire et social. Le décrochage scolaire est l'aboutissement d'un processus graduel de désengagement qui peut commencer dès l'école primaire. Les résultats obtenus au cours des années d'indépendance sont édifiants. Avec une couverture totale de la population en âge d'être scolarisée, un taux brut de scolarisation de 100% et près de 7% du PIB consacré à l'éducation. D'après un rapport de la Banque Mondiale<sup>(2)</sup> :

Dépenses publiques totales dans le secteur de l'éducation (% du PIB) 2010		
Tunisie	1980-2010	6,21%

S'il y a un phénomène cyclique qui ronge l'éducation dans le monde, c'est celui de l'abandon ou celui qui est dû décrochage scolaire : c'est-à-dire « l'interruption temporaire ou définitive des études avant l'obtention d'un diplôme, certificat, attestation d'études, etc.. de la part d'une institution d'enseignement ». Des études réalisées dans les pays de l'OCDE<sup>(3)</sup> ont montré que ce phénomène, apparu au début des années soixante-dix du siècle dernier, est la conséquence de « la détérioration des liens entre l'enfant, l'école et la société ». Le Forum Tunisien pour les Droits Économiques et sociaux (FTDES) a présenté les résultats de son enquête de terrain intitulée « Déscolarisation : Phénomène et causes ». Partant des statistiques d'abandon scolaire en Tunisie, le constat est sans recours. Le phénomène est alarmant : Plus de 100 000 élèves du primaire et du secondaire ont quitté l'école volontairement pour la seule année 2011-2012.

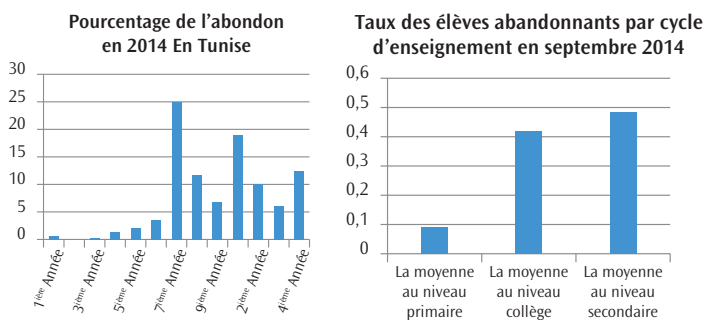
Cette enquête a révélé les principaux résultats suivants :

2) <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/TUN/fr/SE.XPD.TOTL.GD.ZS.html>

3) L'organisation de coopération et de développement économiques

- ▶ Les abandons sont constitués de 66,39% de garçons et de 33,61% de filles ; Le phénomène de l'abandon de l'école toucherait plus les garçons, que les filles d'après l'échantillon de l'étude.
- ▶ Les tranches d'âge des 16 et 17 ans sont les plus touchées par le phénomène : respectivement 24,07% et 16,93%. Les moins des 17 ans représentent 37,9% des abandons. Seulement 43,7 d'entre eux ont intégré l'enseignement technique, 22,86% ont rejoint le marché de travail, 31,96% sont en chômage.
- ▶ Ce sont les collèges qui connaissent le plus grand taux d'abandon : 64,31% au niveau du collège.

## II- Prendre conscience de la gravité de l'abandon à court et à long terme au sein de la société Tunisienne



Les statistiques indiquent que deux élèves sur dix vivant dans les régions rurales, notamment au nord-ouest, au centre-ouest et au sud, abandonnent les cours au primaire et surtout aux cycles du secondaire. Les recherches indiquent trois facteurs conduisant à l'abandon: les facteurs individuels ou sociaux, les facteurs scolaires et les facteurs systémiques.

### 1. Les facteurs individuels ou sociaux

Un grand nombre de facteurs individuels ou sociaux peut être considérée comme liée à l'abandon scolaire.

- ▶ Le rendement scolaire mesuré par de faibles notes est très corrélé.
- ▶ L'ennui et le manque d'intérêts à l'école qui peut être mesurée par l'absentéisme. Ce manque d'engagement peut être la cause ou la conséquence d'un comportement déviant corrélée à l'abandon.
- ▶ l'absence de contrôle parental durant l'année scolaire
- ▶ La violence entre groupes d'enfants de plus en plus propagées dans les établissements scolaires affectant en général la psychologie des enfants peut engendrer un processus de décrochage.

### 2. les facteurs scolaires

Les structures scolaires par opposition aux ressources de l'école ont un impact sur le décrochage.

- ▶ l'école publique subit la dégradation totale structurelle, en fréquentation et en matière d'éducation.
- ▶ L'école dans sa structure en termes d'espace de classes, de logistiques concernant le bien être des élèves et la maximisation d'objectifs d'assimilation par les enseignements dispensés.
- ▶ La manière de procéder pour l'évaluation de l'élève, les programmes d'études inachevés dans les délais, ce qui limite le niveau de l'élève pour certaines matières l'année suivante.
- ▶ Une forte relation positive avec un ou plusieurs enseignants semble réduire les taux de décrochage scolaire.
- ▶ Un système éducatif stagnant ne suivant pas les nouvelles mesures d'enseignementtelles que les nouvelles TIC.
- ▶ Le désintéressement des enseignants qui est proportionnel à leurs salaires et leurs conditions de vies dans les régions visées,
- ▶ Le manque de suivi de contrôle par l'administration des absences répétées,

### 3. Les facteurs systémiques :

- ▶ L'absence d'éléments essentiels de la vie comme l'eau, l'électricité
- ▶ L'inexistence de moyens de transports entre les lieux d'habitation et l'école.
- ▶ Le redoublement est en corrélation avec les taux d'abandon plus élevés (Field et al., 2007, Rumberger et Lim, 2008) ,
- ▶ La pauvreté des régions rurales et des familles avec des ressources inexistantes dans la plupart des cas, sinon limitées,
- ▶ Le fait d'avoir des problèmes de santé physiques ou mentales ponctuelspeut avoir un impact important sur la progression scolaire de l'élève (Lamb et al., 2004) .
- ▶ L'absence de perspectives prometteuses pour l'emploi dans les régions concernées.

## III- Quelles politiques adopter afin de remédier au problème de l'abandon scolaire et de mettre en œuvre un système efficace ?

La stratégie de riposte contre l'abandon scolaire se base sur deux grands axes :

1. Le renforcement du cadre légal par des réformes normatives efficaces.
2. La mise en œuvre d'un système de prévention et de prise en charge des cas d'abandon scolaire.
3. Un plan d'action national doit être élaboré pour la riposte à l'abandon scolaire avec la participation des toutes les parties prenantes. Celles-ci ne sont pas uniquement les décideurs ministériels.

### 1. Renforcer le cadre légal par des réformes efficaces

1. Le concept d'une école publique, gratuite et obligatoire doit être gardé.  
Notre école doit être démocratique, doit respecter les droits de l'homme et les valeurs

de la citoyenneté, tous les élèves dans les villes, les régions défavorisées doivent avoir les mêmes chances de bénéficier d'un apprentissage. Aucune discrimination ne doit être exercée dans les différents établissements scolaires. Pour arriver à de tels résultats, l'Etat est appelé à investir davantage.

2. La création d'une structure supérieure indépendante (sous forme de coalition) chargée des questions de l'éducation et de l'enseignement, sous forme d'instance supérieure ou d'observatoire et de la doter de tous les moyens nécessaires pour mener à bien sa mission.

- ▶ Cette structure, comprendra dans ses rangs :
  - ▷ des représentants de toutes les composantes de la famille de l'éducation et de l'enseignement,
  - ▷ des associations de la société civile qui peuvent aider le travail sur le terrain,
  - ▷ des syndicats dont la Ligue tunisienne de défense des droits de l'Homme, le Forum économique et social, les institutions gouvernementales qui peuvent réformer les décisions.
- ▶ Cette instance aura pour principales missions de :
  - ▷ Réfléchir sur les différentes problématiques du système éducatif du pays,
  - ▷ Proposer une nouvelle réforme intégrant tous les cycles et types d'enseignement, une réforme non figée s'adaptant à toutes les transformations dans un monde en perpétuel changement.
  - ▷ L'élaboration de politiques efficaces de lutte contre l'abandon scolaire en préconisant des mesures de prévention, d'intervention et de compensation,
  - ▷ Cerner et Cibler la faiblesse du rendement des institutions éducatives et de tous les maux qui affectent l'école comme la violence, la consommation des stupéfiants.
  - ▷ L'instance veillera à la mise en place de stratégies d'action globales en faveur des jeunes et assurera la coordination entre les différentes structures en charge du secteur. La coalition défendra aussi les élèves en difficultés.
  - ▷ La réouverture de centres de jeunes et des centres tiers destinés à la réinsertion des élèves qui ont abandonné l'école.
- ▶ Plaider pour la restructuration des établissements scolaires et l'infrastructure dans les régions défavorisées :
  - ▷ Plaider pour l'augmentation du budget public pour faire face à l'abandon scolaire
  - ▷ Sensibiliser le secteur privé pour participer aux programmes étatiques de riposte à l'abandon scolaire
  - ▷ Plaider pour faire intervenir l'appui technique international.
- 3. Des transferts sociaux en espèces : Afin d'améliorer l'accès à l'éducation, certains pays, notamment en Amérique latine, ont également investi dans des programmes sociaux plus vastes visant à soutenir les familles pauvres et à les aider à scolariser leurs enfants. Une évaluation du programme a montré que les ménages les plus



pauvres ont été ciblés de façon appropriée et que des effets positifs étaient perceptibles sur les taux de scolarisation et de rétention. À l'échelle du pays, le pourcentage d'enfants qui n'étaient jamais allés à l'école est passé de 17 % en 1998 à 7 % en 2009.

- ▶ L'élaboration de partenariat avec la société civile sur une étude axée sur des échantillons assez représentatifs des élèves concernés par l'abandon scolaire. Il faut impliquer les familles et les élèves dans ce travail d'investigation et d'analyse.
  - ▶ Appuyer la refonte des infrastructures des régions pour pouvoir procurer des moyens de transport (des bus scolaires en nombre suffisant et en passage fréquent par les stations) aux élèves qui habitent à des distances importantes de l'école.
    - ▷ Identifier les villages où le taux de pauvreté des familles qui y habitent est élevé et où l'infrastructure est défaillante et les ériger en tant que zone prioritaire de développement éducatif.
    - ▷ Renforcer l'approche participative avec les ONG auprès des autorités locales. Les ONG peuvent jouer un rôle central afin d'apporter un plus en matière d'encadrement et d'accompagnement des élèves d'une façon générale et ceux en difficulté plus particulièrement.
4. Mettre en œuvre un système chargé d'améliorer le niveau de conscience des parents, ce qui est susceptible de les impliquer dans le suivi de leurs enfants.
  5. Renforcer les capacités du cadre pédagogique d'enseignants en plus de leurs capacités techniques:
    - ▶ Sensibilisation à l'approche du dialogue psycho-social.
    - ▶ Sensibilisation à l'approche humaniste.
    - ▶ Sensibilisation à la diversité.

Mettre en place des cellules d'écoutes permanentes pour les élèves dans les établissements, pour repérer les élèves en difficultés. Ces cellules doivent être dirigées par des attachés sociaux ou enseignants qui seront à l'écoute, qui interviennent directement auprès de l'élève, et de servir comme un pont pour transmettre les informations utiles aux instances spécialisées.

6. Mettre en place un système d'évaluation continue :
  - ▶ de la qualité des programmes de formations
  - ▶ de la qualité des services des administrations des écoles.

## **2. La mise en œuvre d'un système de prévention et de prise en charge des cas d'abandon scolaire**

1. Mettre en place un programme de prévention du développement social qui fournit une assistance-conseil de la famille et de l'encadrement pour les élèves qui avaient affiché un comportement précoce ou des formes de difficultés d'apprentissages dans l'enseignement primaire par la mise en œuvre :
  - ▶ De mesures générales pour développer des compétences cognitives et non-cognitives.
  - ▶ d'un système d'identification des comportements à risque par des spécialistes (orthophonistes, psychologue ou psychiatre) au sein de l'établissement.

- ▶ de suivi de l'enfant et d'implication de la famille ; La participation des parents à l'éducation de leurs enfants même si les parents sont analphabètes, par l'intermédiaire de conseillères sociales, avec un dispositif de visites dans leurs maisons.
  - ▶ d'un mécanisme qui fournit un soutien social adéquat pour l'enfant et la famille.
2. Les transitions entre les niveaux scolaires doivent être soutenues :
    - ▶ Les étudiants motivés à faible rendement difficiles plutôt que de simplifier leurs tâches.
    - ▶ Créer des initiatives de tutorat, soit par des pairs ou des tuteurs externes.
    - ▶ Offrir des cours de récupération avant le début de l'école à l'entrée dans l'enseignement secondaire.
  3. L'encouragement du développement d'obligations sociales, par exemple pour le personnel de l'école ou de pairs positifs car ils peuvent conduire à un engagement et un attachement à l'école.
  4. Mise en œuvre d'un système d'amélioration du niveau de conscience auprès des enfants et de leurs parents à propos de la toxicomanie et autres fléaux identifiés comme étant des causes directes de l'abandon scolaire
  5. Renforcer les activités extrascolaires et sportives dans les régions défavorisées :
    - ▶ Renforcer le rôle des maisons de jeunes
    - ▶ Renforcer les capacités des éducateurs dans les maisons de jeunes
    - ▶ Renforcer le système d'orientation parascolaire des enfants.
  6. Assister les enfants qui ont été poussés à l'utilisation de stupéfiants, à la prostitution et de l'influence de sectes religieuses ou de terrorisme.
  7. Connexion des écoles avec les communautés locales, que ce soit dans le monde du travail ou dans la communauté action de service.

Pour mieux répondre à ces mesures et les mettre en œuvre à travers les régions concernés, il faut répondre non pas à un seul mais à plusieurs facteurs de risque et d'entreprendre une action simultanément à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'école. Cela exige une coopération étroite entre les autorités éducatives et de nombreuses autres parties gouvernementales tels que les ministères, les services sociaux et du travail, les services de santé. Il ne faut pas oublier de mettre en œuvre un mécanisme de contrôle et d'évaluation pour les mesures appliquées.

---

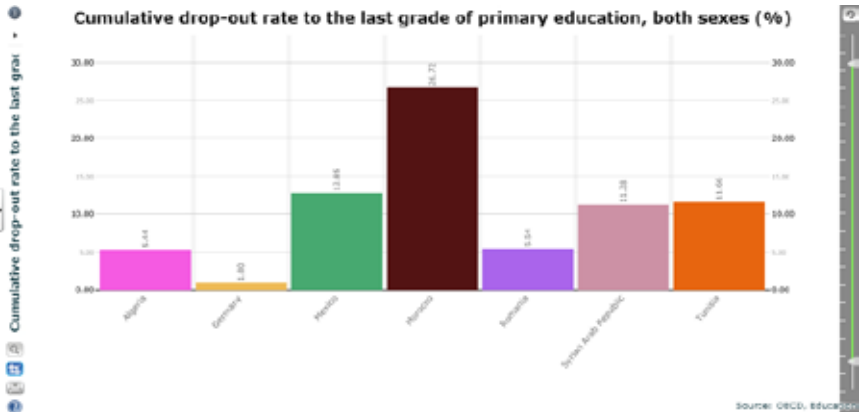
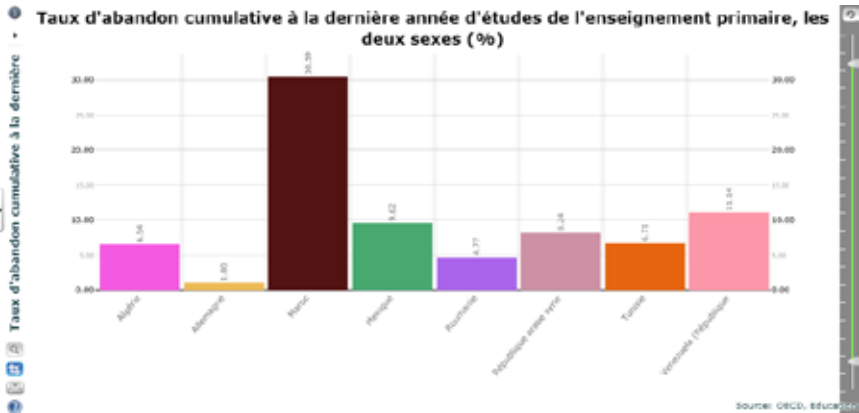
## Bibliographie

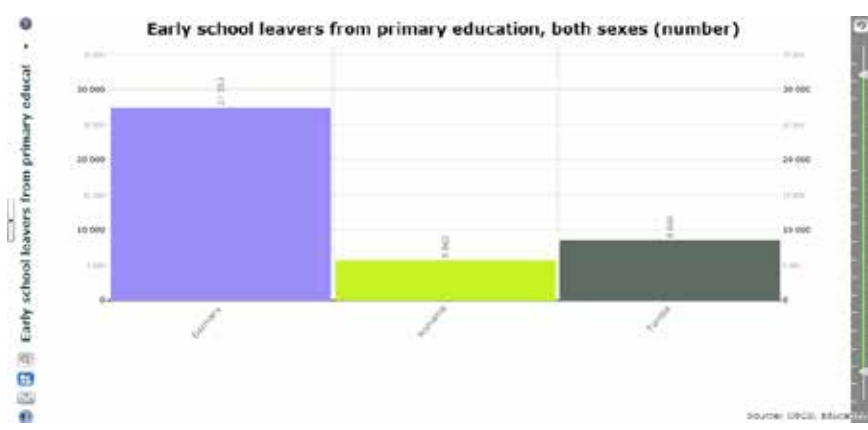
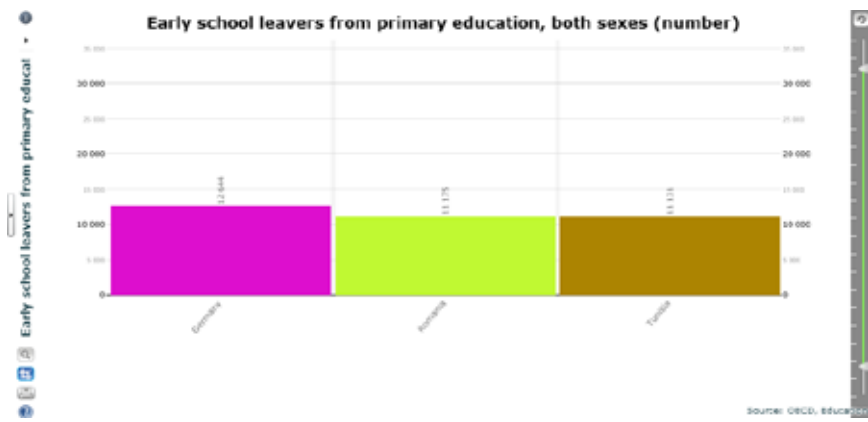
1. European Commission (2009), Progress Towards the Lisbon Objectives in Education and Training: Indicators and Benchmarks 2009, [http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning\\_policy/doc/report09/report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning_policy/doc/report09/report_en.pdf); Everyone Graduates, [www.everyonegraduates.org](http://www.everyonegraduates.org), accessed 20 April 2010.
2. Field, S., M. Kuczera and B. Pont (2007), No More Failures: Ten Steps to Equity in Education, OECD, Paris.
3. Lamb, S., A. Walstab, R. Teese, M. Vickers and R. Rumberger (2004), Staying on at school: Improving student retention in Australia, Centre for Post-compulsory Education and Lifelong Learning, The University of Melbourne, Melbourne.
4. Lyche, C. (2010), "Taking on the Completion Challenge: A Literature Review on Policies to Prevent Dropout and Early School Leaving", OECD Education Working Papers, No. 53, OECD Publishing.
5. Meghir, C. and M. Palme (2004), Educational Reform, Ability and Family Background, Institute for Fiscal Studies (IFS) Working Paper No. W04/10, London.
6. The OECD Directorate for Education website: [www.oecd.org/edu/workingpapers](http://www.oecd.org/edu/workingpapers).

7. Rumberger, R. and Lim, S. (2008), Why Students Drop Out of School: A Review of 25 Years of Research, California Dropout Research Project, Santa Barbara.
8. Tremblay, R., E. Vitaro, L. Bertrand, M. LeBlanc, H. Beauchesne, H. Boileau and L. David (1992), "Parent and Child Training to Prevent Early Onset of Delinquency: The Montreal Longitudinal Study" in J. McCord and R.E. Tremblay (eds.), Preventing Antisocial Behavior: Interventions from Birth through Adolescence, Guilford Press, New York, pp. 117-138.
9. Mourad Hessine, FTDES Mounastir, « l'abandon scolaire volontaire : le problème et ses cause » Septembre 2014. (Etude statistique)

## Annexe

### Etude des statistiques pour comparer la Tunisie avec d'autres pays concernant l'abandon scolaire





# RÉUSSIR À AFFRONTER LE RISQUE D'ÉMERGENCE ET DE PROPAGATION DU VIRUS EBOLA EN TUNISIE

Souhir Dagdoug

YAANI Fellowship Program,

Le 23 mars 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publiait la notification officielle d'une flambée de maladie à virus Ebola en Guinée. La situation avait évolué à une telle vitesse que le 8 août, l'épidémie mondiale avait été déclarée : «Urgence de Santé Publique de Portée internationale» (1). Le CDC a estimé que le nombre de cas doublait chaque 20 jours dans les pays atteints et qu'une personne sur 2 atteinte meurt (2). Les enjeux sont alors très importants aussi bien en terme de santé, que d'économie.

L'OMS fixe alors les objectifs à l'échelle internationale : «Tous les pays doivent être en mesure de détecter et de vérifier rapidement les menaces que représentent les maladies à tendances épidémiques et les maladies émergentes et d'y apporter, sans délai une réponse appropriée pour atténuer autant que possible leurs effets sur la santé et sur l'économie au niveau mondial»(1).

Le défi est alors lancé par l'OMS. La mise en place d'une politique pour le renforcement du système de prévention, de prise en charge et de la surveillance épidémiologique des Maladies Infectieuses Emergentes en Tunisie<sup>(4)</sup> imposé par cette épidémie, est alors nécessaire ; C'est un axe stratégique de réforme pour faire face aux menaces infectieuses imminentes actuelle et future.

Les objectifs du projet sont les suivants :

- ▶ L'analyse de la situation actuelle
- ▶ l'identification des priorités stratégiques
- ▶ Renforcement des mécanismes et mesures de prévention
- ▶ Renforcement des mécanismes de prise en charge
- ▶ Renforcement du système d'évaluation et de surveillance

L'impact du projet étant que l'intervention du SEMIE soit efficace dans les différentes étapes<sup>(5)</sup> et dispose des capacités techniques et opérationnelles nécessaires à la réalisation de ses objectifs de prévention et de prise en charge.

---

4) Le système épidémiologique des Maladies Infectieuses Emergentes va être désigné dans la suite du papier par SEMIE et englobe les sous-systèmes (ou étapes) de la prévention, de la prise en charge et la surveillance. Le système étant l'ensemble des mesures, stratégies, actions et mécanismes qui interfèrent de manière cohérente pour atteindre un objectif commun.

5) Réf op.cit., définition du SEMIE.

## I- Analyse de la situation

Depuis le début de l'épidémie, le nombre cumulé de cas et de décès officiellement notifiés par l'OMS entre le 23 mars et le 22 septembre s'élève à 5843 cas et 2803 décès. Durant cette période, 337 agents de santé ont été infectés et au moins 181 sont décédés (1).

### 1. En Tunisie :

Devant l'épidémie actuelle d'Ebola, le MSP a mis au point une commission technique pour la prévention et la lutte contre Ebola, afin d'essayer de détecter rapidement les cas suspects, de sensibiliser et de préparer les services hospitaliers. Un plan national de lutte contre l'épidémie d'Ebola a été publié sur le site du MSP(3).

Ce plan s'appuie sur les standards internationaux et comporte plusieurs niveaux d'intervention:

1. Création de la commission nationale interdépartementale
2. Création du comité de veille et de riposte contre la maladie à virus Ebola au sein du ministère de la santé.
3. Mise en place d'un dispositif permettant de repérer au niveau des aéroports, tous les passagers
4. Renforcement de la veille sanitaire par le biais de l'Observatoire National des Maladies Nouvelles et Emergentes (ONMNE) qui a publié sur son site des notes techniques de formation
5. Elaboration du protocole de prise en charge des cas suspects ou possibles
6. Elaboration et mise en œuvre d'un programme de formation au profit du personnel de santé et des professionnels potentiellement exposés au risque
7. Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie de communication
8. Adoption et diffusion des procédures d'investigation, de prise en charge, de désinfection en se référant aux standards internationaux

Un seul cas suspect a été détecté et s'est avéré un faux cas. Le diagnostic biologique a été effectué à l'Institut Pasteur de Lyon via l'Institut Pasteur de Tunis.

### 2. Dans le monde

Les régions les plus touchées : La Guinée, La Sierra Léone, Libéria, à moindre degré le Nigéria. Parmi ces pays, nous nous sommes intéressés à deux modèles : La Guinée et le Nigeria.

#### a) La Guinée

Une enquête rétrospective de cas a montré que le premier cas d'Ebola pourrait être apparu dès décembre 2013, mais depuis aucune mesure n'a été prise. Les cas suspects ont été confirmés tardivement car les prélèvements ont été envoyés à l'Institut Pasteur de Lyon et par conséquent la prise en charge a été inefficace. La Guinée souffrait de l'absence de structures sanitaires pour l'isolement afin de rompre la chaîne de transmission et d'un manque de personnel national qualifié et d'experts. En outre, aucune mesure n'a été prise afin de sensibiliser la population et la reconforter pour la rendre favorable au dépistage et aux soins. Malgré

l'aide apportée par l'OMS, le CDC et une collaboration avec les pays voisins atteints, l'épidémie n'a pas pu être maîtrisée (4).

**Résultats :** Pays de départ de l'épidémie de l'Afrique de l'Ouest, avec 1760 cas, nombre total de décès 1054 décès. Le taux de létalité est estimé à 70% (4)

### b) Le Nigeria

La stratégie consistait à poser le diagnostic et rapidement dans 100% des cas. Les actions entreprises (5) :

- ▶ Mise en place rapide d'un centre opérationnel d'urgence avec des cliniciens bien formés, équiper et doter le laboratoire de virologie de pointe (P4) qui existait déjà, de personnel compétent et de matériels nécessaires afin de poser un diagnostic rapide et fiable
- ▶ Prise en charge dans les meilleurs délais dans des services d'isolement construits spécialement pour ces malades
- ▶ Faire appel à des épidémiologistes expérimentés et les doter de moyens de haute technologie (système GPS) afin de rechercher les contacts, les isoler et les surveiller pendant période d'incubation pour rompre la chaîne de contamination
- ▶ Communiquer avec le grand public : campagne d'information, messages radiotélévisés, et impliquer très tôt les chefs traditionnels, religieux afin de sensibiliser la population à consulter, la rassurer et accepter une note sur l'inhumation sans risque et dans la dignité pour les personnes décédés (20% des contaminations)
- ▶ Dépistage portuaire des voyageurs
- ▶ Excellente coordination entre les différents ministères, organisations internationales...

**Résultats :** En 42 jours l'épidémie a été vaincue, au total 19 cas confirmés avec 7 décès et 12 survécus. Le taux de létalité estimé à 40% (5)

**Tableau 1 :** tableau comparatif des différentes stratégies et résultats

Guinée	Nigeria	Tunisie
Premiers cas non diagnostiqués (depuis décembre 2013)	Premiers cas diagnostiqués en urgence : centre opérationnel d'urgence	Absence de cas
Enquête rétrospective des contacts	Enquête prospective des contacts	—
Prélèvements biologiques non traités sur place : résultats tardifs	Laboratoire P4 existant avec personnel et matériel : résultats urgents	Prélèvements biologiques non traités sur place : résultats tardifs
Prise en charge tardive et inefficace	Prise en charge rapide	—
Absence de structures sanitaires pour l'isolement	Services d'isolement construits spécialement	Absence de structures sanitaires pour l'isolement
Manque de personnels nationaux qualifiés et d'experts	Personnels expérimentés	Personnels expérimentés
Absence de sensibilisation au dépistage	Campagne de sensibilisation	Absence de sensibilisation
Collaboration OMS et CDC tardive	Collaboration importante (OMS, CDC, ONG, ...)	Absence de collaboration
	Dépistage portuaire	Note pour dépistage portuaire
1760 cas, 1054 décès, Taux de létalité 70%	19 cas, 7 décès, Taux de létalité 40%	—

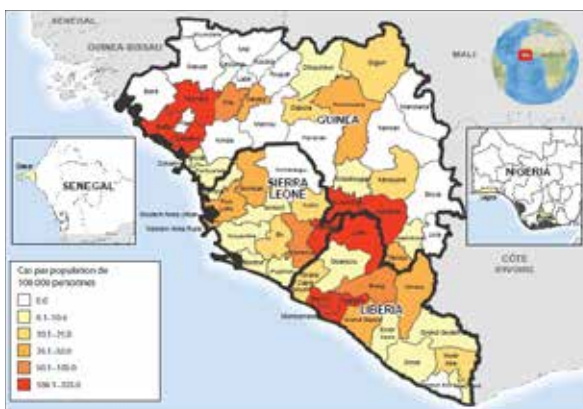


Figure 1 : Incidence cumulée de maladie à virus Ebola, Afrique de l'Ouest 20 septembre 2014

## II- Choix stratégiques

En observant les deux expériences de la Guinée et du Nigéria, et en les comparant à notre situation, nous sommes amenés à choisir le modèle du Nigéria car il possède déjà un SMIE efficace, qui a pu agir aux premiers signaux de danger.

Ce qui nous amène à proposer 3 choix stratégiques complémentaires et successifs :

### 1. Renforcer le Plan national actuel de lutte contre l'épidémie d'Ebola existant

- ▶ Développer le statut légal de la commission nationale interdépartementale pour devenir une instance nationale capable de prendre des décisions rapides et de disposer d'une capacité de surveillance et d'investigation épidémiologique et microbiologique opérationnelle et à visée décisionnelle de haut niveau scientifique et mobilisable à tout moment et devant toute menace.
- ▶ Cette commission coordonne la surveillance des maladies infectieuses, assure une veille prospective sur les risques infectieux émergeant, met en œuvre des investigations d'épidémies ou de phénomènes inhabituels qui peuvent représenter un risque pour la santé et ce à partir de signaux issus soit de systèmes de surveillance, des Directions de soins de santé de base (DSSB), des Centres de surveillance épidémiologique d'autres pays, de l'OMS...
- ▶ Recruter les compétences nationales : cliniciens, biologistes, épidémiologistes...
- ▶ S'assurer que les mesures déjà prises soient convenablement appliquées
- ▶ Elaborer des campagnes de sensibilisation en impliquant les différents acteurs de la santé, de la société civile, ONG..
- ▶ Sensibiliser les services sanitaires aux frontières et mettre à leur disposition les moyens nécessaires pour détecter les cas suspects.
- ▶ Dégager à partir des missions précédentes de nouvelles propositions de recherche et d'action



## 2. Renforcer la prise en charge

Les maladies infectieuses émergentes nécessitent une prise en charge rapide et particulière. D'où la nécessité de:

- ▶ Mettre à niveau la médecine d'urgence moyennant une formation plus approfondie en infectiologie
- ▶ Equiper les plateaux d'urgence par des techniques innovantes et rapides
- ▶ Améliorer la capacité biomédicale portant sur les agents infectieux type 3 et 4, les maladies, des traitements et de la prévention
- ▶ Encourager la spécialisation et la création de centres de recherche de référence
- ▶ Mettre au point une coopération technique internationale avec Nigeria pour décortiquer son expérience et essayer de voir les priorités qu'ils avaient estimées lors de la mise en œuvre de leur politique

## 3. Renforcer le système d'évaluation et de surveillance

- ▶ Etablir une base de données pouvant servir à des études rétrospectives ou à long terme et facilitant le travail en cas de menace
- ▶ Elaborer un plan stratégique générique relatif aux SMIE et préparation à la gestion du risque (simulation, exercices)
- ▶ L'impact des MIE est imprévisible sur tous les plans, il conviendrait d'assurer un fond d'urgence pour favoriser une bonne réactivité des pouvoirs publics et des acteurs sociaux.
- ▶ Renforcer l'infrastructure sanitaire actuelle par un pôle dédié à l'infectiologie avec des caractéristiques compatibles avec le caractère particulier de ces maladies
- ▶ Mise en place d'un réseau multidisciplinaire capable d'être réactif à temps et capable de coordonner avec les réseaux internationaux (OMS, CDC...)

---

### Référence :

1. Organisation mondiale de la Santé. Ebola response roadmap update 26 September 2014. Geneva, Switzerland:World Health Organization; 2014. Available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135029/1/roadmapupdate26sept14\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/135029/1/roadmapupdate26sept14_eng.pdf?ua=1)
2. Meltzer, Atkins, Santibanez, Knut, Petersen, Ervin, Nichol. Estimation du nombre de cas futurs de maladies à virus Ebola pendant l'épidémie Libéria et Sierre Léon 2014-2015. MMWR supplements 23sep. 2014/ 63 (03) ; 1-14.
3. <http://www.santetunisie.rns.tn/fr/images/ebolatn2.pdf>
4. Epidémie de la Maladie à virus Ebola-Afrique de l'Ouest, septembre 2014. MMWR. hebdomadaire 30 oct 2014/63(39) ;865-866
5. Shuaib, Gunnala, O. Musa, Mahoney, Oguntimohin, M. Nguku, Col. Epidémiologie de la maladie à virus Ebola Nigeria, juillet à septembre 2014. MMWR. Hebdomadaire 30 oct., 2014/63(39) ; 867-72

# STOPPONS L'ÉPIDÉMIE DU DIABÈTE TYPE 2 EN TUNISIE 2016-2026

Thouraya Dakhlaoui

YAANI Fellowship Program,

La santé est un droit fondamental de l'homme comme l'a déclaré l'organisation mondiale de la santé et l'a stipulé la loi 38 de la nouvelle constitution Tunisienne 2014.

Une des maladies qui pose un problème de santé publique en Tunisie est le diabète.

\* La Tunisie occupe la 11<sup>ème</sup> place mondiale en matière de diabète.

Les dernières études Novembre 2014 du centre des recherches des maladies cardiovasculaires et L'amicale des diabétologies ont révélé :

- ▶ 15,1% des Tunisiens sont diabétiques (1,7millions) sans compter les diabétiques non diagnostiqués avec 90% des diabétiques type 2.
- ▶ 30 000 nouveaux cas se déclarent chaque année.
- ▶ Une prévision de 1/4 des Tunisiens (26%) seront diabétiques en 2027 s'il n y a aucun changement radical à faire pour stopper cette épidémie silencieuse.

Le diabète a des conséquences graves :

- ▶ 1<sup>ère</sup> cause d'amputations hors accident, de cécité, des insuffisances rénaux voir hémodialyse.
- ▶ 2<sup>ème</sup> cause des problèmes cardio-vasculaires.
- ▶ 10% des décès sont suite au diabète.

Ce qui prouve la nécessité de faire les statistiques des taux des diabétiques avec et sans complications : pour calculer la charge réelle de la maladie.

D'où l'intérêt de recourir à une nouvelle stratégie efficace pour enrayer cette pandémie en agissant sur ses principales facteurs de risque : la malnutrition et le manque d'activité physique.

année	Prévalence du diabète	Taux de croissance	la période/an
1976	3,8	-	-
1997	9,9	161%	22
2014	15,1	53%	18

L'allure de la croissance de la prévalence du diabète est une droite linéaire de pente élevée.

	Diabétique sans complications	Diabétique stade terminal des complications	La totalité des Diabétiques sans complications	5% des diabétiques ont des complications stade terminal
Coût de la maladie / Dinars/an	250	24 274	425 Millions	4126,58 Milliards

\* Le diabète constitue une charge sociale pour toutes les communautés, en terme de coût : un diabétique coûterait 250 dinars/an à l'état, s'il y a des complications cette somme pourrait s'élever à 24 274 dinars selon les statistiques de ( INNTAT 2013)

## RESUME

L'instauration d'une politique Nationale de prévention et lutte contre le diabète en Tunisie est d'une nécessité primordiale pour améliorer et préserver l'état de santé de la population surtout que la Tunisie est en pleine période de transition démographique, épidémiologique et nutritionnelle en agissant sur l'un des déterminants majeurs qui est la nutrition tout en sachant que le déséquilibre de la maladie freine la croissance économique et perpétue la pauvreté par le biais de 2 facteurs :

- ▶ les pertes directes de productivité liées au mauvais état physique.
- ▶ les pertes résultant de l'augmentation des coûts des soins.

Cette approche intervient dans un contexte global caractérisé par une réelle prise de conscience collective de l'importance de la nutrition de la population comme facteur et condition nécessaires au développement humain et communautaire et contribue ainsi à la lutte contre la pauvreté, la disparité et la discrimination.

### I- Recommandations

- ▶ Assurer régulièrement le dépistage du diabète aux personnes vulnérables: personnes âgées, les obèses, les prisonniers ...etc ( 4fois/an) et le dépistage des complications pour garantir une prise en charge précoce et éduquer à la bonne gestion du diabète et faire le suivi.
- ▶ intégrer la composante nutrition dans les programmes éducatifs et renforcer la formation de base et continue des enseignants en matière de nutrition et du diabète.
- ▶ Limiter les publicités faisant la promotion d'aliments malsains.
- ▶ Les sociétés agroalimentaires doivent diminuer le taux de sucre, de sel et des graisses dans les produits alimentaires et prévoir des taxes supplémentaires aux sociétés qui le refusent.
- ▶ Utiliser «la méthode de l'assiette» pour aider les patients à parvenir à un contrôle des portions et à un équilibre alimentaire.
- ▶ Instaurer un système de contrôle diététique dans les restaurants des établissements publics et privés surtout les cantines scolaires et les jardins d'enfants.
- ▶ concevoir des séries éducatives régulières télévisées et des dessins animés pour l'éducation des enfants pour prévenir l'obésité et par conséquent le diabète à long terme.
- ▶ Inciter la création des restaurants diététiques.
- ▶ Développer un site web pour fournir des informations pratiques sur une alimentation saine.
- ▶ Créer des espaces protégés pour les activités physiques pour les adultes et des parcours de marche dans les villes.
- ▶ Evaluer les résultats à court terme pour les garantir à long terme.

### II- Présentation

Il est indispensable donc d'adopter une stratégie sur une période de 10 ans pour avoir un changement radical qui consiste à :

Instaurer un projet politique de lutte contre le diabète et ses facteurs de risque en s'intéressant essentiellement à l'obésité et la sédentarité.

pour atteindre ces objectifs on doit faire participer tous les acteurs sociaux et publics pour garantir la réussite de l'implantation de ce projet et minimiser les impacts négatifs.

- réviser les anciens programmes nationaux et analyser les défaillances.
- promouvoir les statistiques dans les établissements sanitaires pour faire l'évaluation
- procéder à un suivi des patients pour garantir les résultats.
- chaque plan d'action est suivi d'une évaluation pour garantir les résultats à long terme

### III- Texte principal

Le diabète gras a été reconnu au plus haut niveau international comme étant une menace grave pour la santé et le développement économique parce qu'elle est silencieuse et ses complications peuvent toucher tous les organes.

La Tunisie est encore loin de l'objectif concernant la prise en charge du diabète de type 2 selon le dernier rapport de l'OMS, En effet 15% des Tunisiens sont diabétiques sans compter les diabétiques non diagnostiqués alors que cette maladie ne touche que 4% des personnes dans le monde, 2,7% en France..

Il semble évident que le programme national de lutte contre le diabète vieux de plus de 30 ans, ait échoué puisqu'en 1976 on ne comptait que 3,8 % de diabétiques dans la population tunisienne, alors qu'en 1997: 9,9%. pourquoi cet échec ?

Parce que ce programme ne donne aucune importance aux règles hygiéno-diététiques ; L'insuffisance de l'information de la population en matière de nutrition.

Manque de sensibilisation quant aux bonnes pratiques alimentaires avec surconsommation des pains et des produits sucrés

Aucun intérêt pour la création d'espaces pour les activités physiques pour les adultes.

Aucune sensibilisation aux effets néfastes de la consommation des aliments sucrés dans les programmes scolaires (des goûters sucrés).

La mondialisation et l'urbanisation.

L'absence de la participation des parties prenantes dans la formation du projet.

Manque d'évaluation pour garantir les résultats.

Or, nous pouvons reculer cette épidémie silencieuse grâce à la prévention et au dépistage.

### IV- Les implications politiques

Les restaurants diététiques offrent aux gens surtout les travailleurs une sécurité nutritionnelle et par conséquent une protection, on peut encourager les restaurateurs à concevoir même des restaurants à double voie ( diététique et non diététique) en sachant que les plats diététiques sont moins coûteux que autres.

Le contrôle diététique au sein des restaurants publics et privé présente un double objectif: la sensibilisation des personnels de cuisine et de restaurant en tant que prestataires de services et en tant que citoyens et le contrôle qualitatif et quantitatif des plats servis sachant

que le coût de la maladie est plus cher que la charge du contrôle

Le dépistage coûte moins cher que les soins de la maladie et/ou ses complications. Si la maladie existe : on la traite dès le début pour faire une deuxième prévention des complications et surtout en faisant le suivi pour garantir au maximum la prévention de le handicap lié au diabète.

Organiser des partenariats avec les sociétés civiles surtout pour la promotion du sport.

Chaque gouvernorat possède généralement un espace libre dont on devrait exploiter une partie pour les parcours de santé.

Les séries et les dessins animés sont très pertinentes et sensibilisantes aussi bien pour les enfants que le reste de populations.

La méthode de l'assiette a été utilisée aux Etats Unis avec succès pour habituer les patients à un équilibre alimentaire.

Faire des campagnes médiatiques pour sensibiliser à l'importance du projet dans le développement sanitaire et économique du pays.

Toutes les recommandations vont agir positivement à moyen et à long terme : déjà en France il y a des régions qui sont en plein programme de lutte contre le diabète et l'obésité, le Maroc est actuellement en plein projet de stratégie de nutrition, l'expérience Finlandaise de prévention du diabète a mis en évidence une réduction de 58% de l'incidence de la maladie grâce à une intervention sur le style de vie sur une période de 20 ans, la Suisse avec son projet «Contrepoids» a prouvé l'efficacité d'interventions sur le style de vie pour prévenir le diabète\*.

Donc, tous les pays sont conscients de l'importance de la prévention primaire.

## V- Conclusion

Le diabète type 2 est une maladie fréquente, grave, à coût élevé mais de prévention possible parce qu'elle est étroitement liée à l'obésité et à des facteurs environnementaux et donc plus accessible à des mesures préventives.

Et la Tunisie qui suit les progrès et les développements en matière de la santé peut limiter ou au moins diminuer la prévalence de cette anomalie silencieuse et garantir un développement économique et lutter contre la pauvreté.

---

\*INNTA: l'institut national de nutrition et de technologie alimentaire de Tunis.

\* Données du Diabète Voice de la Fédération internationale du diabète.

# LES ÉCOLES PRÉPARATOIRES : SITUATION ET DEVENIR DES PROFESSEURS AGRÉGÉS

Latifa El Atrache

YAANI Fellowship Program,

## I- Enjeux politiques

La présente Policy Brief traite de la nécessité, pour les instituts préparatoires, aux écoles d'ingénieurs d'adopter des mesures en vue d'améliorer la qualité d'enseignement. Il est urgent de disposer de données détaillées afin de mieux savoir ce qui existe et d'analyser par la suite la situation actuelle.

Il est essentiel d'harmoniser les initiatives nationales, et de revoir la réglementation appropriée afin d'assurer un meilleur enseignement dans ces établissements.

## II- Introduction

La formation dans les classes des instituts préparatoires aux études d'ingénieurs a été mise en place en Tunisie dans les années quatre-vingt-dix. Selon le statut des personnels de l'enseignement, les agrégés sont les professeurs destinés à l'enseignement dans ses classes préparatoires. Ils ont

été sollicités d'abord pour l'enseignement de maths de physiques et de chimie puis d'autres disciplines scientifiques, techniques et littéraires. Les étudiants suivent une formation dispensée après un concours d'entrée des plus sélectifs. Cependant le manque et l'évolution lente du nombre d'enseignants agrégés dans les écoles préparatoires malgré l'augmentation considérable des effectifs d'étudiants (multiplication par un facteur dépassant 10), a poussé l'Etat à faire appel à des enseignants universitaires dans les écoles préparatoires. Toutes ces modifications soulèvent, un déséquilibre au sein de notre système éducatif. Le présent document donne donc un aperçu sur la situation des professeurs agrégés dans les écoles préparatoires. Nous évoquerons, d'autre part, les difficultés rencontrées par le corps agrégé. Cela nous permettra de cerner les conséquences très négatives, au niveau individuel comme au niveau collectif. Des difficultés qu'éprouvent les enseignants agrégés pour exprimer et défendre les normes et les valeurs qui sous-tendent leur engagement dans le travail.

## III- Enjeux politiques

En 2014 le nombre d'étudiants dans les cycles préparatoires est 15055 dans le secteur public et de 1651 dans le secteur privé. En effet depuis 1998, les effectifs n'ont cessé d'augmenter et le nombre d'inscrits a été multiplié par 10. La figure 1 montre l'effectif des étudiants des classes préparatoires de nos voisins marocains et en France.

Toutefois le nombre d'enseignants agrégés n'a pas suivi l'évolution à la hausse des étudiants. D'ailleurs, il existe aujourd'hui 144 enseignants agrégés en sciences fondamentales (maths, physique-chimie et sciences techniques) dont un seul professeur spécialisé dans les filières techniques. Devant une telle contre-performance et afin de répondre aux besoins des instituts préparatoires le ministère a fait appel aux enseignants universitaires. La figure 2 montre l'évolution des effectifs des enseignants agrégés et des enseignants universitaires dans trois de nos instituts préparatoires (l'Institut Préparatoire aux Etudes d'Ingénieurs El Manar IPEI Manar, l'Institut Préparatoire aux Etudes d'Ingénieurs de Tunis IPEIT et l'Institut Préparatoire aux Etudes d'Ingénieurs de Nabeul IPEIN).

Cette évolution témoigne de l'apparition, au sein de notre système éducatif, de nouvelles contradictions qui génèrent de nouvelles difficultés, étant donné, que le corps des enseignants agrégés est appelé à exercer dans les classes préparatoires et non les enseignants universitaires. Nous commencerons par présenter les effets attendus avant dresser un rapide bilan des évaluations existantes.

#### **IV- Impacts**

- ▶ Contradiction et déséquilibre dans notre système éducatif
- ▶ Des effets sur la formation des étudiants et futurs ingénieurs (taux d'encadrement)
- ▶ Augmentation des coûts de création
- ▶ Des effets sur le marché de travail

#### **V- Analyse de la situation**

- ▶ Baisse significative au niveau des admis au concours de l'agrégation
- ▶ Un nombre de lauréats quasiment nul dans les filières techniques et physiques-chimie option chimie.
- ▶ La marginalisation non justifiée des professeurs agrégés, surtout qu'aucune décision n'a été prise en leur faveur depuis longtemps pour améliorer leur statut matériel et administratif.
- ▶ Le système de rémunération qui ne tient pas compte de la différence dans la promotion du passage de grade scientifique d'une part et administratif d'autre part. Les enseignants qui ont de l'ancienneté, dans le grade de professeur principal hors classe et ensuite réussi l'agrégation, ont un salaire réduit.
- ▶ La réduction de l'horaire de travail à 12 heures pour les enseignants du supérieur et 15 pour le secondaire est timidement respectée par les administrations.
- ▶ La question des heures de travail et des heures supplémentaires imposées d'une façon arbitraire par les administrations dans les emplois de temps.
- ▶ Plusieurs agrégés deviennent enseignants-chercheurs dans les universités

#### **VI- Recommandations**

Concrètement, la situation appelle des mesures favorisant à:

## 1.

- ▶ Reconnaître la spécificité de ce métier et créer un statut particulier pour les écoles préparatoires en prenant des dispositions réglementaires applicables
  - ▷ aux professeurs agrégés,
  - ▷ aux enseignants universitaires.
- ▶ Mettre en place une vraie concertation et des mesures durables pour maintenir un enseignement de haut niveau.
  - ▷ Mobilisation de tous les instituts dans une démarche participative pour effectuer séparément une évaluation interne dans chaque institut.
  - ▷ Organisation de débats de sensibilisation ouverts avec les conseils des établissements, des syndicats et des volontaires en visitant les différents Instituts préparatoires de la Tunisie.
  - ▷ Tenue de séminaires et de réunions thématiques sur le fonctionnement de des instituts préparatoires pour examiner l'état actuel, les nouveaux objectifs et les expériences internationales en présence d'experts nationaux et internationaux.
  - ▷ L'organisation d'une rencontre à l'échelle nationale qui a donc comme objectif de présenter la synthèse des activités précédentes, d'élargir et de diversifier la qualité des intervenants en intégrant de nouveaux interlocuteurs, en particulier, des acteurs socio-économiques, ce qui est de nature à apporter les améliorations nécessaires au projet initial (les directeurs généraux du ministère et les conseillers, l'UTICA, CONECT, des représentants des étudiants, UGET et UGTE, des représentants de quelques universités privées, des experts tunisiens de l'étranger et des représentants des ministres de l'éducation et du travail).

## 2. Ouvrir la formation d'ingénieurs à de nouvelles catégories d'étudiants

- ▶ Les admissions post-bac

Développer un recrutement post-bac c'est à dire contourner le système des classes prépas. C'est aux lycéens de préparer le concours pendant l'année terminale et de tenter leur chance

- ▶ Les admissions parallèles

Toutes les écoles proposent de plus en plus de place aux admissions parallèles. Les écoles d'ingénieur admettent des étudiants venant des universités, proposant même une préparation spécifique aux concours d'écoles d'ingénieur. Quant aux licences prépas, qui proposent à la fois une licence et une préparation aux concours d'écoles d'ingénieurs, elles se multiplient.

## Conclusion

Que doit-on retenir des réflexions proposées dans cette note ?

- ▶ En premier lieu, revoir la politique des classes prépas en Tunisie
- ▶ Nécessité de réglementation du cadre juridique



- ▶ Revoir la formation des professeurs agrégés
- ▶ Ouvrir des espaces d'action et de développement individuels et collectifs faisant l'objet d'une prise en charge collective.

---

## Références

1. Décret 98-1431 portant statut particulier des enseignants agrégés exerçant aux établissements d'enseignement relevant du ministère de l'éducation et aux établissements d'enseignement supérieur et de recherche relevant du ministère de l'enseignement supérieur.
2. Décret 2000-303 portant sur le statut particulier des enseignants agrégés exerçant dans les établissements d'enseignement relevant du ministère de l'éducation et dans les établissements d'enseignement supérieur et de recherche relevant du ministère de l'enseignement supérieur.
3. Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche-Statistiques - publications annuelles - Édition 2014 : <http://www.education.gouv.fr>
4. Statistiques-receuil2013-2014 : <http://www.men.gov.ma>

# PLAN NATIONAL DE PRÉVENTION BUCCODENTAIRE

Fehmi Hamdane

YAANI Fellowship Program,

## Problématique

Les affections buccodentaires, principalement la carie et les maladies parodontales (gencive et os alvéolaire), sont extrêmement fréquentes.

Leurs principaux facteurs de risque sont une mauvaise alimentation, une hygiène insuffisante, un recours aux soins insuffisants et souvent tardifs, le tabagisme, certaines pathologies (diabète...) et certains médicaments (psychotropes...).

Elles ont parfois de graves répercussions sur l'état général et sur la qualité de vie des personnes concernées (douleurs, complications infectieuses, perte des dents, difficultés de mastication et d'alimentation, coûts, estime de soi...).

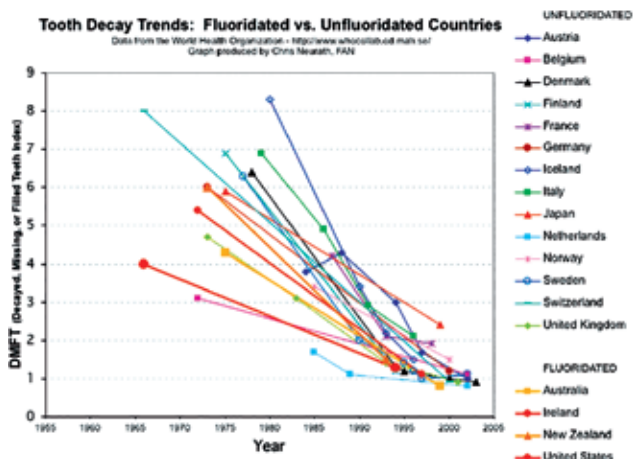


Figure 1. Diminution de la carie dentaire dans les pays industriels (OMS 2004)

En France, l'indice CAO à 12 ans (indicateur d'atteinte carieuse) est passé de 4,2 en 1987 à 1,2 en 2006 (figure 1).

En 1993, le nombre moyen de dents absentes était de 3 à 35-44 ans <sup>[1]</sup>.

En Tunisie, l'indice CAO à 12 ans est passé de 1,3 en 1994 à 1,4 en 2003.

Aussi bien en 1994 qu'en 2003, 56 % des enfants

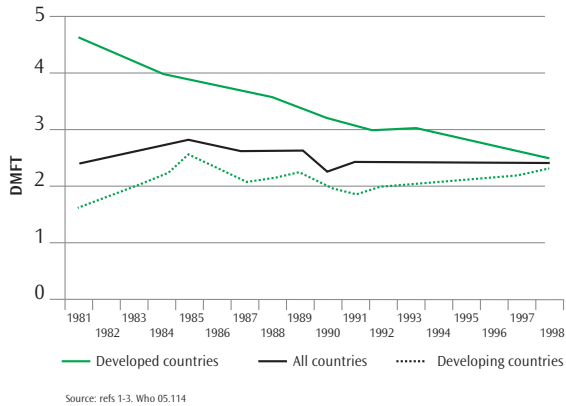


Figure 2. Evolution de l'indice CAO chez les enfants de 12 ans dans les pays développés et en développement (OMS 2003)

## présentaient des caries

En 2003, la taille de l'échantillon était de 2333 élèves, soit 0,01 % des élèves scolarisés en Tunisie, avec des taux variant de 0,05 % à Gabes à 0,25 % à Médenine.

L'indice CAO est de 5,6 à 35-45 ans en 2003.

La taille de l'échantillon était de 609 sujets avec une distribution variant de 1 % à Siliiana à 9,9 % à Sfax <sup>[2], [3]</sup>.

Pour idée, l'objectif de l'OMS pour 2010 est un indice CAO à 12 ans de 1 et une prévalence de la carie de 10 % à 6 ans.

L'augmentation de cet indice dans les pays en développement équivaut à des soins supplémentaires et donc à des dépenses supplémentaires (figure 2).

Plusieurs exemples étrangers (la Suisse et la Suède notamment) de même que certaines actions expérimentales en France (action de la MSA évaluée par le CRESGE notamment), montrent que la prévention amène une amélioration sensible de la santé bucco-dentaire, mais aussi une diminution significative de la dépense de soins dentaires à court terme (trois ans après le début de l'action) <sup>[4]</sup>.

En Tunisie, un examen buccodentaire est, normalement, systématique lors de la visite médicale des élèves en milieu scolaire.

Je propose de le consolider et de l'inclure dans un plan de prévention buccodentaire.

## Objectifs du plan

Réaliser une base de données nationale.

Prévenir les affections buccodentaires.

Diminuer des dépenses de l'État en soins buccodentaires.

Plan de prévention buccodentaire

### **Solution 1**

Education de la santé buccodentaire dès le plus jeune âge (depuis la maternelle) en impliquant si possible les parents.

Examen buccodentaire de prévention à 6 ans (début du renouvellement des dents de lait), à 9 ans et à 12 ans (fin du renouvellement des dents de lait) en milieu scolaire.

Mise en place d'une prise en charge gratuite, si nécessaire, rapidement après l'examen buccodentaire dans les centres de santé étatiques.

Campagnes d'information sur le grand public et les professionnels de santé.

Financement et suivi du plan.

### **Solution 2**

L'examen buccodentaire ainsi que la prise en charge se font dans le secteur privé et sont remboursés à 100 % par l'assurance maladie.

### **Solution 3**

Libre à la famille de l'enfant de choisir son dentiste, qu'il exerce au public ou au privé.

### **Protagonistes**

Professionnels de santé, corps enseignant, Directeurs des établissements scolaires, Directeurs régionaux, Direction de la Médecine Scolaire au Ministère de la Santé, Ministère de l'Education, ONG...

---

## **Bibliographie**

1. Enquête de l'UFSBD 2006.
2. Enquête nationale du Ministère de la Santé Publique 1994.
3. Enquête nationale du Ministère de la Santé Publique 2003.
4. Direction Générale de la Santé, France.

# OPTIMISATION DES DÉPENSES EN PRODUITS DE SANTÉ

Mouna Jameleddine

YAANI Fellowship Program,

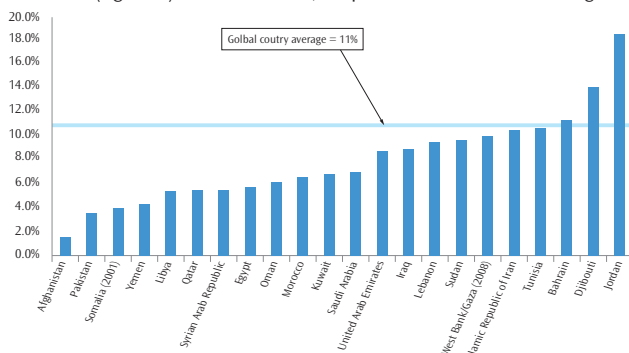
## I- Introduction

L'augmentation des dépenses de santé en Tunisie en rapport avec un marché croissant des technologies de santé est devenue problématique, l'arrivée de nouvelles thérapies sophistiquées et de plus en plus chères nécessite un système de régulation efficient capable de supporter les coûts conséquents sans toucher au droit du citoyen d'accéder aux soins essentiels.

Dans un contexte de ressources limitées, un système d'indicateurs basé sur des arguments scientifiques doit être mis à la disposition des décideurs pour les éclairer lors des allocations budgétaires aux interventions de santé. Une rationalisation qui permettrait d'établir un ordre de priorité propre au contexte de santé tunisien et qui orienterait les investissements vers une politique susceptible de garantir l'accès équitable de toute la population aux médicaments essentiels.

## II- Problématique

Les dépenses de santé en Tunisie ont atteint 4545 millions de dinars en 2011(1) ce qui représente 11% des dépenses publiques annuelles (2), un taux très élevé relativement aux autres pays arabes (figure 1). Ces dépenses ont augmenté suivant un taux annuel de 13% entre 2007 et 2011 (figure 2). Parallèlement, la qualité des soins est en stagnation.



Source: Who estimates for 2010, global average per country including countries with population greater than 600 000

Fig 1 :Pourcentage des dépenses de santé par rapport aux dépenses publiques

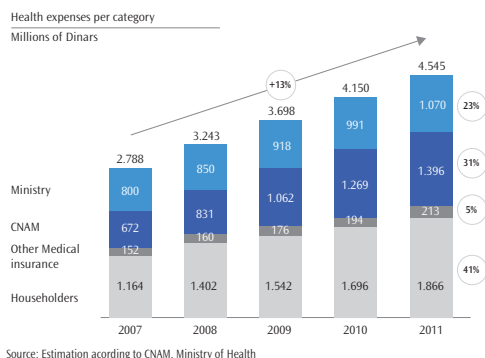


Fig 2 : Dépenses de santé en Tunisie par catégories

La part des ménages dans ces dépenses est entrain d'augmenter (41% en 2011), par conséquent, les disparités sociales se creusent davantage en matière de santé et la population la plus démunie peine à accéder aux médicaments essentiels, ce qui va à l'encontre de l'équité stipulée par les Articles 38 et 21 de la constitution.

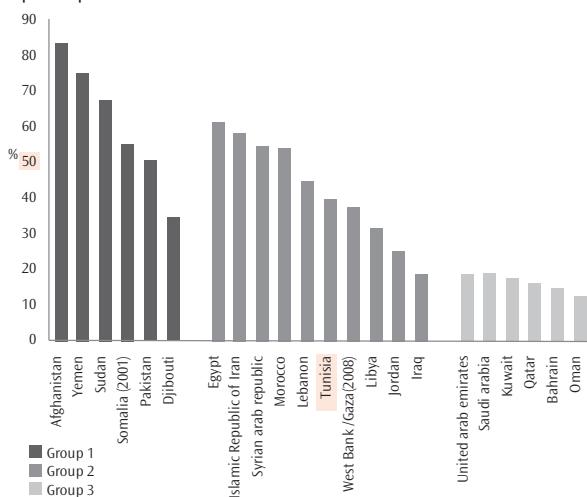


Figure 3. Share of out-of-pocket expenditure in total health expenditure by country group, 2010

Selon un rapport de l'OMS, plus de 50% de l'augmentation annuelle des dépenses en santé est absorbée par les nouvelles technologies(3). Les investissements majeurs en matière de santé sont souvent perdus dans les produits médicaux inappropriés.

### III- Contexte actuel

L'évaluation des technologies de santé en Tunisie (médicaments, dispositifs médicaux...) se base, avant leur commercialisation, sur un minimum de critères d'efficacité et de sécurité. Une évaluation économique est faite parallèlement mais la séparation est presque

étanche entre ces deux mondes.

Dans un climat de contraintes financières, la prise de décision paraît complexe en l'absence de preuves standardisées pour le choix et la priorisation entre plusieurs interventions de santé lors :

- ▶ Des allocations budgétaires gouvernementales pour les technologies de santé
- ▶ Du remboursement de ces technologies par l'assurance maladie
- ▶ Des négociations des prix de ces technologies de santé avec les industries

#### IV- Solutions potentielles et scénarii possibles

Pour une meilleure régulation du système de santé, l'évaluation technique des technologies de santé requise en amont de leur mise sur le marché devrait être couplée à une évaluation en aval, cette évaluation pourrait intégrer un certain nombre de paramètres et plusieurs alternatives peuvent être envisagées :

- ▶ Une évaluation technique comparative avec la technologie d'usage courant (ou de référence) peut être préconisée (effectiveness) permettant d'intégrer plus de données cliniques (en post commercialisation) et des données de morbi-mortalité permettant de juger de l'amélioration du service médical rendu par cette technologie par rapport à celle déjà existante avant de passer à son remboursement.
- ▶ Une évaluation médico-économique nous renseignant sur « l'efficacité » ou le coût-efficacité d'une technologie en comparaison avec une technologie déjà mise en œuvre peut être préconisée aussi. Elle permet de fournir une estimation du gain en efficacité en le confrontant au coût conséquent (Exemples : Coût d'un Traitement de chimiothérapie Irinotecan 37000 US \$ /année de vie sans progression, thérapie de remplacement de la nicotine pour arrêt du tabac (patches, spray nasal..) : moins de 2500 US\$/ année de vie gagnée...(NICE))

L'avantage de ce type d'évaluation est de combiner des preuves cliniques et économiques. Les résultats de l'évaluation seront exprimés en unités standardisées qui permettraient de fournir des arguments comparatifs entre plusieurs interventions de santé dans diverses disciplines médicales tout en nous renseignant sur la population cible, le coût par patient, le coût total, le bénéfice escompté... et permettrait également d'étudier l'impact budgétaire de l'allocation de ressources à une intervention donnée au sein d'une société.

- ▶ Une évaluation impliquant des critères éthiques, sociaux, légaux ... afin de voir les implications d'une technologie d'un point de vue sociétal
  - ▶ Une combinaison de deux ou trois de ces types d'évaluations selon la technologie évaluée
- Ces évaluations en post-commercialisation pourraient se faire soit :
- ▶ Dans des organismes de régulation : agence du médicament, centrale d'achat, assurance maladie, unité du ministère de la santé (cas de la Malaisie, l'Iran ...)
  - ▶ Dans les structures hospitalières
  - ▶ Ou idéalement dans un organisme indépendant qui engloberait l'évaluation des technologies (médicaments, dispositifs médicaux) et des actes professionnels à l'instar des

Agences HTA tels que la Haute Autorité de Santé (HAS) en France, le NICE en Angleterre, l'IQWiG en Allemagne, le SBU en suède, HITAP en Thaïlande, NECA en Corée du sud...

Ces agences présentent des modes de fonctionnement différents et leur place est variable mais de plus en plus montante dans le système de santé ; l'avis de la HAS en France est déterminant pour la fixation des prix des produits de santé et pour leur remboursement). Le NICE en Angleterre est parmi les organismes HTA à fort impact sur le système de santé et sur les dépenses de santé (fig. 4)

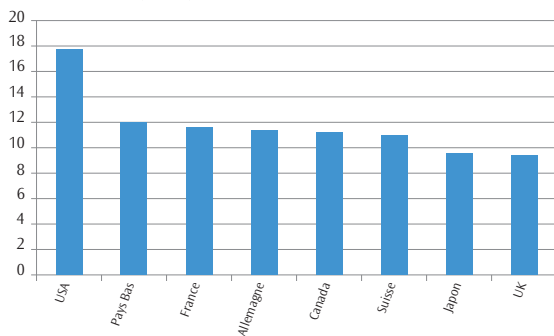


Fig4 (4) : Poids des dépenses de santé dans le monde (en % du PIB)

#### V- Quand utiliser ces types d'évaluations ?

- ▶ Inscription d'un nouveau médicament ou dispositif médical sur une liste de remboursement
- ▶ Introduction d'une thérapie coûteuse
- ▶ Investissement dans un plan sanitaire (campagne de dépistage, campagne de vaccination...)
- ▶ Identification des interventions de santé qui produisent le plus de gain
- ▶ Prioritisation dans l'allocation budgétaire aux technologies de santé
- ▶ La négociation des prix des médicaments ou autres technologies
- ▶ La formulation des guidelines cliniques

#### VI- Critères de priorisation dans le monde des sujets d'évaluation

- ▶ Ampleur et sévérité du problème, taille de la population cible
- ▶ Dimensions éthiques et d'équité (population vulnérable, maladies rares)
- ▶ « Effectiveness » de l'intervention
- ▶ Variations dans les pratiques professionnelles
- ▶ Impact financier sur les parties prenantes

#### VII- Risques et challenges

- ▶ Contraintes budgétaires
- ▶ Résistance de la part des « stakeholders »



- ▶ Limitation des capacités locales : nombre réduit d'experts en «évaluation des technologies de santé»
- ▶ Bureaucratie et fragmentation institutionnelle : beaucoup d'acteurs «à bord»
- ▶ Problème de déclaration des conflits d'intérêt par les experts : transparence du système

## VIII- Exemples d'études de HTA

### \*Evaluations au Canada des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) par l'agence INESS :

- ▶ Le Québec : seule province qui rembourse tous les IPP disponibles sur le marché impliquant un coût de \$197 millions (5).
- ▶ D'un point de vue clinique, les études ont montré que les différences cliniques entre les IPP sont statistiquement non significatives sauf dans certaines circonstances (femme enceinte..)
- ▶ Une étude de quatre scénarios de financement possibles basée sur le remboursement préférentiel de 1, 2,3 ou 4 IPP (au lieu de tous les IPP) à un prix fixé au prix du générique coût-efficace le moins coûteux engendrerait les gains annuels suivants :

**Tableau 9 : Nombre d'assurés touchés selon les scénarios de remboursement des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)**

Scénario de remboursement	Dénominations communes (DC) favorisées	Nombre de patients touchés par un changement de DC (%)
4 IPP	Lansoprazole, oméprazole, pantoprazole et rabéprazole	196023 (28.8%)
3 IPP	Lansoprazole, pantoprazole et rébéprazole	251469 (36.9%)
2 IPP	Lansoprazole et rabéprazole	594778 (87.3)
1 IPP	Rabéprazole	662817 (97.2%)

\* Un patient touché aura à choisir de payer le moment excédentaire ou de transférer à un IPP dont le coût est couvert entièrement par le RPAM  
 Pourcentage d'assurés touchés par rapport à l'ensemble des assurés faisant usage d'un IPP au cours de la période  
 Source : environnement informationnel, RAMQ

**Tableau 1 : Gain annuel (en millions de \$) estimé selon le scénario adopté (5)**

Scénario	Savings on an annual and recurrent basis (MPP)
4 IPP	32-41 M\$
3 IPP	35-44 M\$
2 IPP	35-56 M\$
1 IPP	57 M\$

## Exemple 2 : Impact de l'utilisation de la HTA sur les technologies de santé

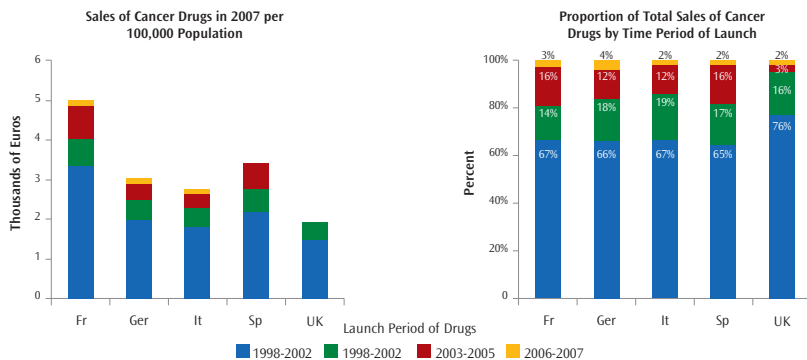


Fig 5 : Evolution des ventes des traitements du cancer dans les principaux marchés européens par périodes de temps (6)

La proportion des ventes des anti-cancéreux dans la période 2006-2007 (suite à l'instauration de la HTA dans ces pays) est presque insignifiante par rapport aux périodes précédentes

## Exemple 3 : Evaluation des PET/SCAN en IRAN :

En 2008, en Iran, les secteurs privés et publics ont demandé l'importation de 60 PET/CT Scanners (technique d'imagerie en 3D) à un coût total de 180 millions de dollars. L'achat de 3 appareils a été autorisé immédiatement et une expertise pour une étude coût/efficacité pour ces appareils a été exigée pour juger de la pertinence de cet achat. Cette étude a été à l'origine de l'importation totale de 15 PET/SCAN dont les tarifs ont été réduits de moitié et la création d'un département HTA au ministère de santé iranien en 2012 (7).

## Recommandations

L'évaluation des technologies de santé est un outil pertinent et précieux pour les «decision-makers». Elle peut être adaptée aux besoins des décideurs.

- ▶ Quelque soit le modèle choisi, cette unité HTA doit bénéficier pour son fonctionnement d'une indépendance scientifique, loin de tous types de pressions et travailler selon un processus transparent (guidelines, déclaration obligatoire des liens d'intérêts des experts) afin de renforcer le niveau de preuves.
- ▶ Développer une politique de communication claire dans le but d'augmenter la transparence du système
- ▶ Impliquer les «stakeholders» à rôle de leviers (universités, centres de recherche, sociétés savantes...)
- ▶ Renforcer continuellement les compétences et les capacités des évaluateurs et opter pour des équipes multidisciplinaires (cliniciens, pharmaciens, économistes de la santé, épidémiologistes, sociologues...) pour des évaluations complètes
- ▶ Collaborer avec les autres organismes (nationaux et internationaux)

Moins on a de ressources, plus on a besoin d'un système de régulation et l'impact de cette régulation sur les dépenses de santé est important dans le monde (les dépenses en santé 9,42% du PIB au royaume uni contre 17,68% aux USA (fig.4)). Ces évaluations permettraient de mieux optimiser les ressources, rationaliser les dépenses de santé et les orienter dans un sens efficient permettant d'assurer la couverture de l'entière population quant aux médicaments essentiels.

---

## Références

9. Estimations according to CNAM, ministry of health Tunisia
10. WHO. Estimates for 2010, global average per country including countries with population greater than 6000.
11. Health technologies:the backbone of health services. Geneva, WHO, 2003.
12. Comptes nationaux de la santé 2012 France-comptes internationaux 2011
13. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Avis sur le remboursement des inhibiteurs de la pompe à proton. Avis rédigé par Cédric Jehanno, Nicole Déry, Julien Baril, Lucy Boothroyd, Marie-Eve Brouard, Carole Chamberland, Michel Rossignol et Éric Tremblay. ETMIS 2013; 9(2): 1-63. [http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/ETMIS2013\\_Vol9\\_No2.pdf](http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/ETMIS2013_Vol9_No2.pdf)
14. Adham R Ismail. Health Technology Assessment (HTA) as a tool for Evidence & Health Insurance Benefits. WHO-EMRO-WHO.2ndICP meeting. Cairo 1-4 december 2014
15. Majid Davari. Promoting production of evidence and dissemination of information. 2nd meeting on ICP- Cairo 2014

# LA PÉNURIE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS LES RÉGIONS DE L'INTÉRIEUR CLOSING THE GAPS... SAVING THE LIVES

Yassine Kalboussi

YAANI Fellowship Program,

## Résumé

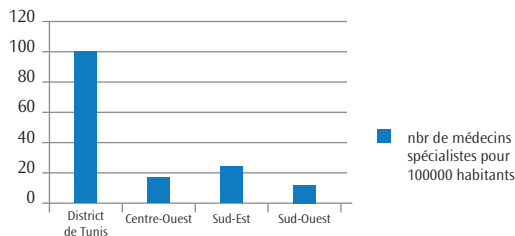
Avec 111 médecins spécialistes pour 100 000 habitants dans le district de Tunis contre 12 médecins pour 100 000 dans la région du Centre-Ouest et avec un manque de 900 médecins spécialistes dans les régions de l'intérieur selon l'organisation mondiale de la santé, le progrès réalisé par le système de santé Tunisien depuis l'indépendance est mis en péril. Les solutions pour lutter contre ces disparités existent, et la majorité d'entre eux ont prouvé une efficacité.

## Recommandations

- ▶ Inclure le facteur région dans le choix de spécialité des nouveaux résidents en médecine
- ▶ Permettre à des médecins généralistes installés dans les régions de l'intérieur d'intégrer la formation spécialisée avec un engagement de travailler dans ces régions.
- ▶ Appliquer un système de Numerus clausus lors de l'installation dans le secteur privée pour les médecins spécialistes (comme celui des officines)
- ▶ Partenariat public-privé

## I- Présentation

L'amélioration des indicateurs de santé à l'échelle nationale n'est plus l'objectif ultime dans le monde, c'est la priorité de lutter contre les inégalités à l'accès aux soins qui est mise en valeur par l'Organisation Mondiale de la Santé. L'une des causes de ces inégalités en Tunisie est le manque alarmant des médecins spécialistes dans les régions de l'intérieur. Un plan d'action doit être mis en place pour permettre à la population tunisienne, à toute la population tunisienne, de jouir d'un droit fondamental, celui de l'accès à la santé, La santé pour Tous.



Nombre de médecins spécialistes par 100 000 habitants dans les différentes régions de la Tunisie (source ministère de la santé)

## II- Causes et conséquences

Beaucoup d'analogies existent entre la distribution des médecins spécialistes sur la carte sanitaire en Tunisie et l'état de santé des tunisiens. Certes la pénurie de ces professionnels n'est pas l'unique cause des inégalités en matière d'état de santé entre les régions mais selon l'Organisation Mondiale de la Santé ainsi que l'Institut National de Santé Publique, l'absence des spécialistes en Gynécologie et en néonatalogie est le facteur principal de mortalité maternelle et infantile.

Des Rendez-vous médicaux trop espacés, des délais d'attente énormes avant de bénéficier d'un acte de soins ainsi que l'impossibilité d'appliquer une surveillance rapprochée de certaines maladies, tous ces faits qui altèrent la prise en charge médicale des tunisiens sont liés directement à la pénurie des médecins dans les régions de l'intérieur.

Les causes de cette pénurie sont multiples, certaines sont en rapport les conditions de la pratique de la médecine dans les hôpitaux régionaux qui souffrent d'un manque de matériel et d'une détérioration de leurs infrastructures. L'autre cause est le sous- développement local de ces régions. De ce fait, les médecins spécialistes préfèrent s'installer dans les régions côtières ou à Tunis pour assurer une meilleure éducation et un meilleur accès à la santé et aux moyens de loisirs pour leurs proches et leurs enfants.

L'autre cause de ce manque d'enthousiasme de la part des médecins pour le travail dans les régions est l'attractivité du secteur privé avec des salaires dans ce secteur qui dépassent de loin ceux du secteur public, L'attractivité dépend des conditions de rémunération.

Pour essayer de remédier à cette situation, de nombreuses initiatives et tentatives ont été lancées avec des résultats non satisfaisants pour la majorité :

1. La politique actuelle se basant sur les incitations financières lors du recrutement des médecins spécialistes dans ces régions se trouve devant des barrières énormes, 120 candidats seulement se sont présentés au concours ouvert en 2012 pour recruter 308 médecins spécialistes. Un deuxième concours a dû être effectué en 2013 avec 66 candidatures. Au total, 186 médecins spécialistes ont été recrutés et seulement 122 ont accepté l'affectation.
2. Le recrutement des médecins étrangers, un autre pilier de la politique actuelle en matière de pénurie de médecins, se confronte aussi à nombreuses lacunes : des procédures longues, les difficultés de communication entre ces médecins et les citoyens tunisiens ainsi que le coût élevé de ce genre de recrutement, en de plus il paraît inacceptable que cette médecine tunisienne après de décennies de rayonnement sur nos voisins maghrébins et africains soit obligée aujourd'hui à recruter des médecins d'ailleurs.
3. Une dernière tentative de résoudre ce fléau de la santé publique était d'essayer d'imposer par une loi aux médecins spécialistes les obligeant d'exercer 3 ans dans les hôpitaux régionaux des régions de l'intérieur. Le corps de métier s'est opposé fermement et la loi n'est même pas votée. L'absence de l'approche participative et inclusive était la raison principale pour que ce projet de loi ait suscité une crise de confiance entre les médecins et le ministère de la santé.

## III- Les options des politiques – Policy options

Résoudre ce problème ne s'orchestre pas en mettant en place des lois coercitives ou à

faire appel à des ressources humaines étrangères. C'est seulement avec un dialogue large et ouvert qu'on peut espérer des résultats positifs réduisant les inégalités entre les régions.

### **1. Inclure le facteur région dans le choix de spécialité des nouveaux résidents en médecine**

Rectifier les modalités du choix de spécialité pour les nouveaux résidents afin qu'un certain nombre de postes soit accompagné d'un engagement de travail pendant un minimum de 5 ans dans les régions prioritaires.

### **2. Les médecins généralistes locaux comme solution**

Permettre par un décret de loi à un nombre de médecins généralistes déjà installés dans ces régions de poursuivre une formation spécialisée afin de devenir des médecins spécialistes. La condition d'accès à cette formation serait de s'engager à travailler les mêmes régions d'origine. Le Maroc est l'un des pays qui a pu augmenter le nombre de médecins à travers cette mesure (schéma ci-dessous)

Evolution de la pénurie des médecins spécialistes au Maroc avant et après l'application des contrats de formation des médecins généralistes.

### **3. La régulation de l'installation dans le secteur privé**

Contrôler l'installation des médecins spécialistes dans le secteur privé par un système de Numerus clausus (un médecin pour un nombre bien déterminé d'habitants). Ce système permettra d'effectuer une distribution automatique et équitable des médecins spécialistes privés dans tous les régions de la Tunisie.

### **4. Le partenariat public privé**

La création des conventions avec les médecins déjà installés dans le secteur privé pour effectuer des journées de travail dans l'hôpital public. Cette mesure est efficace surtout en ce qui concerne l'absence de médecins spécialistes pendant les gardes.

## **IV- Conclusion**

La pénurie des médecins spécialistes dans les régions de l'intérieur est un obstacle majeur à l'amélioration de l'état de santé des tunisiens et aussi un indice majeur des inégalités dans la distribution des richesses et des services. Les recommandations proposées seront sûrement d'une grande utilité et seront un pas décisif vers une Tunisie en bonne santé et une Tunisie qui favorise l'égalité entre ses citoyens. Une approche participative et inclusive de la société civile, des associations de patients et surtout de citoyens de ces régions est plus que nécessaire pour pouvoir remédier à ce problème.

## Introduction

Tunisia's political leadership, under the oversight of the Tunisian Society in general, and the civil society in particular, pledged to dedicate itself to the country's development and promised to consolidate democracy through a people-driven process for the realization of the Revolution's demands.

The implementation of the above vision, requires, inter alia, appropriate strategies, horizontal and vertical policies, along with planning, management and execution capacities. Unfortunately, the latter skills and know how, especially those related to industrial policy in general and Technology development in particular, are very scarce in Tunisia.

Thus, to help alleviate this enduring and serious national handicap, and tackle the societal challenges facing the country and the region, the Tunisian Association for the Advancement of Science, Technology and Innovation (TAASTI) in partnership with the British Council (BC) in Tunisia, designed and is offering a policy training program for young Tunisian professionals. The training is called the YAANI Fellowship Program or YAANI for short.

The YAANI program is designed to help the trainees understand what policy analysis is, what it is needed for and how to design policies with special emphasis on policy briefs writing.

Moreover, and due to the structure of the pedagogical content as well as the experiential learning, the trainees are implicitly exposed to participative democracy as well as political concepts.

## The Training

The YAANI Fellowship training is composed of three phases, and each phase corresponds to a competency level. The trainees, after being selected through a national competitive process, go through the first introductory level.

Similarly to the first phase, the second level introduces the graduates of the first level to more advanced theoretical and applied concepts and tools.

Finally, the best trainees are retained for level three in order to undergo a peer review following inputs about their policy briefs from invited experts.

Each laureate of YAANI receives a YAANI Fellowship Certificate and have her/his policy brief published in the cohort graduation booklet.

### **Level I: Introduction to Policy and Policy Analysis**

S1- Welcome and introduction to the training.

S2- What is Policy? What is Policy Analysis (PA).

S3- Policy Process, Actors and the Sociopolitical Environment.

- S4- Policy Instrument, Contextualization and Timing.
- S5- Stakeholder Analysis.
- S6- Applied Stats for PA.
- S7- Policy Briefs Briefings (Evaluation and enhancements).

### **Level II: Advanced Policy and Policy Analysis**

- S1- Comparative Policy Analysis.
- S2- Leadership, Policy and Change.
- S3- Foreign Policy, International Cooperation and Aid.
- S4- African Politics and Development.
- S5- Systems Thinking.
- S6- Uncertainty and Risks Analysis.
- S7- Policy Briefs Briefings (Evaluation and enhancements).

### **Level III: Experts Reviews and Peer Evaluation**

- S1- Experts Review and Feedback.
- S2- Policy Briefs Peer Evaluation and Deliberation.

## **Participants**

Last name	First name	Occupation	City
Ayachi	Mouna	Administrateur Conseiller	Sousse
Besbes	Sana	Enseignante	Ariana
Bouchaddakh	Taha	Professeur Principal de l'enseignement Secondaire	Djerba
Boujelben	Rania	Enseignante	Ariana
Dagdoug	Souhir	Pharmacienne et professeur agrégé hospitalo-universitaire	Ariana
Dakhlouai	Thouraya	Nutritionniste Principale	Zaghouan
Dhahri	Adel	Chercheur	Sousse
El Atrache	Latifa	Enseignante	Tunis
Essid	Taoufik	Enseignant	Medenine
Hadj Aissa	Mohamed	Assistant administratif	Zaghouan



Hamdane	Fehmi	Dentiste	Sousse
Hbaieb	Bacem	Enseignant secondaire	Sfax
Jameleddine	Mouna	Pharmacienne	Tunis
Jouini	Mohamed Bechir	Agriculteur et formateur	Bizerte
Kalboussi	Yassine	Interne en Médecine	Nabeul
Lajreb	Jazia	Responsable Marketing et Communication	Tunis
Melayeh	Raef	Coordinateur de la pépinière des entreprises agricoles de Monastir	Monastir
Ouerghemmi	Rihab	Chef de service	Ariana
Riahi	Lassad	Directeur de maison de jeune	Tunis



YAANI FELLOWSHIP PROGRAM  
**POLICY ANALYSIS TRAINING**

TAASTI/BC - Tunisia

March 2016



## Description

TAASTI (Tunisian Association for the Advancement of Science, Technology and Innovation) is a scientific association, founded after January 14, 2011. It expresses the will of its founders to participate in the national process of building a Sustainable Knowledge Society based on social justice, knowledge and sustainable development.

## Vision

Contribute to the well-being of the Tunisian citizen by enabling the creation of a Sustainable Knowledge Society.

## Mission

Participate in the design and the completion of a National Innovation System by contributing to:

- ▶ The adoption and implementation of relevant policies,
- ▶ The improvement of higher education and scientific research,
- ▶ The modernization of the industry and services sectors.

## Objectives

- ▶ Contribute to the development of appropriate policies, especially horizontal ones, through a participatory approach, while ensuring adequate monitoring and evaluation,
- ▶ Promote the performance of our universities to improve the employability of their graduates and the contribution of their research output and innovation to socio-economic development, particularly in their regional context,
- ▶ Participate in the establishment of an industrial and services system based on green high value-added technologies and develop the information technology and communication infrastructure.

## Activities

- ▶ Conduct scientific studies and field surveys,
- ▶ Organize scientific meetings and training sessions,
- ▶ Establish national and international cooperation programs.

## A post revolution vision

“Post revolution Tunisia has a unique and a historic opportunity to intelligently leverage its competitive advantages and swiftly catch up with the developed world, while simultaneously taking the lead in becoming a Sustainable Knowledge Society (SNS). This long-term vision stipulates that Tunisia secures its place on the world stage as a Knowledge-based society where Innovation-led sustainable growth, creative and skilled entrepreneurial human capital, and democratic political system, pave the way towards economic and labour force competitiveness, equitable and inclusive national and regional sustainable growth, along with the betterment of local and global well being.”

*Prof. Jejel Ezzine,  
President of TAASTI.*



# YAANI FELLOWSHIP PROGRAM POLICY ANALYSIS TRAINING

TAASTI/BC - Tunisia

