

**PLAN NATIONAL  
DE DEVELOPPEMENT  
SANITAIRE II  
(PNDS2) 2013-2015**

**VERSION DU 11 NOVEMBRE 2013** revue OMS

<b><u>LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES</u></b>	<b>5</b>
<b><u>INTRODUCTION</u></b>	<b>8</b>
<b><u>PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX</u></b>	<b>11</b>
<b><u>I - GENERALITES</u></b>	<b>11</b>
I-1 Géographie _____	11
I-2 Population _____	12
I-3 Contexte politique et administratif _____	13
I-4 Economie _____	13
I-5 Hygiene, eau et assainissement _____	14
<b><u>II-ETAT DE SANTE DE LA POPULATION</u></b>	<b>16</b>
<b><u>III-PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE, ACCES ET UTILISATION</u></b>	<b>19</b>
III-1 Organisation et gestion des services de santé : le modèle _____	19
III-2 Organisation et gestion des services de santé dans la pratique _____	21
III-3 Offre, utilisation de services et accès aux soins _____	22
III-4 Programmes de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme _____	30
III-5 Autres thématiques, programmes et services spécialisés _____	32
<b><u>IV-GOUVERNANCE ET INFORMATION SANITAIRE</u></b>	<b>34</b>
IV-1 Gouvernance _____	34
IV-2 Mobilisation et répartition des ressources, prise en compte des populations les plus pauvres et les plus vulnérables _____	36
IV-3 Gestion sectorielle, coordination et partenariat _____	38
IV-2 Information sanitaire _____	41
<b><u>V-RESSOURCES ET « INTRANTS » DU SECTEUR DE LA SANTE</u></b>	<b>44</b>
V-1 Ressources humaines _____	44
V-2 Financement _____	52
V-3 Médicaments, réactifs, consommables médicaux et vaccins _____	61
V-4 Infrastructures et équipements _____	66
<b><u>DEUXIEME PARTIE : PROBLEMES IDENTIFIES ET AXES STRATEGIQUES</u></b>	<b>70</b>
<b><u>VI. PROBLEMES PRIORITAIRES</u></b>	<b>70</b>
VI-1 Prestations des services de santé _____	70
VI-2 Gouvernance _____	71
VI-3 Information Sanitaire _____	73
VI-4 Ressources Humaines _____	73

VI-5 Financement du secteur	74
VI-6 Médicaments, réactifs, consommables médicaux et vaccins	76
VI-7 Infrastructures et équipements	77
<b>VII. AXES STRATEGIQUES</b>	<b>78</b>
VII-1. Prestations des services de sante	79
VII-2. Gouvernance	81
VII-3. Information sanitaire	83
VII-4. Ressources humaines	83
VII-5. Financement du secteur	85
VII-6. Médicaments, réactifs, consommables médicaux et vaccins	86
VII-7. Infrastructures et équipements	87
<b>VIII Programmation du PNDS2</b>	<b>88</b>
<b>TROISIEME PARTIE : MISE EN ŒUVRE DU PNDS</b>	<b>100</b>
<b>IX MISE EN ŒUVRE DU PNDS2</b>	<b>100</b>
IX-1 Coordination	100
IX-2 Planification	101
IX-3 Mobilisation des ressources	102
IX-4 Suivi et évaluation	102
<b>ANNEXES</b>	<b>121</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>121</b>

## **PREFACE**

Le système de santé du Tchad est organisé suivant une configuration pyramidale qui met un accent particulier sur le développement des Soins de Santé Primaires (SSP) avec une priorité sur les districts sanitaires.

Le souci du Gouvernement est d'assurer des soins de santé de qualité à l'ensemble de la population et en particulier aux populations vulnérables. Pour traduire dans les faits ces préoccupations, le Gouvernement et ses partenaires du secteur ont élaboré et mis en œuvre une Politique Nationale de Santé 2007-2015 (PNS) et un Plan National de Développement de Sanitaire 2009-2012 (PNDS1). Le PNDS1 a été évalué et les conclusions de cette évaluation ont contribué à l'élaboration du second plan national de développement sanitaire (PNDS2). Le présent PNDS 2013-2015 a fait l'objet d'un processus participatif, ascendant et inclusif sous la responsabilité du Ministère de la Santé Publique. Cette synergie d'actions a été surtout facilitée par la réalisation des engagements pris en novembre 2011 dans le cadre du pré-pacte signé entre le Gouvernement et ses partenaires du secteur de la santé.

C'est pour nous l'occasion de saluer cette pro activité d'actions ayant permis l'effectivité du PNDS 2. Nous adressons nos sincères remerciements au Parlement, à tous les Ministères impliqués (Plan, Fonction Publique, Finances, Action Sociale, etc.), les Partenaires Techniques et Financiers (l'OMS, l'UE, l'AFD, l'UNICEF, l'UNFPA, la Coopération Suisse, la Banque Mondiale, l'Ambassade des USA, etc.), la Société civile (organisations syndicales et ordres professionnels, associations, etc.), les ONG nationales ou internationales, la liste n'étant pas exhaustive.

Aussi, décernons-nous un satisfecit au Comité Technique chargé d'élaborer le PNDS 2 qui, par sa persévérance et son dynamisme, a conduit le processus jusqu'à terme, sans oublier les consultants et experts internationaux qui ont appuyé efficacement le Comité Technique. En un mot, que tous ceux qui ont participé d'une manière ou d'une autre à l'élaboration de ce document trouve ici nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.

Enfin, il est important de souligner que le PNDS 2 est un outil précieux de travail et le cadre de référence pour la mise en œuvre de toutes les interventions sanitaires en faveur de la population du Tchad. Le PNDS2 sera évalué en 2015 et fera l'objet au besoin d'une extension sur une période de 3 ans. Nous invitons vivement tous les responsables sanitaires à différents niveaux du système de santé, les Partenaires Techniques et financiers, le Parlement, les Ministères, la société civile et autres acteurs impliqués à aligner leurs interventions sur ce document pour rendre effective sa mise en œuvre.

N'Djaména, le

**Le Ministre de la Santé Publique**

**Dr. NGARIERA RIMADJITA**

## **LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES**

AFD : Agence française de développement  
ARV : Anti rétro viraux  
AT : Assistant technique / Assistance technique  
ATS : Agent technique de santé  
BAD : Banque africaine de développement  
BCE : Bureau de la coopération internationale et des études  
BEF : Bien-être familial  
BET : Borkou Ennedi Tibesti  
BGE : Budget général de l'état  
BID : Banque islamique de développement  
CARMMA : Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique  
CCF : Comité de Coordination et de Facilitation  
CCLAT : Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac  
CDMT : Cadre de dépenses à moyen terme  
CDV : Centre de dépistage volontaire  
CIDR : Centre international de recherche et de développement  
CNA : Centre de nutrition ambulatoire  
CNAR : Centre national d'appareillage et de rééducation  
CNNTA : Centre national de nutrition et des technologies alimentaires  
CNT : Centre de nutrition thérapeutique  
CNTS : Centre national de transfusion sanguine  
COGES : Comité de gestion  
COSAN : Comité de santé  
CPA : Centrale pharmaceutique d'achats  
CPE : Consultation préventive enfant  
CPN : Consultation prénatale  
CS : Centre de santé  
CUS : Couverture universelle en santé  
DAPRO : Division approvisionnement  
DHMA : Division hygiène du milieu et assainissement  
DOSS : Direction de l'organisation des services de santé  
DOTS (tuberculose) : Traitement de brève durée sous surveillance directe  
DP : Direction de la planification  
DPML : Direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires  
DRH : Direction des ressources humaines  
DS : District sanitaire  
DSIS : Division du système d'information sanitaire  
DSR : Délégation sanitaire régionale / Délégué sanitaire régional  
ECOSAB : Ecole régionale de santé de Biltine  
ECOSIT : Enquête sur la consommation des ménages et le secteur informel au Tchad  
EDST : Enquêtes Démographiques et Santé au Tchad  
EIMT : Enquête à Indicateurs Multiples au Tchad

EFASSA : Ecole de formation des auxiliaires des services des armées  
ENASS : Ecole nationale des agents sanitaires et sociaux  
FACSSH : Faculté des sciences de la santé humaine de N'Djaména  
FBR : Financement basé sur les résultats  
FID : Formation initiale décentralisée  
FRNRMMNI : Feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile  
HD : Hôpital de district  
HGRN : Hôpital général de référence nationale  
HME : Hôpital de la mère et de l'enfant  
HR : Hôpital régional  
IDE : Infirmier diplômé d'état  
IHP+ : Partenariat international pour la santé  
IEC : Information, éducation, communication  
IFARMU : Institut International de Formation en Anesthésie et Réanimation et Médecine d'Urgence  
IUSTA : Institut universitaire des sciences et techniques d'Abéché  
JANS : « Joint assesment of national strategies », évaluation de la qualité d'un plan ou d'une stratégie nationale  
LFI : Loi de finances Initiale  
LFR : Loi de finances rectificative  
MCD : Médecin-chef de district  
MCH : Médecin-chef d'hôpital  
MEG : Médicaments essentiels génériques  
MICS : Enquête par grappes à indicateurs multiples  
MIILDA : Moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée d'action  
MISP : Ministère de l'Intérieur et de la sécurité publique  
MFB : Ministère des finances et du budget  
MFPT : Ministère de la fonction publique et du travail  
MNT : Maladies non transmissibles  
MTN : Maladies tropicales négligées  
MSP : Ministère de la santé publique  
NC : Nouveau cas  
NV : Naissances vivantes  
OMD : Objectifs du Millénaire pour le développement  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
PALAT : Projet d'appui à la lutte antipaludique au Tchad  
PASST : Projet d'Appui Secteur Santé au Tchad  
PCA : Paquet complémentaire d'activités  
PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant  
PEC : Prise en charge  
PEV : Programme élargi de vaccination  
P4H : Providing for Health  
PMA : Paquet minimum d'activités  
PNDS : Plan national de développement sanitaire  
PNLP : Programme national de lutte contre le paludisme

PNS : Politique nationale de santé  
PPAC : Plan pluriannuel complet (PEV)  
PRA : Pharmacie régionale d'approvisionnement  
PRDS : Plan régional de développement sanitaire  
PSDRHS : Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé  
PSLS : Programme Sectoriel de lutte contre le sida  
PTF : Partenaires techniques et financiers  
PTME : Prévention de la transmission mère-enfant (VIH/sida)  
PVVIH : Personnes vivant avec le VIH  
RCS : Responsable de centre de santé  
REDES : Ressources estimées des Dépenses relatives au Sida  
RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat  
RHS : Ressources humaines pour la santé  
RMA : Rapport mensuel d'activité  
RTA : Rapport trimestriel d'activité  
SASDE : Stratégie d'accélération pour la survie et le développement du jeune enfant  
SFDE : Sage-femme diplômée d'état  
SG : Secrétariat général / Secrétaire général  
SIS : Système d'information sanitaire  
SNPS : Stratégie nationale de protection sociale  
SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence  
SONUB : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de Base  
SONUC : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence Complets  
STEPWISE : Approche pour la surveillance des facteurs de risque de maladies chroniques  
THA : Trypanosomiase humaine africaine  
UGGSU : Unité de gestion de la Gratuité des soins d'Urgence  
UE : Union européenne  
UNGASS : Session spéciale de l'assemblée générale des Nations Unies  
ZR : Zone de responsabilité

## INTRODUCTION

Les différentes constitutions du Tchad ont toujours accordé une place de choix à la santé. Le Gouvernement a réaffirmé dans son programme politique d'action la priorité du secteur santé, en maintenant le Ministère de la Santé Publique (MSP) parmi les ministères prioritaires. Le dispositif législatif et réglementaire de la santé au Tchad s'est renforcé depuis 1990, sous la quatrième République.

Durant la période 2003-2013, le Gouvernement a adopté trois documents stratégiques nationaux de développement: la Stratégie Nationale de Réduction de la pauvreté première génération (SNRP1) de 2003 à 2006, la SNRP2 de 2008 à 2011 et le Plan National de Développement (PND) : 2013-2015.

Concernant la santé, le pays a adopté en 1991 un plan de découpage sanitaire à trois niveaux conférant au district sanitaire un rôle essentiel dans la mise en œuvre de « paquets d'activités » définis. Ce modèle d'organisation a été renforcé par la réforme des soins de santé primaires de 2008 qui a mis, entre autres, l'accent sur la promotion de la santé, les soins intégrés et centrés sur la personne et la couverture universelle en santé. A ce titre, le PNDS2 mettra l'emphase sur ces stratégies afin d'assurer l'accès à la population aux soins de santé de qualité en particulier.

Par ailleurs, le MSP a harmonisé le découpage sanitaire avec le découpage administratif. Ainsi le Tchad est passé de 14 préfectures sanitaires en 1984 à 23 en 2012.

Deux politiques nationales de santé se sont succédé de 1998 à nos jours, couvrant respectivement les périodes 1998-2001 et 2007-2015. La politique actuelle est mise en œuvre à travers le premier plan national de développement sanitaire (PNDS1).

Le PNDS1 a couvert la période 2009-2012. Une évaluation à mi-parcours a été réalisée en décembre 2010 et une évaluation finale en novembre 2012. Les résultats de ces évaluations ont permis de se rendre compte des difficultés de mise en œuvre et de suivi, et de commencer à réfléchir sur la configuration du second PNDS. C'est ainsi qu'un tableau de bord des indicateurs du secteur et les bases du PNDS2 ont été mis en place. Ces évaluations ont recommandé également de renforcer l'implication des différents acteurs du secteur dans le processus d'élaboration du PNDS, et de tenir compte des besoins des Régions, à travers les plans régionaux de développement sanitaire (PRDS).

Par ailleurs, l'analyse institutionnelle du Ministère et la réflexion sur le PNDS2, ont conduit le MSP à envisager la révision de son organigramme afin de responsabiliser davantage les services centraux et de renforcer le suivi de la mise en œuvre.

Le PNDS2 est bâti autour des « piliers » du système de santé regroupés en trois grands axes : (i) Gouvernance et système d'informations sanitaires ; (ii) Ressources (humaines, financières, médicaments et vaccins, infrastructures et équipements); (iii) Prestations des services de santé. Cette configuration vise également la prise en compte des orientations de la communauté internationale en matière de réforme des soins de santé : la mise en avant de la responsabilité, soins centrés sur la personne et de la santé dans toutes les politiques publiques, notamment celles liées aux déterminants de la santé.



La période couverte par le présent PNDS débute en 2013 et se termine en 2015, date symbolique par rapport aux OMD, terme également de l'actuelle Politique nationale de santé et du Plan national de développement du pays. Cependant, la préparation de ce PNDS a demandé un investissement considérable. L'année 2013 est dans les faits une année de transition et les deux années restantes représentent une période très courte pour des orientations stratégiques de cette nature.

**Il est donc convenu que, sauf changement majeur dans les politiques et stratégies nationales et internationales, le présent PNDS sera prolongé en 2015, d'une période d'au moins équivalente.**

L'élaboration du PNDS2 a fait l'objet d'un processus participatif et inclusif, mené sous la responsabilité du Ministère de la Santé Publique. La première étape, en 2011, a consisté à mettre en place un Comité Technique composé de cadres du MSP et associant des partenaires. Son rôle a consisté à mobiliser des ressources, élaborer des projets de documents, organiser leur validation et leur adoption.

Par ailleurs, six commissions thématiques ont été mises en place pour approfondir l'analyse de situation et la programmation des interventions sous chacun des six piliers du PNDS2. L'élaboration du PNDS2 a été réalisée sur la base des guides d'élaboration des politiques et des plans de l'OMS. Une assistance technique nationale et internationale a été mobilisée à différentes phases du processus.

Une étape clef fut l'élaboration des 23 PRDS, par les équipes des DSR appuyées par des cadres du niveau central. Ce travail a comporté lui-même plusieurs étapes : (i) élaboration, validation et mise à disposition des DSR de canevas et d'un tableau de crédits prévisionnels délégués (2013-2015) pour chaque région ; (ii) élaboration des premières versions des PRDS ; (iii) examen par les pairs et les cadres du niveau central ; (iv) validation par les équipes des DSR appuyées par le niveau central ; (v) adoption de ces PRDS dans les régions sous la présidence des Gouverneurs.

Les autres éléments principaux du processus d'élaboration du PNDS2 sont les suivants :

(i) élaboration et validation d'une feuille de route; (ii) évaluation du PNDS1 ; (iii) synthèses) de l'évaluation du PNDS1, des 23 PRDS et des principaux plans, programmes et stratégies du secteur; (iv) travaux des commissions thématiques ; (v) production d'une première version du document ; (vi) exercice « JANS » pour l'évaluation conjointe de la qualité du PNDS – processus et document - puis révision du document; (vii) validation du document dans un cadre associant les régions et les autres secteurs; (viii) adoption du PNDS2, puis diffusion.

Les étapes et les éléments du processus présenté ci-dessus ont connu des difficultés et n'ont pas tous été menés à leur terme. Elaborer un plan national pour la santé représente un défi en termes de capacités et d'organisation du travail dans un contexte où les cadres sont peu nombreux et gèrent souvent l'urgence.

Le PNDS2 est structuré en trois grandes parties :

- La première partie décrit et analyse les principaux éléments du contexte national, l'état de santé et ses déterminants clefs, les services de santé et leurs prestations, les ressources et « intrants » du

système de santé, enfin les différentes composantes de sa gouvernance – y compris l'information sanitaire.

- La deuxième partie présente la synthèse des problèmes prioritaires, les orientations stratégiques pour y répondre, une programmation indicative et les indicateurs sectoriels principaux.
- La troisième partie est consacrée aux mécanismes de mise en œuvre du PNDS : financement, planification opérationnelle, suivi et évaluation, dans l'optique de la mise en place progressive d'une gestion sectorielle associant le Gouvernement et ses Partenaires.

# PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX

## I - GENERALITES

Durant plus de 30 ans, le Tchad a été marqué par de longues périodes d'instabilité politique et de conflits armés entrecoupées de périodes d'accalmie. Ce qui explique, en grande partie, les énormes défis auxquels le pays est confronté en termes de démocratie, de développement économique et social et de capacités institutionnelles. Depuis cinq ans environ, le pays connaît une stabilité relative qui favorise un début de réponse à ces défis.

### I-1 Géographie

Le Tchad, un état continental sans accès à la mer, est classé 5<sup>ème</sup> pays le plus vaste du continent africain et couvre une superficie de 1 284 000 km<sup>2</sup>. Il est situé entre les 8<sup>ème</sup> et 14<sup>ème</sup> degrés de latitude Nord et les 14<sup>ème</sup> et 24<sup>ème</sup> degrés de longitude Est. Il est limité au Nord par la Libye, à l'Est par le Soudan, au Sud par la République Centrafricaine et à l'Ouest par le Niger, le Nigeria et le Cameroun.

**Le pays est découpé en trois zones climatiques.** Le Nord est une zone saharienne vaste (60% du territoire national) avec un climat désertique et une pluviométrie inférieure à 200 mm par an. Le Sud est une zone soudanienne (10% du territoire national) assez fortement pluvieuse (pluviométrie entre 800 et 1200 mm par an), avec certaines régions quasiment inaccessibles pendant la saison des pluies. On trouve entre les deux une zone sahélienne (30% du territoire national) avec une pluviométrie comprise entre 200 et 800 mm. N'Djamena, la capitale, est située dans cette zone. Du fait de cette répartition climatique, on trouve au sud une végétation abondante avec des savanes arborées diminuant graduellement en allant vers le nord pour laisser place à la savane puis au désert (avec quelques ouadis).

**L'hydrographie et le relief** du Tchad font de ce pays un véritable bassin, bordé à l'est et au nord de montagnes ; on en trouve également un peu au sud-est (Mont de Lam et massifs du Mayo-Kebbi). La cuvette sédimentaire du Tchad est occupée par de nombreux lacs (Fitri, Iro, Wey, Léré, Ounianga) , dont le principal le Lac Tchad, est alimenté à 90% par le fleuve Chari (1200 km) et le Logone (1000 km). Ces lacs et cours d'eau permanents entraînent une humidité constante favorisant les pathologies vectorielles. Au centre-est, de nombreux cours d'eau intermittents - Bahr Aouk, Batha, Salamat, Sara - tendent à disparaître. Sur 23 régions que compte le pays, sept sont enclavées en partie en saison pluvieuse. Il s'agit de la moitié du Salamat, d'une partie du Ouaddaï, du Guera, du Moyen Chari, des deux Mayo-Kebbi et de la Tandjilé.

Bien que le pays dispose de grands cours d'eau navigables, le transport fluvial demeure peu développé au moins sur une moitié de l'année (dont les principaux sont le Logone, le Chari et le Lac Tchad).

**Le réseau routier** tchadien est en plein essor. La majeure partie des grandes villes du Tchad sont reliées entre elles par des routes bitumées mais certaines sont dans un état de dégradation avancée. Plusieurs projets de construction de routes ont été lancés par le Gouvernement tchadien (axes Massakory-Ngouri, Ngouri-Bol-frontière nigérienne et Ngouri-Mao à l'ouest, axe Abéché-Biltine-Amdjaras à l'Est, axes Sarh-Kyabé, Koumra-Moissala et axes Kélo-Pala et Pala-Léré-frontière camerounaise au Sud).

Ces efforts pour désenclaver l'intérieur du pays et l'ouvrir vers l'extérieur à travers le transport routier (le port le plus proche, Port Harcourt au Nigeria, étant situé à environ 1750 km de la capitale) sont importants pour la population.

Plusieurs compagnies privées de transport routier assurent la liaison entre les régions, les départements et les villages du pays. Toutefois, beaucoup reste à faire pour le désenclavement intérieur (aménagement des pistes et construction de routes et pistes rurales) et permettre l'évacuation des malades vers les grands centres urbains et à l'extérieur du pays.

Par ailleurs le transport des intrants et, surtout, la circulation des acteurs pendant la saison des pluies où des formations sanitaires sont inaccessibles compliquent la prise en charge sanitaire de la population. Les dunes de sable constituent également une entrave majeure pour le déplacement des patients en toutes saisons dans les régions désertiques.

**Le réseau aéroportuaire** comprend un aéroport international à N'Djamena et plusieurs aérodromes dans le pays. Un projet de construction d'un aéroport international à Djermaya est en cours. La compagnie nationale de transport aérien Air Toumai dessert en partie l'intérieur et se partage des liaisons internationales avec les grandes multinationales et compagnies privées.

**Les opérateurs de télécommunications** sont la compagnie nationale - opérateur principal de téléphone fixe - et trois opérateurs de téléphonie mobile qui se partagent le réseau, et donc également l'offre internet à travers des modems et des antennes VSAT. L'accès en cours à la fibre optique offre des perspectives d'amélioration à ce secteur.

**Le paysage médiatique** au Tchad est en pleine évolution du fait de la libéralisation de la presse. Avec le développement de la radio et de la télévision nationale sur satellite, l'arrivée de la nouvelle chaîne de télévision privée et l'existence de radios communautaires à travers presque tout le territoire national, la sensibilisation de la population à travers la communication audiovisuelle devrait considérablement se développer, en complémentarité avec les modes de communication populaires: crieurs publics, griots, théâtre populaire ou communautaire, contes, diapo-langage, photo-langage.

## I-2 Population

Selon les données du Recensement Général de la Population de 2009 (RGPH2, 2009) et tenant compte du taux d'accroissement naturel annuel de 3,6%, la population du Tchad en 2012 est estimée à 12 240 127 habitants. Les femmes représentent 50,6% de la population, dont 22% de femmes en âge de procréer, tandis que les enfants de moins de cinq ans en représentent 20,2% et les enfants de moins de 15 ans, 50,6%.

Selon l'EDST II, le taux d'alphabétisation est de 12% pour les femmes contre 35% pour les hommes, la proportion de femmes instruites est de 27% contre 46% pour les hommes.

**Tableau 1 : Indicateurs démographiques**

Indice synthétique de fécondité (ISF)	6,9 % (MICS 2010)
Taux global de fécondité Générale (TGFG)	22 ,5%
Taux brut de natalité (TBN)	44,6 pour 1000 RGPHI
Accouchements attendus	(4,1%)
Taux de mortalité infanto juvénile	180 p. mille 2010 MICS
Taux brut de mortalité (TBM)	16,3 pour 1000
Taux de mortalité infantile	109 pour 1000 en 2010 contre 103 pour 1000 en 1996/1997

Taux de mortalité maternelle		1084 pour 100 000 NV en 2009 (RGPH2) contre 1099 pour 100 000 NV en 2004 (EDSTII)
Espérance de vie ans	Homme	51,6 ans RGPHII
	Femme	53,4 ans RGPHII

**Une mosaïque de 256 ethnies**, regroupées en douze principaux groupes linguistiques inégalement répartis sur l'ensemble du territoire, composent la population tchadienne. La densité moyenne de 6,81 habitants/km<sup>2</sup> cache beaucoup de disparités: 0,12 dans le BET et 60,1 dans le Logone Occidental. Seulement 20% de la population vivent en zone urbaine tandis que la population nomade est estimée à 3,4%.

Pour permettre aux différents groupes de communiquer, deux langues officielles sont utilisées : le français et l'arabe. En plus, le pays compte environ 216 autres langues et dialectes. Les religions (et les proportions de la population les pratiquant) sont l'Islam (53,8%), le Christianisme (35,7%), l'Animisme (7,4%) et autres (3,1%).

**Le taux d'analphabétisme** des adultes de 15 ans et plus, 66,22 % (DAPRO 2010), est l'un des plus élevés de la sous-région. Le taux brut de scolarité est estimé à 52% (MICS 2010) au niveau primaire et à 19,9 % au niveau secondaire (DAPRO 2010). Pour faire élever le taux d'utilisation des services de la CPN et du BEF ainsi que la couverture vaccinale des enfants, une attention toute particulière doit être accordée à l'alphabétisation, surtout celle des femmes en âge de procréer. La proportion de femmes et d'hommes qui ne savent pas lire reste élevée (88% et 65% respectivement source ?) et la proportion d'hommes alphabétisés est environ trois fois plus élevée que celle des femmes (35% contre 12%). Par ailleurs, le taux de fréquentation scolaire des garçons est de 57% pour le groupe d'âge 6-15 ans et de 38% chez les filles (ESDT II, 2004).

### I-3 Contexte politique et administratif

**Le Tchad a opté en 1996 pour un état unitaire décentralisé.** Le processus de décentralisation et de déconcentration des services vers les régions et départements est enclenché. Le pays compte de nos jours 23 régions, dont la commune de N'Djamena, 63 départements et 251 sous-préfectures. Les régions sanitaires sont calquées sur les régions administratives et les districts sanitaires correspondent plus ou moins aux départements. L'organisation administrative du Tchad est cependant encore fortement marquée par la centralisation des services de l'Etat dans la capitale, y compris les organes de décision et les infrastructures socio sanitaires.

**Sur le plan politique**, le Tchad est entré dans une nouvelle ère en 1990 avec l'amorce d'un processus de démocratisation ayant abouti à l'organisation de la Conférence nationale souveraine (CNS) en 1993, à l'adoption d'une nouvelle constitution en 1996 puis en 2006, et à la tenue d'élections présidentielles et législatives en 1996, 2001 et 2011. Le Président de la République, élu pour cinq ans, incarne le pouvoir exécutif. L'Assemblée nationale détient le pouvoir législatif et le Conseil Economique et Social, joue un rôle consultatif.

Le pouvoir judiciaire est assuré par la Cour suprême, le Conseil Constitutionnel et la Haute cour de justice. Il existe aussi un Haut conseil de la communication chargé de garantir la liberté de la presse et l'expression pluraliste des opinions. Enfin, des partis politiques, des associations de la société civile et des médias concourent au développement de la démocratie.

### I-4 Economie

**Le Tchad est membre de la communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale –CEMAC-** dont l'un des piliers est l'Union monétaire d'Afrique centrale qui donne aux six pays membres une monnaie commune, le franc CFA d'Afrique centrale (XAF), arrimé à l'euro (1€ = 655,957 XAF). Il est également membre de la

Communauté économique des états d'Afrique centrale -CEEAC- dont l'intégration économique des dix états membres (les six pays de la CEMAC plus l'Angola, le Burundi, la République Démocratique du Congo et Sao Tome et Principe) tarde à se mettre en place.

**Le Tchad est un pays enclavé**, dépendant de plusieurs axes, notamment l'axe Douala-N'Djaména, N'Djaména-Port Harcourt pour ses approvisionnements. Le Rapport mondial sur le développement humain de 2011 classe le Tchad au 173ème rang sur 177 pays, avec un indice de développement humain (IDH) de 0,346. En dépit de la mise en œuvre de différentes stratégies de développement, le Tchad reste l'un des pays les plus pauvres au monde. Les deux-tiers d'environ 12 millions d'habitants vivent en dessous du seuil de pauvreté.

**Le Tchad est, depuis 2003, producteur de pétrole** (qui représente 40% du PIB en 2010 et 90% des exportations). L'exploitation des champs de Doba (environ 120 000 barils/jour) est assurée par un consortium conduit par Exxon Mobil. La CNPC (Chine) a débuté mi-2011 la production à partir des sites de Bongor (20 000 barils/jour au démarrage).

L'élevage et l'agriculture vivrière (24% du PIB) ainsi que le commerce (11,6%) sont les autres grands secteurs économiques. L'industrie manufacturière occupe une place marginale (1,3% du PIB) et repose essentiellement sur le sucre et le coton (on estime que plus de deux millions de personnes vivent du coton directement ou indirectement).

Le Tchad possède peu de ressources minières (étain). L'uranium du Nord et du Sud ne sont pas encore exploités. Pour combler l'absence de secteur industriel, l'État s'est lancé dans une politique d'investissement dans différents domaines, avec une aide indienne (filature, assemblage de tracteurs, tréfilerie, usine de jus de fruits...), mais surtout chinoise (cimenterie de Baoré, raffinerie et zone franche de Djarmaya). Dans le secteur des services, on relèvera en particulier le dynamisme du transport routier et de la téléphonie mobile.

**Sur le plan financier**, le Tchad peine à avancer dans le processus de l'initiative « Pays pauvres très endettés ». Grâce à ses revenus pétroliers, il a fait le choix de financer une part importante de ses projets d'investissement sur ses ressources propres. A côté des bailleurs de fonds traditionnels (UE, BAD, AFD, BID, BM...), il compte aujourd'hui sur les financements de nouveaux partenaires, en particulier ceux de la Chine.

## I-5 Hygiène, eau et assainissement

**Les conditions de vie sont insalubres.** En 2000, selon l'EIMT, 71,3% de la population ne disposaient pas de toilettes. L'évacuation des ordures est quasi inexistante. La prolifération des immondices qui, en saison de pluie, dégagent des odeurs nauséabondes, contribue à la propagation des maladies d'origine gastro-intestinale. L'évacuation des eaux usées et pluviales est totalement défectueuse. Ces conditions d'insalubrité sont à l'origine des maladies d'origine hydrique (choléra, Hépatite E, fièvre typhoïde...)

**Seulement 31,3 % de la population ont accès à l'eau potable** (eau de robinet, 11,2%, fontaines publiques, 20,1%) ; 50,4% de la population utilisent des puits traditionnels, protégés ou non (EDST II) ; 11,1% s'approvisionnent en eau de surface (fleuve, rivière, mare).

Beaucoup de problèmes de santé publique au Tchad sont créés ou aggravés par les mauvaises habitudes de la population qui connaît peu l'importance de bonnes pratiques en matière d'hygiène.

**Tableau 2 : Pourcentage de la population utilisant des installations d'assainissement amélioré**

Identité	Milieu	Pourcentage
Afrique Subsaharienne	Zone Urbaine	43%

	Zone Rurale	34%
Tchad	Zone Urbaine	53,%
	Zone Rurale	4%

Source : MICS 2010

## II- ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

Le profil épidémiologique du Tchad est caractérisé par la prévalence des maladies endémiques et épidémiques, au premier rang desquelles le paludisme, la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, le VIH/sida et la diarrhée. Certaines pathologies non transmissibles dont la malnutrition, les traumatismes, les maladies cardio-vasculaires et métaboliques constituent aussi des causes importantes de morbidité et de mortalité. Il est désormais démontré que la malnutrition demeure un problème de santé des plus sérieux dans le monde et une cause principale de la mortalité autant infantile que maternelle.

Avec l'afflux de réfugiés et les déplacés de l'Est du pays, des maladies telles que la fièvre jaune et l'hépatite E ont réapparu. Depuis une dizaine d'années, des efforts importants ont été faits par le Gouvernement (avec l'implication personnelle des hautes autorités du pays) et ses partenaires du secteur en termes d'infrastructures sanitaires, d'équipements biomédicaux, de formation du personnel, de financement etc.

D'une manière générale, les indicateurs de santé ne sont pas toujours satisfaisants ; ils semblent s'améliorer, mais lentement. La couverture sanitaire reste largement insuffisante. La mortalité maternelle et la mortalité des enfants de moins de cinq ans ont toujours des niveaux inacceptables.

### **Mortalité**

La mortalité maternelle, de 827 décès pour 100 000 naissances vivantes (NV) en 1996/1997, a augmenté à 1.099 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2004 (EDST 1 et 2). En 2009, elle est estimée à 1084 décès pour 100 000 NV par le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2009) et demeure à un niveau élevé, avec une réduction de 1,36% entre 2004 et 2009. A ce rythme l'OMD 5 ne sera pas atteint. La mortalité infantile était de 103 pour mille en 1996/1997, de 102 pour mille en 2004 et de 109 pour mille en 2010 (MICS 2010).

Au cours de la période 1996-2004, on constate une légère baisse du taux de mortalité néonatale, passant de 47,7 à 39,0 décès pour 1 000 NV, alors que l'objectif attendu pour 2015 est de 12,0 décès pour 1 000 NV. Ces résultats sont imputables en particulier à l'importance des grossesses à risques : trop précoces, trop nombreuses, trop rapprochées et/ou trop tardives, associées à la forte fécondité du Tchad. En 2012, environ 400 000 grossesses (70% du total) étaient concernées par au moins un risque, et 150 000 (25%) étaient exposées à plusieurs risques (revue à mi-parcours de la Feuille de Route Nationale pour la réduction de la Mortalité maternelle, Néonatale et Infantile (FRNMMNI), décembre 2012).

### **Morbidité**

Le Tchad est confronté à une double charge de la morbidité : la persistance des maladies transmissibles et l'émergence des maladies non transmissibles. En matière de VIH, la prévalence nationale est de 3,3% selon l'enquête de séroprévalence 2005 ; en 2012, le Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT) a enregistré 10 800 cas de Tuberculose (TB) toutes formes confondues dont 3849 nouveaux cas de Tuberculose pulmonaire plus (TPM+) soit 35,64% et un taux de succès thérapeutique de 69% ; quant au paludisme, 616 722 cas ont été notifiés dans le pays en 2012 dont 1359 décès avec un taux de létalité 0,2% (Sources : programmes PNT, PNLP et PSLs).

Sur les dix dernières années, les premières causes de consultation chez les moins de cinq ans dans les structures sanitaires sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques et la malnutrition, comme l'indique le tableau n°1 ci-après :

**Tableau 3 : Evolution des causes de consultations curatives dans les centres de santé de 2006 à 2011 :**



Problèmes de santé	Nb de cas en 2006	Nb de cas en 2007	Nb de cas en 2008	Nb de cas en 2009	Nb de cas en 2010	Nb de cas en 2011
Paludisme simple	400 134	437 791	457 368	458 462	452 252	564 996
Infections Respiratoires Aiguës	154 916	192168	207 060	202 378	194 026	275 503
Diarrhée	125 117	134 956	136 453	136 705	138 026	170 512
Malnutrition	ND	ND	12 499	12 455	11 964	47 272

Source : SIS/MSP (2006 à 2011)

Les maladies évitables par la vaccination telles que la rougeole et la méningite touchent chaque année les enfants.

Chez les adultes, les premières causes de consultation dans les formations sanitaires sont le paludisme simple, les traumatismes, les infections de la peau/dermatoses, les infections urinaires, le paludisme grave (annuaire des statistiques sanitaires 2012). A cela, s'ajoutent les maladies cardiovasculaires et métaboliques.

Chez les femmes, selon le rapport d'évaluation de la disponibilité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU 2011), les cinq premières causes directes de consultations dans les formations SONU sont les hémorragies (33,98%), les infections du post-partum (33,33%), les éclampsies/pré-éclampsies (10,84%), le travail prolongé/les dystocies (6,47%) et les complications d'avortements (4,53%). Les causes indirectes sont le paludisme, l'anémie sévère et les hépatites.

Les épidémies et catastrophes naturelles, ainsi que les crises nutritionnelles, endeuillent chaque année des familles tchadiennes. Par exemple, pour le choléra, le pays a enregistré 6470 cas dont 217 décès en 2010 ; 17284 cas dont 458 décès en 2011. Pour ce qui est de la méningite, il a enregistré 2729 cas dont 240 décès en 2010 ; 5938 cas dont 270 décès en 2011 ; 3884 cas dont 166 décès en 2012.

Selon L'Enquête sur la sécurité alimentaire et sur la vulnérabilité structurelle au Tchad (EVST- 2009), la prévalence de la malnutrition aiguë globale est estimée à 16,3%. Cette moyenne nationale, cache la gravité de la situation dans la bande sahélienne où des taux allant de 20 à 25% ont été enregistrés: Batha (25,3%), Kanem (23,8%), Chari Baguirmi (22,9%), Guéra (22,4%), Salamat (20,8%), Ouaddaï (20,4%), Lac (19,9%).

Selon l'enquête MICS 2010, la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans reste toujours critique. Les taux de malnutrition aiguë globale sont de 14,1% en 1996 (EDST1, 1996-1997) à 15,7% en 2010 (MICS 2010) au-delà du seuil critique de l'OMS. Les taux de retard de croissance, ou malnutrition chronique, sont passés de 40,1% en 1996 à 38,7% en 2010. La prévalence de l'insuffisance pondérale est restée aussi très élevée passant de 38,8% en 1996 à 30,3% en 2010.

La prévalence des maladies non transmissibles (pathologies cardiovasculaires, rhumatisme articulaire aigu, diabète, cancers, insuffisances respiratoires, drépanocytose, affections psychiatriques chroniques etc.) devient préoccupante. Ces maladies sont responsables de nombreux décès. Certains facteurs de risque tels que l'alimentation inappropriée, l'inactivité physique, le tabagisme, la consommation abusive d'alcool ou l'obésité jouent un rôle important dans l'émergence de ces maladies.

## **Espérance de vie**

D'après le RGPH1 de 1993, l'espérance de vie à la naissance, était de 50,3 ans (54,4 ans chez les femmes et 47 ans chez les hommes) - alors qu'elle se situait à 36 ans en 1964. L'estimation nationale (RGPH2) est de 52,4 ans en 2009 (51,6 pour les hommes et 53,4 pour les femmes). Selon le modèle de progression utilisé par la Division de la population des Nations Unies, l'espérance de vie à la naissance serait de 60,8 ans en 2030 (59,4 pour les hommes, 62,1 pour les femmes) et de 67,4 ans en 2050 (65,7 pour les hommes, 69,1 pour les femmes).

Globalement, les progrès pour réduire la mortalité au Tchad depuis 1960 ont été lents et fortement contrariés par deux facteurs : l'impact négatif sur le système de santé des troubles politiques et militaires qui ont affecté le pays et la hausse de la mortalité imputable au VIH/sida.

La population tchadienne connaît donc une très forte mortalité maternelle, infanto juvénile et néonatale. Elle est frappée lourdement par les maladies transmissibles, les maladies évitables par la vaccination et, désormais, les maladies non transmissibles. Aucune région du pays n'échappe aux épidémies.

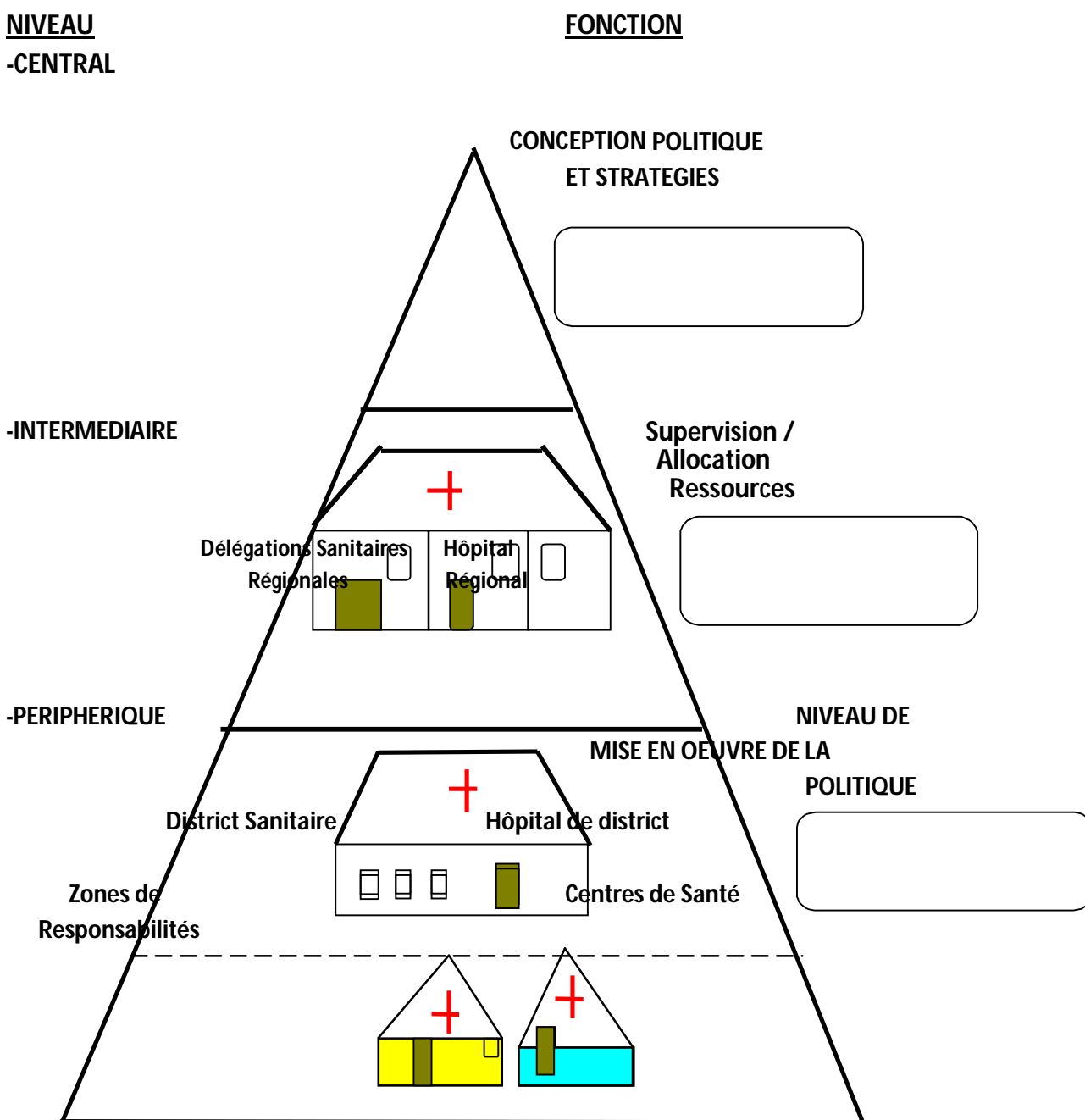
### III- PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE, ACCES ET UTILISATION

#### III-1 Organisation et gestion des services de sante : le modele

Le service public offre la plupart des prestations de soins curatifs, préventifs et promotionnels. Ces soins sont intégrés dans le paquet minimum d'activités (PMA) au niveau des centres de santé et le paquet complémentaire d'activités (PCA) au niveau des hôpitaux. Au niveau tertiaire, l'accent est mis davantage sur les soins spécialisés. Les structures privées participent aux services publics cependant celles a but lucratif mettent essentiellement l'accent sur les soins curatifs.

L'organisation sanitaire est de type pyramidal à trois niveaux (central, intermédiaire, et périphérique) conformément au graphe 1 ci-dessous :

**Graphe 1 : Pyramide sanitaire**



**Le niveau central (national)** comporte l'administration centrale et les programmes nationaux et les institutions nationales sous tutelle telles que l'Hôpital général de référence nationale (HGRN), l'Hôpital de la mère et de l'enfant (HME), l'Hôpital moderne, la Centrale pharmaceutique d'achat (CPA), le Centre national de nutrition et des technologies alimentaires (CNNTA), le Centre national de Transfusion sanguine (CNTS), le Centre national d'appareillage et de rééducation (CNAR) et le CHU « le Bon Samaritain » qui est une institution privée à but non lucratif.

L'HGRN, l'HME, l'hôpital Moderne et le CHU le Bon Samaritain ne jouent pas pleinement le rôle d'hôpitaux universitaires et de centres de référence, à cause de leur capacité technique limitée ne permettant pas d'assurer la formation et la recherche médicale. Ils ne renferment pas tous les services spécialisés.

Chaque hôpital est dirigé par un Directeur Général assisté de Directeurs techniques ou des chefs des départements. Cette équipe constitue l'organe de gestion et applique les décisions du conseil d'administration.

Les Délégations Sanitaires Régionales (DSR) constituent le deuxième niveau de la pyramide ou niveau intermédiaire. Elles sont le premier niveau de déconcentration du Ministère de la santé. Il y a 23 DSR, correspondant aux 23 régions administratives. La DSR est gérée par un Délégué Sanitaire Régional qui a rang de directeur technique. Le DSR est appuyé dans sa fonction par une équipe cadre de la région et par un conseil régional de santé (regroupant les autres secteurs déconcentrés, avec une mission consultative). La DSR est chargée de la coordination au niveau régional de la mise en œuvre de la Politique nationale de santé (PNS) et apporte un appui technique au niveau périphérique. Les autres structures régionales sont les hôpitaux régionaux, les unités de transfusion sanguine, les pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA), les hôpitaux privés à but lucratif et non lucratif.

L'Hôpital Régional (HR) est la structure de soins de troisième recours et constitue le niveau de référence pour les hôpitaux de district (deuxième référence). Il dispose d'un plateau technique comprenant des services de base et des services spécialisés.

Le niveau périphérique ou premier niveau de soins correspond au District sanitaire (DS) qui représente l'unité opérationnelle du système. Ce découpage est basé essentiellement sur des critères de population (un DS pour 50 000 à 150 000 habitants, selon la densité de la région). En 2012, le pays est divisé en 102 DS dont 72 fonctionnels (cf. Annuaire statistique 2012), dirigés chacun par un médecin-chef de district (MCD). Le MCD s'appuie sur une équipe cadre de district et un organe consultatif, le conseil de santé du district. Chaque district sanitaire comprend un hôpital de district et des zones de responsabilité.

L'hôpital de district (HD) met en œuvre le paquet complémentaire d'activités (PCA). Il est généralement implanté dans le chef-lieu de district. C'est la structure de soins de deuxième échelon ou de second recours et constitue un centre de référence pour les malades référés des centres de santé. L'hôpital de district est géré par un médecin-chef de l'hôpital (MCH).

Les DS sont subdivisés en 1305 zones de responsabilité (1061 fonctionnelles) selon des critères de distance (deux heures de marche, soit environ 10 km), de population (5000 à 10000 habitants par ZR). Chaque ZR regroupe un certain nombre de villages et dispose d'un centre de santé (CS). La zone de responsabilité est gérée par un infirmier ou une sage-femme responsable du CS, qui s'appuie sur le conseil de santé de la ZR, organe consultatif.

Le centre de santé (CS) représente le premier échelon ou premier recours de l'offre de soins. Il offre le paquet minimum d'activités (PMA) qui comprend des activités préventives, curatives et promotionnelles, y compris les activités de gestion. Il est censé prendre en charge environ 90% des problèmes de santé de la population couverte. Il est placé sous la supervision des médecins du DS dont il dépend. Le responsable du centre de santé (RCS) réalise, en dehors de ses tâches propres, des tâches déléguées matérialisées par des instructions écrites (ordinogrammes, outils de gestion).

**La participation communautaire** instituée en 1994 est progressivement intégrée dans le paquet minimum d'activités. Le recouvrement des coûts, instauré dans tous les centres de santé fonctionnels, est géré par des comités de santé (COSAN) composés des représentants de chaque village de la zone de responsabilité. Des textes statutaires réglementent leur fonctionnement.

Il convient de souligner le rôle important que joue les relais communautaires dans certaines activités de santé notamment la distribution du mectizan®, des moustiquaires, la mobilisation sociale, etc. Il y a lieu de valoriser les prestations de ces relais communautaires, en vue de les intégrer dans le système de santé pour renforcer davantage les prestations du niveau communautaire.

**La référence/contre référence** est au cœur du système de santé tel que défini dans la Politique Nationale de Santé, système intégré avec une interdépendance des trois niveaux. L'infirmier du centre de santé réfère les malades aux services de soins de l'hôpital de district grâce à une fiche de référence. Le médecin-chef de l'hôpital adresse aux médecins spécialistes des hôpitaux régionaux les malades dont l'état de santé nécessite une référence. Il en est de même au niveau des régions, pour les références nationales. Après sa prise en charge au niveau de référence, le patient est réorienté au niveau du service qui l'a référé grâce à une fiche de contre référence. Ce système de référence et de contre référence doit permettre d'assurer la continuité de la prise en charge du malade à travers les différents niveaux de la pyramide sanitaire et garantir la disponibilité de l'information sur le malade tout le long de la chaîne de soins.

### **III-2 Organisation et gestion des services de santé dans la pratique**

Les structures de santé sont très insuffisantes – d'un point de vue tant quantitatif que qualitatif. A ce jour, pour 23 régions, le Tchad ne compte que huit hôpitaux régionaux avec un statut d'autonomie de gestion - Abéché, Moundou, Sarh, Bongor, Pala, Ati, Biltine et Mongo – dont seuls les quatre premiers jouent effectivement leur rôle. Le pays compte en 2012, 72 hôpitaux de districts fonctionnels. Six des 72 hôpitaux fonctionnels sont confessionnels. Il s'agit des hôpitaux de Goundi, Béré, Donomanga, Larmanaye, Koumra Baptiste et Bébédjia.

Du fait du nombre insuffisant de médecins, le médecin-chef de district s'implique dans les activités de cliniques en dehors des activités de supervision.

Sur les 1305 zones de responsabilité reconnues officiellement, 1061 sont fonctionnelles, ce qui correspond à un taux de couverture sanitaire *théorique* de 81%. En réalité ces ZR dites fonctionnelles ne répondent pas toutes aux critères d'opérationnalité retenus dans la politique nationale par le MSP. Sur les 1061 centres de santé fonctionnels, 124 sont d'appartenance confessionnelle, soit 12% des CS fonctionnels. La plupart des centres de santé de la première génération ne répondent pas aux normes requises en infrastructures. Depuis les dix dernières années, si les nouveaux centres de santé sont construits et équipés selon les normes du ministère de la santé, les ressources humaines restent insuffisantes; les matériels de soins et de consultation, quand ils existent, sont totalement vétustes. Le cumul de postes par un seul agent qualifié entraîne une surcharge de travail qui est préjudiciable à la qualité des activités.

Le découpage sanitaire qui devrait permettre une couverture sanitaire harmonisée du territoire national, se heurte à d'importantes difficultés parmi lesquelles la création anarchique de centres de santé et de districts sanitaires (non-respect des critères de population et de distance).

L'accessibilité aux structures de santé est un problème critique au Tchad. L'organisation de type pyramidal à trois niveaux pose un problème de couverture pour les zones de faible densité et d'accès difficile (populations nomades, insulaires ou enclavées, relief accidenté, inondations saisonnières etc.). Au centre et dans le nord du pays, la plupart des CS sont à plus de 50, voire de 100 kilomètres de l'hôpital de référence. L'éloignement des villages des centres de santé dans les régions à faible densité de population, laisse une grande partie de la population à l'écart des services de soins. Cela nécessite un rapprochement par la mise en place de structures de type communautaire et le développement de stratégies complémentaires.

**Le fonctionnement des organes de la participation communautaire** varie d'un district sanitaire à un autre. Si certains organes contribuent au fonctionnement des services de santé, d'autres par contre participent au monitoring et à la prise en charge communautaire de certaines maladies (distribution d'Ivermectine®, vaccination etc.). Cependant, l'analyse de situation des PRDS montre que la plupart de ces organes souffrent de dysfonctionnements liés à la mauvaise gestion des ressources, à la non-tenue des assemblées générales et à des conflits avec les agents de santé...

**Le mécanisme de la référence/contre référence** repose sur le respect des différents niveaux de soins. Au niveau des villes, et en particulier à N'Djamena, les relations entre les différents niveaux de soins ne sont pas respectées par les patients. Depuis 2011, des progrès ont été enregistrés pour rendre opérationnel le système de référence et de contre-référence. En effet, le Gouvernement a doté tous les hôpitaux et mêmes certains centres de santé d'ambulances. Cependant, des problèmes tels que la non prise en charge des chauffeurs, la dotation en carburant des ambulances, l'information insuffisante du public ou l'éloignement de certaines zones, persistent. A défaut des moyens appropriés, la communauté utilise les charrettes et les mototaxis pour transporter les malades vers les formations sanitaires. Des réflexions sont en cours pour les références du niveau communautaire au centre de santé par la mise en place d'un système de transport approprié comme, les motos tricyles (« ambulancettes »).

### **III-3 Offre et utilisation de services et accès aux soins**

Avant la Conférence d'Alma-Ata en 1978, le Tchad à l'instar de la plupart des pays en voie de développement avait une approche essentiellement curative où la santé était orientée vers le traitement de la maladie et les connaissances techniques. L'hôpital et ses laboratoires étaient des centres d'intérêt privilégiés. Cette médecine moderne synonyme de traitements onéreux, d'exclusion des pauvres et d'accès pour une minorité de privilégiés (1/5 de la population environ). Après l'Assemblée mondiale de la santé de 1979, le Tchad a fondé sa politique sanitaire sur les axes suivants : (i) Le développement des infrastructures appropriées pour la totalité de la population; (ii) L'indication des mesures à mettre en œuvre par les individus, la famille, les collectivités et par les services de santé ; (iii) La réorganisation du système national de santé en précisant le rôle, l'organisation et le mode de fonctionnement pour chaque niveau.

#### **III-3-1 Services de soins de santé primaire : premier et deuxième échelons**

**Les centres de santé devraient assurer le PMA**, composé de : consultations curatives primaires, consultations préventives des enfants sains de 0 à 4 ans, vaccination des enfants de 0 à 11 mois, consultations prénatales, accouchements normaux, bien-être familial, prise en charge des maladies chroniques, éducation sanitaire, communication avec la population, activités communautaires, référence

pour les patients. Ce paquet est défini pour être axé sur la personne et prendre en compte la globalité, l'intégration et la continuité des soins.

Sur 1061 centres de santé fonctionnels, 224 n'exécutent pas encore le PMA complet. Les principales raisons sont l'insuffisance quantitative et qualitative de personnel et des équipements médico-techniques. Cette situation a pour conséquence la faible qualité des soins et la sous-utilisation des services. Le tableau ci-dessous illustre cette situation.

**Tableau 4 : Mise en œuvre du PMA dans les DSR en 2012**

DSR	Nombre CS avec PMA complet	Nombre CS ne réalisant pas de PMA complet	% Réalisation PMA	Causes de non réalisation
BAHR EL GAZAL	23	13	64	Manque de Frigo et insuffisance du personnel, équipement et infrastructure
BATHA	30	8	79	Pas de formation sur la PEC malnutris, Manque de Frigo (1CS)
BORKOU	ND	ND	0	ND
CHARI BAGUIRMI	21	20	51	Personnel non qualifiés, défaillance de chaine de froid
ENNEDI EST	0	8	0	Pas de formation, Matériel et équipement
ENNEDI OUEST	0	4	0	4CS tenus par MO Matériel et équipement Pas de formation,
GUERA	36	16	69	insuffisance en équipement et personnel
HADJER LAMIS	20	22	48	Manque de chaine de froid
LAC	21	37	36	Manque de chaine de froid et équipement
LOGONE OCCIDENTAL	46	0	100	ND
LOGONE ORIENTAL	57	40	59	A rechercher
MANDOUL	40	11	78	État défectueux des frigos, Influence des facteurs d'ordre socioculturelles (Goundi ), Présence des hôpitaux dans le chef lieu,
MAYO KEBBI EST	70	9	89	Infrastructure non adéquate

MAYO KEBBI OUEST	61	20	75	ND
MOYEN CHARI	43	11	80	Obstacles culturels (BEF, CPE, suivi maladies chroniques, insuffisance réfrigérateurs dans les CS
NDJAMENA	0	33	0	Plateau technique incomplet
OUADDAI	39	10	80	Absence de chaîne de froid
SALAMAT	20	6	77	Manque de formation et recyclage indisponibilité des outils
TANDJILE	39	31	56	ND
TIBESTI	ND	ND	0	ND
WADI FIRA	22	30	42	Compétence (insuffisance de formation) et équipement

Source : analyse des PRDS

L'analyse des composantes du PMA donne la situation suivante :

**CPE** : Le taux d'utilisation de la CPE est de 11,93% en 2011. Il est plus faible qu'en 2008. Le faible indice de retour - 1,6 - laisse présumer une très faible capacité de détection des risques et des affections, notamment la malnutrition. Ces dernières années, avec l'appui des partenaires, le ministère a augmenté le nombre de centres de dépistage et de prise en charge de la malnutrition (CNA, CNT).

**Vaccination** : La couverture vaccinale reste faible. Le taux de couverture en penta 3 est de 47% (données de l'enquête PEV 2012). Le PEV a pour mission de contribuer à une meilleure survie de l'enfant en réduisant la morbidité et la mortalité attribuables aux maladies évitables par la vaccination. Le PEV est partie prenante des grandes initiatives internationales de lutte accélérée contre la maladie, à savoir l'éradication de la polio, le contrôle de la rougeole, l'élimination du tétanos maternel et néonatal. Le programme apporte aussi un appui technique et matériel aux délégations sanitaires pour la mise en œuvre de la politique nationale de vaccination dans l'ensemble du pays. Il dispose d'un plan pluriannuel complet (PPAC) 2013-2017.

Le PPAC 2008- 2012 avait fixé des objectifs en matière de couverture vaccinale par année mais ceux-ci n'ont pas été atteints. Les faibles performances du PEV se traduisent entre autres par la persistance du nombre d'enfants non vaccinés en DTC3 et de forts taux d'abandon.

Au cours de cette période, le programme a accusé un certain nombre de faiblesses dont les plus importantes sont liées à l'insuffisance de la mise en œuvre de l'approche « Atteindre chaque district », l'approvisionnement irrégulier en vaccins et autres intrants au niveau opérationnel dû à une mauvaise gestion, l'insuffisance de supervisions formatives de qualité aux niveaux intermédiaire et opérationnel, la non atteinte des enfants dans les zones d'accès difficile, l'instabilité et la démotivation du personnel, une logistique insuffisante.

La revue externe du PEV d'avril 2012 a constaté que, pendant les jours de campagnes de masse, près de la moitié des structures sanitaires arrêtent les activités de vaccination de Routine. La non maîtrise des fondamentaux et la faible participation communautaire sont également les raisons des faibles performances du PEV.

**CPN** : La fréquentation des services de CPN est faible malgré une légère augmentation de 5,08% en 2009 par rapport à 2008.



**Accouchements assistés** : Le taux de couverture en accouchements assistés en 2009 varie de 3% à 40% selon la région. La moyenne nationale est de 20,63% en 2011 et 28,43% en 2012 (annuaire des statistiques).

L'enquête MICS 2010 a révélé que seulement 22,7% des naissances sont assistées par un personnel qualifié contre 16,2% en 2000, soit une augmentation annuelle de 0,59%. Au rythme actuel de croissance, la couverture ne serait que d'environ 25% en 2015, soit le tiers de la couverture attendue. Ainsi donc, plus de 70% des accouchements se passent en dehors des services de santé.

Les données du système d'information révèlent que le taux de consultations postnatales n'a guère dépassé 4% depuis 2000. A trois ans de 2015, il est certain que l'objectif de 50% ne sera pas atteint.

**Planning familial** : les indicateurs du planning familial, suivant les données des enquêtes sont les suivants: taux de Prévalence Contraceptive Globale : 3% (EDST2 2004), 4,8% (MICS 2010) ; et le taux de Prévalence Contraceptive moderne : 1,6% et les besoins non satisfaits en PF 2004 =23%, MICS2010=28,3%, pour un objectif de 15% en 2015 (FRNRMMNI).

Aucune étude n'est réalisée pour mesurer le niveau d'atteinte de la PCIME. Cette activité peine à s'intégrer dans le paquet minimum d'activités tel que souhaité par le MSP.

Dans le cadre de la prise en charge des fistules, en moyenne 150 femmes victimes bénéficient des opérations chirurgicales de réparation chaque année avec l'appui de l'UNFPA, avec un taux de rétablissement de 80%. Pour leur réinsertion sociale, des appuis ponctuels sont apportés par la Première Dame leur permettant d'entreprendre des activités génératrices de revenus. L'incidence de cette pathologie serait de plus de 300 cas par an.

**Les stratégies avancée et mobile** sont des moyens d'étendre la couverture géographique des services de santé, mais les moyens logistiques et les ressources humaines que ces stratégies exigent, limitent leur extension. La mise en œuvre de la stratégie mobile dans deux districts avec l'appui de la Banque mondiale s'avère très efficace. Ces résultats encourageants ont amené le Gouvernement à étendre cette approche à huit districts. Les indicateurs de ces DS sont en nette amélioration.

**L'hôpital de district devrait assurer la prestation des services de soins de santé primaire de deuxième échelon.** Servant de référence aux centres de santé, il doit offrir le PCA, composé de : consultations de référence, prise en charge des urgences médicochirurgicales et des accouchements compliqués, hospitalisation des cas référés par le premier échelon, fonction diagnostique (laboratoire et imagerie médicale), référence/contre référence.

Le tableau 5 ci-dessous résume l'état de mise en œuvre des activités du PCA dans les Districts Sanitaires du pays.

**Tableau 5: Etat de mise en œuvre du PCA par DSR**

DSR	Nbre DS avec PCA complet	Nbre DS avec PCA incomplet	Causes principales
Bahr El Gazal	1	1	Manque infrastructure
Batha	0	3	Manque équipement et Infrastructure.
Borkou	1	0	ND
Chari Baguirmi	01	03	Plateau technique et infrastructure inadéquate
Ennedi Est	0	1	Manque de personnel qualifié en chirurgie, instrumentiste,, anesthésiste Réa imagerie
Ennedi Ouest	0	1	Manque de personnel qualifié en chirurgie, instrumentiste, imagerie
Hadjer Lamis	1	2	Manque de matériel
Hadjer Lamis	1	2	Manque matériel
Kanem	3	1	Manque équipement et infrastructure
Logone Occidental	1 H de DS et 1 HRM+ le CHB	1 HD	Insuffisance personnel qualifié
Logone Oriental	ND	ND	ND
Lac	2	3	Manque infrastructure et équipement
Mandoul	3	1	Manque d'équipement et insuffisance du personnel qualifié pour l'hôpital de Bédjondo
Moyo Kebbi Est	2	4	-Insuffisance de personnel qualifié et du matériels
Mayo Kebbi Ouest	0	2	ND
Moyen Chari	1	3	Insuffisance d'équipements et de personnel
N'Djaména	03	01	Personnel qualifié
Ouaddai	2	1	Infrastructure et ressources humaines
Salamat	2	1	Manque d'équipement et d'infrastructures
Sila	1 (- radio)	1	Manque d'équipement
Tandjilé	4 (- RX et écho)	0	-RX, écho, plateau technique
Tibesti	0	1	ND
Wadi Fira	02 (-Radio)	1	Insuffisance. d'équipement RH, infrastructure

Source : Synthèse des données PRDS

**Les hôpitaux régionaux** constituent également des services de soins de santé de niveau secondaire. Ils sont implantés dans les chefs-lieux des régions. A ce niveau, les activités de laboratoire et d'imagerie médicale sont en principe plus importantes. L'hôpital régional n'offre pas un paquet d'activités défini. Il reçoit toutes les références des hôpitaux de district dans les services spécialisés que sont la gynéco-obstétrique, la chirurgie et la pédiatrie. Les autres services de spécialités telles que l'ophtalmologie, l'ORL et l'odontostomatologie qui devraient y être dispensés, ne le sont pour le moment que dans trois des hôpitaux : Abéché, Moundou et Sarh.

**Une évaluation sur les besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)** réalisée en 2011, a relevé que le Tchad ne dispose que de 23 formations sanitaires offrant des SONU et que la proportion des naissances assistées par un personnel qualifié dans les formations sanitaires SONU n'est que de 4,60%, loin du minimum acceptable fixé à 15%. Le taux de besoins satisfaits en SONU, c'est à dire le taux de complications attendues à prendre en charge dans les formations sanitaires SONU est de 4,3%, loin des 100% requis. Le taux moyen de césariennes est de 0,5% pour l'ensemble des formations sanitaires, très en deçà du taux de 5% acceptable recommandé par l'OMS. Le taux de létalité obstétricale directe observée est dix fois plus élevé que le maximum acceptable de 1 %.

Grâce à la Campagne pour l'accélération de réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), la sensibilisation et la communication ont été renforcées durant la période de 2009 à 2012 (PNDS1). Cependant, beaucoup reste à faire, compte tenu notamment des mœurs et coutumes et du bas niveau d'instruction de la population.

**Alors qu'en théorie le PMA et le PCA devraient permettre d'assurer l'intégration, la globalité et la continuité des soins, l'offre est très insuffisante, avec des écarts importants d'un district à un autre et d'une délégation à une autre.** Les raisons principales, dont certaines seront examinées plus loin, ont trait :

- aux ressources humaines : personnel qualifié insuffisant (parfois réduit à une seule personne dans un centre de santé), refus de regagner des postes dans les zones austères ;
- à la faiblesse du plateau technique - manque de petit matériel de consultation et de soins - et de la logistique pour les supervisions et les monitorages ;
- au manque d'outils d'orientation tels que les ordinogrammes et les fiches techniques ;
- au cadre réglementaire : absence de normes en infrastructures, mauvaise application des textes existants ;
- à une mauvaise coordination des acteurs et à une répartition inéquitable des ressources.

**La faible accessibilité géographique, financière et socioculturelle** constitue un autre obstacle déterminant à l'utilisation des services par la population en général. Certains groupes n'ont pas été pris en compte, tels que les nomades et les personnes habitant les zones d'accès difficile.

**Les structures privées lucratives** - cabinets, cliniques, officines et dépôts pharmaceutiques - sont en croissance. Malgré les coûts élevés des prestations, les populations y ont recours de plus en plus. Les normes techniques requises ne sont pas toujours respectées et les informations techniques ne sont pas toujours fournies au MSP. Le MSP n'a pas encore mis en place de mécanisme de contrôle de qualité.

**Pour les évacuations sanitaires**, une convention de partenariat est signée avec une société médicale privée de Tunis. Cependant, il existe un accord signé en 2012 entre l'Etat Tunisien et Tchadien qui permettra de bénéficier de tarifs publics moins onéreux et d'éviter de payer des frais de gestion. Cet accord n'est malheureusement pas appliqué. Le système souffre actuellement d'une mauvaise gestion des ressources allouées, d'un mauvais recrutement des candidats à l'évacuation et d'une absence de convention de soins avec la plupart des hôpitaux d'accueil.

**La médecine traditionnelle** est très utilisée au Tchad. Elle est reconnue comme acteur dans la mise en

œuvre de la PNS. Cependant, le secteur reste non structuré et non contrôlé : il n'y a pas de processus d'accréditation ni de recensement fiable des tradipraticiens. Des associations sont créées çà et là mais la plupart de ces praticiens travaillent seuls. Le secteur tente de se structurer en mettant en place une « Association nationale pour la protection et la valorisation de la médecine traditionnelle ».

**Nouvelles stratégies à haut impact :** Au cours du PNDS1, des efforts importants ont permis de relever le plateau technique de certains centres de santé et hôpitaux de district. Avec l'avènement de nouvelles politiques et les engagements internationaux de santé, des stratégies spécifiques ont vu le jour : la feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile, des activités de santé de la reproduction en équipes mobiles, des initiatives telles que le financement basé sur les résultats (FBR), les mutuelles, la PCIME, la stratégie d'accélération pour la survie et le développement du jeune enfant (SASDE). Ces éléments de réponse tardent à se traduire en résultats tangibles au niveau national.

### **III-3-2 Services de santé nationaux**

Les établissements présentés disposent d'une autonomie de gestion (avec subvention annuelle du MSP).

- **L'Hôpital général de référence nationale** est un établissement public de niveau national qui compte plusieurs spécialités médicales, d'une capacité de 300 lits. Avec son plateau technique, il ne devrait recevoir que les références des hôpitaux régionaux. Mais en pratique, compte tenu de la faible capacité d'accueil des structures de 1<sup>er</sup> et 2<sup>eme</sup> échelon, de la mauvaise organisation des services et l'absence d'une structure fiable de tri, laissent son accès libre à toutes les sollicitations. Ceci engendre une surcharge de travail qui altère la qualité des prestations. Les services de laboratoire et d'imagerie médicale connaissent fréquemment des ruptures d'intrants (réactifs surtout) obligeant souvent les patients à s'adresser au secteur privé. L'HGRN, comme les autres hôpitaux nationaux, est un centre de stage et d'encadrement des étudiants en médecine.
- **L'Hôpital de la mère et de l'enfant** est un établissement public de référence nationale, à vocation hospitalo-universitaire avec des équipements modernes. Il dispose de services d'urgence, de consultation prénatale, de pédiatrie, de réanimation, de gynéco-obstétrique, d'imagerie médicale et de laboratoire. L'hôpital compte 240 lits, dont 116 en gynéco-obstétrique et 134 en pédiatrie. Sa capacité hospitalière importante ne lui permet pas de faire face à la demande parce que, depuis son ouverture, tous les cas de pédiatrie et gynéco-obstétrique s'y orientent. Il est plus que nécessaire de mettre en place un mécanisme permettant de désengorger cet hôpital pour lui permettre d'assurer sa fonction initiale.
- **L'Hôpital le Bon Samaritain** est un hôpital privé confessionnel universitaire. Il fonctionne comme un centre de premier contact car il reçoit même les cas non urgents sans référence. Cet hôpital dispose de services d'urgence, de consultation prénatale, de vaccination, de pédiatrie, de réanimation, de gynéco-obstétrique, d'imagerie médicale et de laboratoire spécialisé.

Malgré l'existence de ces trois hôpitaux nationaux, l'offre de certains soins manque dans le pays, obligeant à des évacuations sanitaires très coûteuses. Pour tenter de remédier à ce problème, un hôpital moderne de 240 lits a été construit.

**Le Centre national de transfusion sanguine (CNTS)** s'est doté d'un instrument précieux de gestion de la sécurité du sang à tous les niveaux du système de santé avec l'élaboration et la validation de la politique transfusionnelle du sang intervenue en 2009.

## **Le Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire (CNNTA)**

Le CNNTA s'occupe de la coordination des activités nutritionnelles et alimentaires au niveau du pays. Il suit les activités des partenaires au niveau des réunions et sur le terrain.

Il participe à la validation des résultats des interventions et des enquêtes. Le CNNTA collabore avec les partenaires du Ministère de la Santé Publique dans le domaine de la nutrition et de l'alimentation à savoir les agences des nations unies : UNICEF, OMS, PAM, FAO..., les ONG et associations spécialisées dans ce domaine.

Le regain mondial actuel en faveur de la nutrition a vu ces dernières années l'émergence de plusieurs programmes au-niveau international comme le mouvement Scaling Up Nutrition (SUN), les initiatives REACH et AGIR, auxquels la République du Tchad a officiellement adhéré en 2012 (REACH) et durant l'année 2013 (SUN et AGIR).

En collaboration avec les secteurs étatiques impliqués et avec l'appui de l'Unicef, le Ministère de la Santé Publique, à travers le CNNTA, a démarré un processus d'élaboration d'une Politique Nationale de Nutrition et Alimentation depuis juin 2013 qui sera finalisé fin octobre 2013. Ce processus sera suivi d'une phase d'opérationnalisation de cette politique à travers des plans d'action sectoriels.

Les principaux problèmes auxquels est confrontée la nutrition se résument, de façon non exhaustive, comme il suit :

- ✓ Faible prise en compte de la dimension nutrition dans les programmes et plans de santé et de développement
- ✓ Absence d'une Politique Nationale de Nutrition, pourtant seul moyen de redresser le caractère dispersé des interventions et de maximiser leur impact
- ✓ Faiblesse voire inexistence des ressources budgétaires allouées au secteur de la nutrition par le Gouvernement
- ✓ Insuffisance en ressources humaines qualifiées en matière de nutrition et de prise en charge de la malnutrition à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- ✓ Pratiques et comportements inadéquats en matière de nutrition/alimentation du couple Mère/Enfant

## **La Médecine Scolaire Universitaire et Sportive :**

La politique nationale de la médecine scolaire, universitaire et sportive élaborée pour la période de 2001 à 2011 n'a pas été mise en œuvre faute de ressources nécessaires. Le MSP, en collaboration avec le ministère chargé de l'éducation, a mis en place un programme de déparasitage des enfants qui couvre 112 écoles primaires.

Les établissements secondaires des communes de N'Djaména disposent de six infirmeries dotées chacune d'un seul agent qualifié et souffrant d'insuffisance en petits matériels médico-techniques et de ruptures en médicaments. L'université dispose d'un CS doté d'un laboratoire, qui fait des soins curatifs et préventifs (dont le dépistage volontaire). Ces activités sont réalisées grâce à l'appui du Ministère de l'éducation à travers le Projet d'appui à la réforme du secteur de l'éducation financé par la Banque mondiale. Seule N'Djaména dispose de CS en milieu scolaire.

Le personnel exerçant dans ces centres est vieillissant. L'absence de facteurs motivants (primes, formation) ne favorise pas l'affectation d'autres agents. Aucun nouveau centre n'a été créé durant la période du PNDS1. En perspective, il faut envisager l'implantation des infirmeries dans tous les autres établissements du pays et la formation d'un personnel qualifié pour leur gestion.

## **Santé des personnes âgées et des handicapés**

Le ministère ne dispose pas, pour ces sous-groupes de populations, d'un programme spécifique. Il serait souhaitable d'envisager pour la période du présent plan une réflexion globale sur ces thèmes assortis d'une feuille de route spécifique.

### **III-3-3 Qualité et sécurité des soins : quelques éléments**

Comme dans la plupart des pays de la région africaine, le Tchad ne dispose pas de politiques nationales en matière de sécurité des pratiques de soins. L'insuffisance des financements et l'absence de systèmes d'appui essentiels - stratégies, lignes directrices, outils et normes notamment – font que la sécurité des patients demeure une préoccupation majeure pour le pays. Il est donc clair que des investissements sont nécessaires pour améliorer la sécurité des patients dans les services de santé.

L'utilisation peu indiquée des antimicrobiens, surtout à des doses inadéquates, pour soigner des infections non bactériennes, ou le recours abusif aux injections dans des cas où des formes orales auraient été plus indiquées, témoignent de pratiques inadaptées.

L'administration de soins chirurgicaux dans de mauvaises conditions est un défi sérieux dans la mesure où l'on enregistre chaque année des cas graves de complications.

Le manque de données sur ces complications liées aux pratiques de soins entrave l'élaboration de stratégies fondées sur des bases factuelles et de solutions pertinentes et efficaces pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins. Il en est de même pour la mauvaise gestion des déchets hospitaliers, qui expose les agents de santé et la population à des infections, à des intoxications et à des lésions.

### **III-4 Programmes de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme**

#### **VIH /sida**

La période 2007-2012 a vu l'élaboration de normes et procédures de prise en charge, l'élaboration du nouveau plan stratégique de lutte contre le sida, l'élaboration du plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (é-TME). L'extension de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) reste limitée à 120 sites fin 2011, avec une couverture géographique de 13%, et celle en ARV chez les femmes enceintes n'est que de 7% en 2009 et de 11% en juin 2012. Cet état de fait place le Tchad parmi les pays encore loin d'atteindre l'objectif d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici 2015. Le passage à l'échelle de la PTME et la mise en œuvre du plan é-TME restent des défis majeurs. La coordination de la PTME a été renforcée.

L'intégration des activités de l'e-TME dans les activités de la CPN se fait de façon progressive dans six régions. Cinq districts sanitaires intègrent les activités de PTME à la CPN en stratégie mobile. Malgré ces efforts, on est encore loin de la mise sous ARV prophylactique de toutes les femmes enceintes séropositives. L'utilisation des préservatifs est freinée par des barrières à la fois géographiques, culturelles et financières.

Parmi les résultats obtenus, on notera que :

- de dix centres de prescription en 2005, le pays est passé à 68 en 2012, dont 32 seulement sont dotés d'appareil CD4;
- le nombre des poches de sang collectées et sécurisées (pour 50 000 attendues) était de 23 316 en 2009, 25 790 en 2010, 30 123 en 2011 ;

- 76 centres de dépistage volontaire (CDV) sont fonctionnels en 2012.

Les besoins couverts en ARV en 2012 sont d'environ 4% (source : Plan stratégique de riposte au sida 2012-2015). Le nombre de patients sous ARV est passé de 17 900 en 2008 à 38 600 en 2012. 2003 femmes enceintes séropositives reçoivent une prophylaxie ARV pour réduire la transmission mère-enfant. Le nombre des patients bénéficiaires du traitement de deuxième ligne est de 951 en juillet 2012 (source: rapport PSLs de juillet 2012), pour 2000 prévus dans le PNDS1 et selon les recommandations internationales.

La sous prescription par les médecins chefs de districts et d'hôpitaux, et un déficit en formation et recyclage des nouveaux professionnels de santé expliquent en partie cette situation. L'approvisionnement en ARV est continu au niveau national mais des problèmes de gestion provoquent des ruptures de plus de 30 jours dans certaines DSR.

Quatre études sont en cours de réalisation : i) l'enquête nationale sur la séroprévalence, ii) la cartographie des interventions et des intervenants dans la riposte au VIH, iii) l'observance des ARV, les perdus de vue et les décès dus au sida et enfin iv) la résistance aux ARV.

### **Tuberculose**

Le Tchad a souscrit aux initiatives mondiales de lutte contre la tuberculose en adoptant la stratégie de traitement en observation directe « DOTS » et la stratégie « Halte à la tuberculose ». Le Plan stratégique 2009-2013 a été élaboré en 2008. Le programme national se propose de faire passer la couverture DOTS de 46 à 85 % et d'améliorer la qualité dans toutes les structures de prise en charge. La lutte antituberculeuse est intégrée à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Le dépistage des cas suspects se fait au premier contact au centre de santé pour être confirmés et mis sous traitement initial dans les hôpitaux. La révision du guide de prise en charge en 2010 a permis de passer d'un schéma de traitement de huit à six mois pour les nouveaux cas. L'incidence de la tuberculose est de 299 pour 100 000 habitants (rapport OMS 2009) soit un nombre attendu de 35880 cas de tuberculose en 2012.

Grace à la subvention de l'Etat et au financement du Fonds mondial, les résultats obtenus pour la période de 2009 à 2012 sont les suivants :

- le nombre de cas de tuberculose, toutes formes confondues, est passé de 8 651 à 10800 cas avec un succès thérapeutique de 48% à 69% et un taux de perdus de vue passé de 27,94% à 20,78% ;
- la co-infection TB/VIH : sur 10 800 tuberculeux notifiés en 2012, 4 766 ont fait le test VIH et 960 de ces tests se sont avérés positifs ;
- 54 sur 57 centres de dépistage et de traitement de la tuberculose appliquent le DOTS.
- 

Les principaux problèmes se résument à :

- Le faible dépistage des cas (non disponibilité des réactifs, qualité de labo...)
- La prise en charge insuffisante des cas (disponibilité des médicaments, non décentralisation de la prise en charge dans les CS...)
- L'insuffisance de la supervision à tous les niveaux ;
- La faible compétence du personnel

## Paludisme

Le paludisme constitue la première cause de morbidité et de mortalité. Les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes sont les cibles privilégiées. Le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), créé le 1<sup>er</sup> août 1999, se fixe comme objectif de réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme surtout chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Pour atteindre cet objectif, les principaux axes stratégiques sont :

- la prise en charge efficace des cas (PEC),
- le traitement préventif intermittent (TPI) chez les femmes enceintes,
- la protection individuelle et collective,
- l'IEC/mobilisation sociale,
- la recherche opérationnelle.

Grace à la subvention de l'Etat et au financement du Fonds mondial, des résultats encourageants ont été obtenus. Ainsi, entre 2009 et 2011, la mise en œuvre de ces stratégies a permis de faire passer la prise en charge de 458 462 cas à 564 996 cas de paludisme simple et de 18 776 cas à 85 463 cas pour le paludisme grave alors que l'incidence est estimée à 4,18% en 2009. Dans le cadre de la prévention du paludisme par l'utilisation des moustiquaires imprégnées, 3 852 338 MIILDA sont distribuées dans neuf régions sur 23 que compte le pays pour 6 666 127 bénéficiaires (soit 50% de la population totale). Pour la mise à échelle d'autres campagnes de distribution de masse sont planifiées d'ici 2014. La chimio prophylaxie saisonnière des enfants de zéro à cinq ans est en cours de mise en œuvre dans quatre districts pilotes.

### III-5 Autres thématiques, programmes et services spécialisés

**La prise en charge des maladies de longue durée et des pathologies chroniques** est en principe intégrée dans les paquets de services aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les structures sanitaires ne sont cependant pas toutes adaptées pour prendre en charge ce type d'affections. Ainsi les malades mentaux, par exemple, sont dans la plupart des cas en errance dans les rues.

**Les maladies tropicales négligées (MTN)** constituent toujours un problème de santé publique au Tchad car elles sont invalidantes et responsables d'impacts socio-économiques négatifs. Les maladies tropicales négligées (répertoriées par l'OMS) à l'état endémique au Tchad sont :

- l'onchocercose
- la filariose lymphatique
- les géo helminthiases
- les schistosomiasis
- le trachome
- la lèpre,
- la dracunculose
- la THA
- la leishmaniose

Les cinq premières peuvent bénéficier d'une chimio-prophylaxie de masse qui, administrée annuellement, réduit considérablement leur charge de morbidité. Les autres MTN sont traitées au cas par cas.



Le Tchad organise des actions de lutte contre l'onchocercose, les schistosomiasés, les géo-helminthiases, la lèpre, la dracunculose et la trypanosomiase humaine africaine. Ces actions seront étendues à toutes les autres pathologies endémiques dont les cartographies devront être établies (leishmaniose, dengue, rage) ou complétées (trachome). Plusieurs des MTN existant dans le pays cohabitent généralement dans un même district. Un plan intégré de lutte a donc été élaboré, en attendant la mise en place d'un programme national de coordination pour la lutte contre les MTN. D'autres MTN comme la rage, la leishmaniose et la dengue sont identifiées, mais ne sont pas suffisamment documentées.

**Les maladies non transmissibles (MNT)** ont une situation épidémiologique encore peu élucidée. L'annuaire des statistiques sanitaires du pays fait ressortir chaque année des cas de diabète et d'hypertension artérielle dans les structures hospitalières. Tout fait penser que la charge de morbidité de ces maladies doit être très élevée et croissante au Tchad. En effet, il est courant de rencontrer des personnes qui souffrent d'hypertension artérielle, de diabète, de goutte ou d'asthme. Par ailleurs, une enquête menée dans la ville de N'Djamena en octobre 2008 a montré que 31,7% présentent au moins trois facteurs de risque de développer une MNT. Plus de 50% des évacuations sanitaires à l'extérieur du pays sont dues aux maladies non transmissibles. Face à ce problème, le Gouvernement a mis en place un cadre de prévention et de lutte contre ces maladies, avec un comité national multisectoriel, qui a élaboré un plan d'action pour la mise en œuvre de l'approche pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques dite « STEPWISE » dans le pays.

**La consommation de tabac** constitue un nouveau fléau pour la santé des populations. Elle accroît les coûts de santé pour l'Etat. La volonté des autorités politiques de lutter effectivement contre ce fléau s'est traduite par la ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti tabac (CCLAT) en 2005 et l'adoption à l'unanimité par l'Assemblée nationale de la Loi antitabac N°10/PR/10, promulguée le 10 juin 2010. La mise en œuvre de la stratégie est pour le moment limitée au plaidoyer et à la sensibilisation. Les textes d'application de la loi ne sont pas encore disponibles. La lutte anti tabac constitue un défi important pour le Ministère de la santé publique car elle nécessite la conjugaison d'effort de plusieurs secteurs.

**Les affections bucco-dentaires**, qui constituent un problème de santé publique croissant, ne sont prises en charge que dans les hôpitaux de N'Djamena et dans quatre hôpitaux régionaux. Un programme de lutte contre les affections buccodentaires a été créé en septembre 2012, conformément à la recommandation de l'OMS.

**Les affections oculaires** constituent également un problème important de santé publique au Tchad. L'ampleur de ces affections a nécessité la mise en place des programmes nationaux de lutte contre la cécité et l'onchocercose. Les soins ophtalmologiques sont proposés dans les hôpitaux de N'Djamena. Des soins sont également réalisés dans les hôpitaux régionaux à travers les centres secondaires, qui disposent seulement de techniciens supérieurs d'ophtalmologie. Les centres secondaires sont souvent appuyés par des caravanes nationales ou internationales pour réaliser des opérations de la cataracte de masse, coordonnées par le programme national.

**Les soins ORL** sont très peu développés au Tchad. Les activités ne sont réalisées que dans le seul hôpital général de référence nationale de N'Djamena et quelques hôpitaux régionaux, avec seulement deux médecins spécialistes et des techniciens supérieurs spécialisés. Le service d'ORL ne dispose que de huit lits actifs.

## **IV- GOUVERNANCE ET INFORMATION SANITAIRE**

Il est bon de rappeler, au moment d'évoquer des questions de gouvernance et des capacités institutionnelles qui y sont liées que, durant plus de 30 ans, le Tchad a connu une instabilité politique et des conflits armés, et que ce n'est que depuis cinq ans environ que le pays connaît une stabilité relative.

### **IV-1 Gouvernance**

#### **IV-1-1 Organisation du secteur, dispositions légales, politiques et stratégies**

Les différentes constitutions du pays ont toujours accordé une place importante à la santé et le Gouvernement a réaffirmé la priorité du secteur dans son programme politique d'action, en maintenant le Ministère de la Santé Publique parmi les ministères prioritaires. Cette reconnaissance lui confère le bénéfice d'allocations prioritaires en ressources (personnels, infrastructures, finances...).

#### **Cadre juridique du secteur de la santé**

Le dispositif législatif et réglementaire de la santé au Tchad s'est renforcé depuis 1990. Actuellement le système de santé est régi par un certain nombre de textes:

- Loi N°33/PR/94, du 22 Octobre 1994 créant la centrale pharmaceutique d'achat avec autonomie de gestion ;
- Loi N°018/PR/99, du 10 décembre 1999 portant création des établissements publics hospitaliers dans les délégations et dans les districts sanitaires ;
- Loi N°019/PR/99, du 10 décembre 1999 sur la participation communautaire ;
- Loi N°024/PR/2000, du 24 novembre 2000 relative à la pharmacie ;
- Loi N° 06/PR/2002, portant promotion de la santé de Reproduction ;
- Décret 360/PR/PM/2006, du 23 mai 2006 portant organisation et fonctionnement du MSP ;
- Loi N° 014/PR/2007, créant les écoles régionales de santé ;
- Loi N°19/PR/2007, portant protection des personnes vivant avec le VIH et la stigmatisation ;
- Loi N° 014/PR/2009, portant code d'hygiène en république du Tchad ;

Cependant le code de santé publique et la réforme hospitalière, ainsi que des textes d'une grande importance pour l'organisation de certains services essentiels tels que la CPA, les PRA ou les écoles régionales de santé, ne sont toujours pas adoptés. Des domaines importants comme le secteur privé (cliniques, cabinets, officines, dépôts pharmaceutiques, écoles de santé etc.) ou la gratuité des soins d'urgence, fonctionnent soit sur la base de textes dépassés, soit dans un vide juridique. Enfin, les textes adoptés manquent souvent de textes d'application et quand ceux-ci existent, ils ne sont pas connus ou mal appliqués.

#### **Organisation du système de santé**

L'histoire de la santé publique au Tchad a commencé avec la colonisation, en 1899, sous l'autorité des médecins militaires français. Ces derniers avaient une triple mission : les soins aux troupes, les soins aux bénéficiaires de l'aide médicale indigène et les tournées sur le secteur. A l'indépendance, l'organisation sanitaire du Tchad reposait sur deux systèmes, l'un fixe, constitué par des dispensaires et les hôpitaux, l'autre mobile, représenté par le service des grandes endémies (SGE). Un des succès attribué au SGE a été

le contrôle de la trypanosomiase humaine - ou maladie du sommeil - l'éradication de la variole, le contrôle et le suivi des autres maladies endémiques;

L'organisation du système de santé du Tchad a évolué depuis 1960. Il est resté fortement centralisé jusqu'aux années 80. Le MSP était essentiellement un organe central qui, en plus de son rôle de planification stratégique, de coordination, de mobilisation des ressources, avait des responsabilités plus opérationnelles (comme l'organisation et mise en œuvre des campagnes pour la prévention et le traitement des maladies endémiques). Les structures du niveau périphérique étaient très faibles, intervenant uniquement en soutien au niveau central. L'offre de soins était cantonnée aux seuls hôpitaux des grandes villes.

En 1991, le pays a adopté un plan de découpage sanitaire à trois niveaux conférant au district un rôle essentiel dans la mise en œuvre de « paquets d'activités » (PMA et PCA). Ce modèle d'organisation s'est maintenu jusqu'à nos jours, avec quelques adaptations pour harmoniser le découpage sanitaire avec le découpage administratif. Défi considérable pour le ministère, ce découpage n'a pas été accompagné des ressources suffisantes pour le rendre opérationnel : personnels, ressources financières, infrastructures et équipements.

Le système est largement déconcentré mais peu décentralisé. Un certain nombre d'établissements nationaux - dont les grands hôpitaux - ont une autonomie de gestion. Parmi les huit hôpitaux régionaux autonomes, quatre d'entre eux l'ont acquise durant la période du PNDS1. Le mouvement se poursuit, mais le processus est lent et demanderait la mise en place d'un accompagnement des structures concernées. Le budget du MSP est alloué sous forme de crédits délégués aux DSR ou gérés par le niveau central

Le MSP a connu trois organigrammes différents depuis le début des années 90: le premier comportait la création de 14 préfectures sanitaires, qui furent remplacées par 18 régions sanitaires à l'occasion du deuxième organigramme, en 1994. Ce dernier créa également au niveau central la direction des services régionaux. Un audit institutionnel fut diligenté en 2004 par le Gouvernement dans 14 ministères « prioritaires », dont celui de la santé. Avec l'organigramme qui en résulta, en 2006, les délégations sanitaires régionales sont passées de 18 à 22 (puis à 23 en 2012) et de nouvelles structures ont vu le jour au niveau central: secrétariat général, trois directions générales et sept directions techniques.

Un audit institutionnel réalisé en 2011 par le MSP a mis en évidence des dysfonctionnements entre les directions générales et les directions techniques d'une part et une mauvaise circulation d'informations entre les différents services d'autre part. Un projet de nouvel organigramme, basé sur les conclusions de cet audit, met l'accent sur la cohérence entre la structure du MSP et les grands axes du PNDS.

### **Politique et stratégies :**

Le Tchad a adopté en 1998 une politique nationale de santé couvrant la période 1998-2001. La politique nationale actuelle (2007-2015) a été élaborée sur la base de l'évaluation de la politique précédente, en 2005. Elle est mise en œuvre à travers le PNDS. L'évaluation du PNDS1 (2009-2012) a contribué à alimenter l'élaboration du PNDS2 (2013-2015).

Des stratégies ou plans spécifiques ont été élaborés pour la plupart des programmes nationaux, ciblant une partie de la population ou des pathologies particulières :

- Feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile (FRNMMNI 2009-2015) et revue à mi-parcours

- Plan pluriannuel complet du PEV (PPAC 2013 -2017)
- Plan stratégique national de riposte au sida, 2012-2015 et plan eTME 2012-2015
- Plan stratégique du programme national de lutte contre la tuberculose 2009 - 2013
- Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2014-2018, en cours d'élaboration
- Plan stratégique d'élimination de l'onchocercose et de la filariose lymphatique 2013-2015
- Feuille de route nationale pour l'allègement du fardeau et la consolidation de l'élimination de la lèpre au Tchad (2013-2017)
- Maladies tropicales négligées, plan directeur 2012-2016

Par ailleurs, des orientations stratégiques à moyen terme ont été adoptées pour des domaines essentiels du système de santé: code d'hygiène en 2012, plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé 2013-2020 et profil pays des ressources humaines (tous deux validés en 2013). La Division du système d'informations sanitaires (DSIS) dispose d'un plan de modernisation du SIS qui prévoit l'élaboration d'un schéma directeur.

Cependant, certains domaines prioritaires ne disposent pas, à ce jour, d'orientations stratégiques susceptibles de guider la mise en œuvre des activités et de mobiliser des ressources : les maladies non transmissibles (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires), la santé mentale, la santé bucco-dentaire, la lutte contre la cécité, la maintenance (politique à réviser), la contractualisation (politique à réviser). Le guide contractuel sur les médicaments est à élaborer et les textes de tarification des médicaments sont à valider.

A titre de rappel, des travaux sur les mécanismes de financement du secteur ont débuté en 2011 pour la préparation d'orientations stratégiques en vue d'une couverture universelle.

#### **IV-1-2 Mobilisation et répartition des ressources, prise en compte des populations les plus pauvres et les plus vulnérables**

##### **Une amélioration dans la mobilisation des ressources depuis 2010 :**

Le Gouvernement a fait des efforts pour renforcer le personnel des structures sanitaires : doublement du quota de recrutement dans la fonction publique en 2012, avec 1000 agents ; ce quota est malheureusement retombé à 500 en 2013.

Par ailleurs, les profils du personnel recruté sont améliorés, passant d'environ 40% du personnel recruté non professionnel en 2010 à 30% en 2012.

Le Gouvernement mobilise également des professionnels de santé à travers la coopération Sud-Sud pour renforcer les capacités des hôpitaux régionaux et démarre un projet de formation de médecins spécialistes au Tchad. A ces efforts s'ajoutent ceux des partenaires, notamment le système des Nations Unies : l'Unicef

et l'UNFPA ont recruté et mis à la disposition du ministère environ 300 personnels de santé. Le PNUD et l'OIM ont prévu de mobiliser des volontaires et la diaspora tchadienne. Des organisations humanitaires dans les zones de réfugiés et déplacés aident à répondre aux besoins de santé de ces personnes vulnérables à l'Est et au Sud du pays.

La part du budget alloué au secteur de la santé dans le budget général de l'Etat a doublé en cinq ans, passant de 5% en 2008 à 10% en 2013. Entre 2010 et 2013, le nombre d'hôpitaux régionaux bénéficiant de subventions a augmenté ainsi que le montant de subvention par hôpital (l'ensemble passant de 17% à 26% du budget de la santé entre 2012 et 2013). Les crédits délégués des hôpitaux de districts ont été multipliés par quatre entre 2010 et 2013.

Au niveau central, le nombre des programmes nationaux bénéficiant de subventions annuelles a connu une augmentation sensible et certains services essentiels (DP/DSIS, CNNTA, CNAR...) ont aussi eu des subventions. La ligne « médicaments » a connu une augmentation dans le cadre de l'extension de la gratuité sous forme de « Fonds médicaments ». Un nombre important d'hôpitaux et de centres de santé ont été construits ou réhabilités, et équipés. Des dotations ont été réalisées : ambulances pour les hôpitaux (150), véhicules de supervision (20) et motos pour les stratégies avancées.

Cependant, certains problèmes perdurent :

- La construction et la répartition des infrastructures n'obéissent souvent ni à des normes architecturales ni à une carte sanitaire ;
- Le rythme des constructions ne tient pas compte des capacités du MSP à les rendre opérationnelles en termes de ressources humaines ;
- La maintenance des équipements biomédicaux n'est pas assurée à cause du manque de personnel compétent et d'une politique claire en la matière ;
- Le circuit d'approvisionnement en médicaments et autres consommables médicaux souffre de dysfonctionnements, avec notamment des ruptures de stock de molécules essentielles ;
- Les organes et les outils de gestion sont peu opérationnels au niveau de la CPA et des PRA et des structures sanitaires ;
- les textes régissant l'organisation et le fonctionnement des PRA et l'autonomie des hôpitaux régionaux ne sont pas adoptés ;
- les supervisions du niveau central sont peu fréquentes, peu organisées et laissent des zones entières isolées ;
- Le manque de coordination et de synergie entrave la mobilisation des ressources. C'est le cas par exemple en matière de ressources humaines : les différents dispositifs (initiatives du système des Nations Unies, coopération Sud-Sud, formation de médecins spécialistes au Tchad) nécessiteraient pour le MSP une coordination interne et avec ses partenaires ainsi qu'une collaboration plus forte avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur ;
- La mobilisation des ressources financières au profit du secteur reste faible, y compris l'aide extérieure. Par ailleurs la faiblesse des crédits délégués, le retard dans leur mise à disposition et leur utilisation restent très problématiques.

Des efforts du Gouvernement ont été axés sur la volonté d'atteindre les plus pauvres et les plus vulnérables : le recouvrement des coûts (Loi n°19, en 1999) donnant la possibilité de cogérer localement

les recettes des CS en utilisant, en principe, une partie pour la prise en charge des indigents, la mise en place de mutuelles de santé dans certaines zones, les subventions pour la prise en charge des maladies chroniques (Tuberculose, Lèpre, VIH/sida) la gratuité des soins d'urgence hospitalière (2007), l'extension de la gratuité de soins aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes dans les centres de santé.

Le MSP s'est engagé en 2011 dans un processus visant à terme une couverture universelle en santé, avec le soutien des partenaires du P4H et dans le cadre d'un programme Gouvernemental d'ensemble sur la protection sociale. .

Le tableau des crédits délégués aux DSR qui figure en annexe de ce document (annexe 1) est une indication de problèmes persistants d'équité dans la répartition des ressources. L'appui aux régions sanitaires n'est pas équilibré, des zones entières sont laissées à elles-mêmes. Il n'existe pas encore de stratégies adaptées pour les populations les plus vulnérables, les personnes de troisième âge, les populations nomades ou vivant dans des zones d'accès difficile et les milieux scolaires...

#### **IV-1-3 Gestion sectorielle, coordination et partenariat**

Le secteur de la santé est marqué par une faiblesse dans la coordination, le suivi et le pilotage. Les plans relatifs aux différents problèmes de santé ne sont pas toujours en cohérence les uns avec les autres et peu orientés vers une mise en œuvre intégrée du PMA et du PCA. La planification opérationnelle, la formation, le recueil de données font trop souvent l'objet de mécanismes parallèles.

Les programmes sont quasi autonomes dans les faits. Les principaux programmes bénéficient de ressources de l'Etat et des partenaires et de mécanismes de gestion liés aux sources de financements diverses.

L'aide est morcelée et gérée sous forme de projets disposant également de leurs propres mécanismes de gestion. Les projets ont des points d'appui variés, au niveau central et/ou aux niveaux déconcentrés, dans certaines régions.

A ces intervenants s'ajoutent des partenaires confessionnels comme l'EEMET, les BELACD et les organisations musulmanes, qui gèrent des structures de santé (CS et hôpitaux), des ONG tchadiennes qui reçoivent des appuis extérieurs (APVVIH, BASE, CCSI, COOPI, Croix Rouge Tchadienne,...) et interviennent dans le cadre de structures de santé et/ou sur des thématiques particulières, enfin le secteur privé à but lucratif, encore mal connu mais dont l'importance augmente.

Certains ministères ont des rôles déterminants pour la performance du secteur de la santé : Enseignement Supérieur, Finances, Fonction Publique, Plan, Education.

L'existence des forums - en dehors des comités mis en place dans le cadre de projets et de programmes spécifiques – permet une certaine concertation au niveau du secteur : comité directeur annuel, réunions périodiques des partenaires avec le MSP, comité de direction hebdomadaire du MSP.

La mise en place des structures et mécanismes de suivi et de gestion impliquent d'autres secteurs. Par exemple le HCNC (Haut comité national de coordination), mis en place dans le cadre de l'appui du Fonds mondial, consacré aux trois maladies « prioritaires » comprend les ministères du plan, des finances et de la santé publique, ainsi que l'ensemble des intervenants du secteur. Il est. C'est également le cas du Comité Inter Agence de coordination (CCIA), pour l'indépendance vaccinale et le Renforcement du Système de Santé (RSS), financé par GAVI, Unicef, OMS ...

### **La coopération internationale :**

Les organismes de coopération signent en principe un protocole d'établissement avec le Ministère du plan, le MSP étant associé. Les conventions de financement pour certains cas, sont signées avec le Ministère des finances.

Dans le cadre de la contractualisation, les ONG signent une convention cadre avec le Ministère. Chaque partenaire a ses propres mécanismes de planification, de suivi et d'évaluation.

### **L'aide extérieure est délivrée sous forme de prêts ou de dons pour des « projets » divers, quasi autonomes.**

La lourdeur de l'administration et la faiblesse des systèmes de gestion et de contrôle nationaux sont la raison principale de cet état de fait.

La situation semble encore éloignée des engagements pris avec la Déclaration de Paris et le programme d'action d'Accra :

- Les interventions (programmatiques et géographiques) ne sont pas formellement alignées au PNDS.
- Les cycles des projets et programmes ne suivent pas ceux du pays.
- Chaque intervenant a ses procédures et ses « comités » pour planifier, suivre et évaluer, à travers des documents parfois très complexes exigeant un recueil spécifique de données.
- Il n'y a pas de cadre commun pour le suivi et l'évaluation.

**En adhérant en mai 2011 au Partenariat international pour la santé (IHP+)**, le Tchad s'est engagé à accroître l'efficacité de l'aide pour améliorer les résultats en matière de santé. Les défis à la mise en place d'une véritable approche sectorielle sont nombreux. Dans un premier temps, et pour une phase de transition de deux ans environ, l'Etat et ses partenaires extérieurs se sont engagés à lever certains goulots d'étranglement critiques. Un « pré pacte » a été signé en novembre 2011 par six ministres et l'ensemble des PTF. Les engagements portent sur la gestion des ressources humaines et financières, les médicaments, la transparence de l'aide, la coordination au niveau opérationnel et le tableau de bord des indicateurs sectoriels. L'évaluation à mi-parcours du pré pacte a relevé des avancées dans certains domaines (ressources humaines notamment).

### **Collaboration avec le secteur privé, les associations et la société civile :**

Le partenariat entre le Ministère de la santé publique et les acteurs non gouvernementaux du secteur de la santé s'est renforcé entre 2010 et 2013 : le Tchad dispose d'une politique contractuelle et d'un guide contractuel de gestion du district. L'Etat a accordé d'importantes subventions aux structures sanitaires à

but non lucratif qui ont signé une convention avec le MSP (CHU Le bon Samaritain, hôpitaux de Koumra, Goundi, Bébalem, Béré, Koyoum, Bébédja, etc.).

Cependant, la société civile est peu associée à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des stratégies. Les organes de gestion à base communautaire (COSAN et COGES) ne sont pas bien structurés ni formés dans la plupart des régions. Les tenues des assemblées générales sont rares, les relations entre les COSAN et le personnel de santé sont souvent conflictuelles.

La collaboration entre le MSP et les ordres et organisations professionnelles (médecins, pharmaciens, para médicaux, sages-femmes) reste faible. L'ordre des médecins est associé à certaines décisions liées à la profession médicale (attestations de titre de médecin avant d'exercer, contrôle des cabinets et cliniques médicaux). Il en est de même pour les autres corporations. Cependant le code de déontologie médicale qui vise à protéger patients et prestataires n'est toujours pas adopté (en souffrance au MSP).

Il existe une « commission médicament », mais ses membres sont peu mobilisés, ce qui handicape le développement dans ce domaine.

Les relations entre structures publiques et structures privées à but lucratif (cliniques, cabinets) sont réglementées par un texte actuellement dépassé (Décret 343 de 1972). La complémentarité entre les deux types de structures n'est pas effective et les données statistiques du secteur privé ne sont pas transmises au MSP.

#### **Gestion sectorielle, coordination et redevabilité:**

**Le Tchad s'est doté d'instruments sectoriels**, mais ceux-ci sont encore peu efficaces pour la gestion stratégique du secteur. La politique nationale de santé (PNS) est un cadre général. Les Programmes d'Actions Prioritaires (PAP) dans le cadre de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté (SNRP) ne semblent plus à l'ordre du jour. Le premier plan national de développement sanitaire (PNDS1), s'il a eu le mérite d'exister, a fait l'objet d'un suivi très limité, comme le montre l'évaluation faite en 2012.

Le cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) et le budget programme (BP) sont des instruments formels que le MSP ne s'est pas appropriés.

**Le cadre institutionnel** est marqué par la lourdeur administrative, une centralisation et une faiblesse de coordination. Les services sont surchargés, l'information circule mal, les supervisions des DSR se heurtent à de difficultés logistiques et programmatiques.

**Le processus budgétaire** n'est pas encore assimilé au sein du MSP. L'absence de pilotage, d'arbitrage et de négociation sur les montants par ligne et par structure fait que personne n'y attache d'importance. La Division programmation et budgétisation du MSP élabore le budget, sans tenir compte des besoins exprimés par les services.

Les crédits délégués dans les régions sont notifiés aux structures correspondantes via le gouvernorat. L'exécution du budget se heurte à de réels problèmes : retard dans la mise à disposition, méconnaissance et/ou non-respect des procédures d'engagement et de dépense.



**La planification opérationnelle** à différents niveaux n'est pas systématique. Elle obéit donc à des cadres différents selon les domaines, les projets et les programmes. Cependant, il n'y a pas vraiment en périphérie de planification couvrant l'ensemble des activités et intégrant l'ensemble des appuis du niveau central du MSP et des partenaires.

**Les organes et les réunions de coordination sont de divers types au niveau central.** Le comité de direction hebdomadaire du MSP et le comité directeur annuel sont des mécanismes très appréciés par les intéressés, qui souhaitent notamment plus d'efficacité dans la préparation et les débats et un meilleur suivi des conclusions et des décisions.

Le suivi des épidémies et catastrophes fait l'objet de réunions hebdomadaires au niveau central, reconnues comme un mécanisme de coordination indispensable.

Des réunions trimestrielles se tiennent entre les partenaires et le MSP sur la mise en œuvre du pré-pacte et le processus d'élaboration du PNDS2.

Des réunions mensuelles se tiennent chaque 24 du mois, sous la présidence du Chef de l'Etat pour le suivi de la gestion du secteur santé. Des réunions de concertation organisées par les PTF se tiennent tous les deux mois. En prélude des réunions du 24, dans les régions et les districts sanitaires, des réunions se tiennent tous les 15 de chaque mois avec les Gouverneurs et les Préfets.

**Dans les régions et les districts,** les DSR et les MCD ont en principe des mécanismes hebdomadaires, mensuels ou de périodicité plus longue pour le suivi des activités.

La plupart des équipes cadre de district et de régions, ainsi que les organes de gestion des hôpitaux et des PRA sont mal constitués, peu formés et sous équipés. Les comités de santé et de gestion au niveau des zones de responsabilité sont peu fonctionnels. Les conseils de santé (aux différents niveaux) ne se tiennent pas, les comités d'action se réunissent rarement, et il convient de relever une confusion entre ces deux types d'organes. La collaboration entre les services périphériques et les partenaires au niveau local n'est pas toujours bien développée et peut engendrer des relations conflictuelles.

**Redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant :** Le MSP mettra un accent particulier sur la redevabilité en général et particulièrement sur la santé de la femme et de l'enfant. Les composantes liées à ce domaine (l'enregistrement des naissances et décès le suivi des ressources, le suivi des résultats, la revue du processus, l'informatique sanitaire, le plaidoyer et sensibilisation ...) seront déclinées en interventions et activités à haut impacts dans les plans opérationnels.

## **IV-2 Information sanitaire**

### **IV-2-1 Analyse du système d'information sanitaire (SIS)**

Depuis la fin des années 1980, les différents modes de collecte d'information sanitaire ont été réformés en un système d'information sanitaire unifié (SIS) sous la conduite du Bureau de Statistiques, Planification et Etudes (B.S.P.E) devenu ensuite la Division du système d'information sanitaire (DSIS) au sein de la Direction de la planification. Cette réforme a bénéficié de l'appui d'une équipe dépêchée par l'Université de Harvard (USA), avec l'appui financier de l'USAID. Depuis, la DSIS et le SIS ont été appuyés successivement par l'USAID, le FED et la Banque mondiale. Entre 2003 et 2006, un important travail de

révision du SIS a été réalisé pour l'adapter à l'évolution du contexte avec notamment l'appui technique et financier du FED et de la Banque Mondiale (PPLS, PPLS-2).

Aujourd'hui, les dispositifs existants en matière d'information sanitaire comprennent le SIS de Routine révisé, piloté par la DSIS et la surveillance épidémiologique intégrée, pilotée par le Service national de surveillance épidémiologique intégrée (SNEI). La partie diagnostique du PNDS1 relève que de nombreux programmes et projets ont développé des systèmes parallèles.

#### **De façon générale on peut faire les constats suivants :**

- Un très gros travail conceptuel de réforme du SIS a été réalisé entre 2003 et 2006 et un consensus a été obtenu par toutes les parties prenantes ;
- Le résultat est un système cohérent disposant de la plupart des composants nécessaires;
- Des outils bien définis et des guides de remplissage et d'utilisation sont disponibles ;
- L'outil informatique, bien que peu utilisé, semble considéré comme approprié même s'il a présenté quelques faiblesses ;
- Le système semble toujours adapté car il couvre essentiellement le PMA et le PCA et les activités de base des DS et DSR qui n'ont pas fondamentalement changé.

#### **Cependant l'information est peu fiable et l'utilisation à tous les niveaux n'est pas systématique :**

- Le SIS récolte des données peu exploitées. Aucune enquête sur la fiabilité des données n'est effectuée. La rétro-information aux services de santé est rare. L'information ascendante provenant de la périphérie n'est pas systématiquement agrégée ni analysée.
- Au mieux, elle est disponible tardivement et incomplète. Elle est souvent adressée à des services non indiqués. Elle est peu diffusée et son archivage ne répond pas à une logique particulière, de sorte qu'elle s'égaré souvent définitivement.
- La surveillance épidémiologique est faible. Les données parviennent tardivement et manquent de fiabilité car elles sont transmises directement par les autorités locales non spécialisées ; les comités techniques de lutte contre les épidémies (CTLE) – aux niveaux central, intermédiaire et périphérique – ne sont pas assez opérationnels.
- La faible qualité des données et la sous notification des cas de paludisme, tuberculose, malnutrition et VIH/SIDA limitent la planification et le suivi des interventions concernant ces maladies.
- D'une façon générale, le suivi et l'évaluation des feuilles de route, stratégies et plans nationaux est peu assuré faute de données.
- Le délai légal de transmission des RMA n'est pas respecté à tous les niveaux.
- Les textes officiels rendant obligatoires l'enregistrement des naissances et des décès maternels ne sont pas appliqués.
- Les outils sont peu adaptés au suivi du PMA et du PCA et des indicateurs critiques pour certains domaines ne sont pas pris en compte (santé maternelle et infantile, nutrition, médicaments etc.).
- L'annuaire des statistiques sanitaires paraît avec retard et la faible capacité du niveau périphérique n'a pas permis d'en produire le tome B (données détaillées par région) depuis 2003. L'annuaire n'est souvent utilisé que pour confirmer certaines informations ou rédiger un document.
- Les données des structures du secteur privé sont peu – ou pas - intégrées.

Conséquence de cet état de fait, de nombreux programmes et projets ont imposé leur propre système, ce qui alourdit la récolte des données et induit une grosse charge de travail au niveau des structures sanitaires qui souvent disposent d'un personnel insuffisant et peu qualifié.

#### **IV-2-2 Autres éléments liés à l'information**

**Le dispositif de suivi – évaluation prévu pour le PNDS1** n'a pas été mis en place. Seule une revue à mi-parcours a eu lieu, qui s'est limitée à citer les activités réalisées et non réalisées sans faire une analyse permettant d'apprécier la mise en œuvre et les difficultés rencontrées. L'évaluation finale est donc nécessairement limitée, notamment par manque d'information. La revue à mi-parcours a abouti à l'élaboration et l'adoption d'un «tableau de bord sectoriel» composé d'un nombre réduit d'indicateurs. Ces derniers sont destinés au suivi des principaux résultats du secteur à travers les PNDS successifs et peuvent être amendés en fonction des nécessités.

**La recherche opérationnelle (ou recherche action) sur le système de santé** est rare et peu fiable. Elle traite peu des principaux problèmes et les résultats des recherches réalisées sont peu diffusés. Le personnel prestataire de soins est insuffisamment outillé et motivé pour ce type d'activité. Les relations entre le milieu universitaire ou celui des écoles professionnelles et les formations sanitaires sont très peu développées. Les rares études faites dans le cadre des projets, des programmes ou dans un cadre général (EDST, ECOSIT...) sont peu diffusées.

## V- RESSOURCES ET « INTRANTS » DU SECTEUR DE LA SANTE

### V-1 Ressources Humaines

#### V-1-1 Aperçu général

Le secteur de la santé compte en 2012 : **7 534** agents de santé toutes catégories confondues, dont **5 276** de sexe masculin soit 70,63% et 2 213 de sexe féminin soit 29,37 %. On note donc une nette prédominance du personnel masculin.

Le Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé (PSDRHS 2013-2020) relève une insuffisance des catégories essentielles - médecins, pharmaciens, infirmiers qualifiés et sages-femmes - et leur concentration dans les centres urbains, en particulier N'Djaména. On note les ratios suivants :

- Un médecin pour 28 466 habitants en 2012, contre un pour 10 000 habitants (norme de l'OMS) ;
- Un Infirmier Diplômé d'Etat pour 12 903 habitants,
- Une Sage-Femme pour 9 596 femmes en âge de procréer ;
- Un infirmier qualifié (toute catégorie confondue) pour 2 442 habitants en 2012, , mais ces personnels sont concentrés dans les centres urbains.

La pénurie de médecins spécialistes se fait sentir à tous les niveaux du système de santé. Une analyse sur trois hôpitaux nationaux et quatre hôpitaux régionaux montre qu'il manque 78 médecins spécialistes pour un fonctionnement optimal de ces structures.

Pendant les cinq dernières années (2008-2012), le Gouvernement a exécuté un vaste programme d'infrastructures, avec la construction de 24 HD, 148 CS, trois maternités, treize unités de transfusion sanguine et deux laboratoires de charge virale. Ces nouvelles structures ont augmenté d'une manière significative les besoins en personnels qualifiés.

**Tableau 6 : Répartition par région des Ressources humaines de santé, 2011:**

DSR	Population	% pop totale	Médec ins	%	Pers. Para médical	%	Pharmaciens	%	ECR complète
BAHR EL GAZAL	290074	2,25	4	1,34	33	1,45	0	0	non
BATHA	591021	4,59	7	2,35	69	3,04	0	0	oui
BORKOU	107824	0,84	4	1,34	36	1,59	0	0	non
CHARI BAGUIRMI	693155	5,38	3	1,01	79	3,48	0	0	oui
ENNEDI EST	64123	0,5	1	0,34	34	1,50	0	0	non
ENNEDI OUEST	122 208	0,95	2	0,67	11	0,48	0	0	non
GUERA	615 783	4,78	6	2,01	127	5,59	0	0	oui
HADJER LAMIS	709 544	5,51	7	2,35	60	2,64	0	0	non
KANEM	380594	2,95	5	1,68	74	3,26	0	0	oui
LAC	484 794	3,76	5	1,68	78	3,44	0	0	oui
LOGONE OCCIDENTAL	874 950	6,79	12	4,03	159	7,00	0	0	oui
LOGONE ORIENTAL	854 832	6,64	10	3,36	173	7,62	1	2	oui
MANDOUL	735 444	5,71	6	2,01	132	5,81	0	0	oui
MAYO KEBBI OUEST	626 522	4,86	6	2,01	95	4,19	0	0	oui
MAYO KEBBI EST	875 033	6,79	9	3,02	175	7,71	0	0	oui
MOYEN CHARI	676 430	5,25	12	4,03	135	5,95	1	2	oui
NDJAMENA	1250437	9,71	153	51	248	10,93	48	92	oui
OUADDAI	770 135	5,98	16	5,37	139	6,12	1	2	oui
SALAMAT	331 225	2,57	5	1,68	70	3,08	0	0	oui
SILA	455 446	3,54	9	3,02	40	1,76	0	0	oui
TANDJILE	803 171	6,23	5	1,68	117	5,15	1	2	oui
TIBESTI	24170	0,19	4	1,34	46	2,03	0	0	non
WADDI FIRA	545 179	4,23	7	2,35	140	6,17	0	0	oui
<b>TCHAD</b>	<b>12 882 094</b>		<b>298</b>		<b>2270</b>		<b>52</b>		<b>OUI : 70% NON :30%</b>

Source : PRDS 2012

Le personnel de santé est réparti de manière inégale sur l'ensemble du territoire national avec une forte concentration des personnels qualifiés (Médecins, IDE et SFDE) dans les zones urbaines. Il existe des régions déficitaires en personnel qualifiés alors que d'autres en débordent (N'Djaména par exemple...). La mobilité des cadres – y compris au plus haut niveau du ministère – est un problème récurrent qui mine les efforts faits pour restaurer des stratégies, renforcer les services et accumuler les connaissances indispensables au contexte de travail.

Les politiques et plans élaborés par le MSP accordent toujours une place importante au développement des ressources humaines comme étant levier pour l'amélioration de la qualité des prestations des services dans les formations sanitaires.

Le MSP dispose désormais d'un plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé (PSDRHS 2013-2020). Il est cependant insuffisamment mis en œuvre.

### **V-1-2 Formation des personnels**

L'insuffisance de personnels de santé qualifiés est due entre autre à la faible capacité de production des institutions de formations publiques. A l'exemple de l'école de santé de Biltine (ECOSAB), qui forme en dessous de sa capacité d'accueil. Les écoles de santé privées et confessionnelles, quant à elles, sont surchargées, dans un environnement inapproprié. Dans les deux cas de figure, les enseignants qualifiés et les encadreurs sont trop peu nombreux (selon le PSDRH 2013-2020, les professeurs permanents pour les écoles publiques sont au nombre de 70) ; cette pénurie oblige ces écoles à faire appel à des enseignants vacataires. Les écoles souffrent également d'un manque de sites de stage et de matériel didactique. Le nombre pléthorique d'étudiants mis sur les sites des stages dépasse largement la capacité des structures d'encadrement et tutorat.

Face à ces insuffisances, le MSP a mis plusieurs stratégies en œuvre depuis les années 80, notamment:

- La formation des ATS dans le cadre de la formation initiale décentralisée (FID) à partir de 1998 pour rendre fonctionnels les centres de santé ruraux. Au terme de la formation, les agents de santé sont tenus de travailler dans leurs localités respectives pendant au moins quatre ans avant de prétendre à une réaffectation.
- La décentralisation des écoles de santé publiques, avec la transformation des centres de la FID (Abéché, Moundou et Sarh) en écoles régionales de santé.
- La reconnaissance d'écoles de santé privées pour contribuer à la couverture sanitaire.
- La création des facultés de médecine pour la production des médecins généralistes.
- La formation complémentaire des jeunes médecins généralistes.

#### **Formation initiale :**

Deux types de formations sont délivrées : la formation médicale, pour les médecins, et la formation paramédicale, pour les techniciens supérieurs en anesthésie réanimation, techniciens supérieurs en soins infirmiers et obstétricaux, infirmiers diplômés d'état, sages-femmes diplômés d'état et agents techniques de santé, techniciens de laboratoire diplômés d'Etat, techniciens de génie sanitaire et de l'assainissement diplômés d'Etat, infirmiers spécialisés en ophtalmologie diplômés d'état.

**La formation des médecins généralistes** dure au moins sept ans. Les médecins généralistes en début de carrière sont soumis à la formation complémentaire instituée par le MSP (Arrêté n° 376/MSP/DG/DIRPLAF/DF/97 du 14 mars 1997). Cette formation se déroule sous forme de stages pratiques dans les hôpitaux, suivis d'évaluations ; elle permet aux médecins d'acquérir des compétences et aptitudes supplémentaires en médecine et pédiatrie (six mois), en chirurgie (six mois) et en gestion de district (un mois). Il s'agit d'une condition sine qua non pour être responsabilisé en tant que médecin chef de district ou d'hôpital de district, en raison du manque des médecins spécialistes. Ces médecins généralistes sont à même de prendre en charge les urgences chirurgicales et obstétricales (césariennes par exemple).

**La formation des médecins spécialistes** n'existe pas au Tchad. Le peu de médecins spécialistes qui exercent sont surtout dans les grands hôpitaux de N'Djamena. Pour pallier à cette pénurie de médecins spécialistes, le MSP a entrepris, en 2000, un programme de formation progressive de médecins spécialistes à l'étranger, particulièrement dans les pays de la sous-région (en 2010, selon la DRH, 50 médecins en formation de spécialisation à l'extérieur). Parallèlement, le Gouvernement a monté avec l'appui de l'OMS un projet de formation locale de médecins spécialistes. Le projet comporte deux volets : (i) la réorganisation d'un réseau hospitalier pour offrir des sites de stage (trois hôpitaux nationaux et quatre hôpitaux régionaux sont concernés), (ii) la formation dans quatre spécialités (gynécologie, pédiatrie, chirurgie et médecine interne).

**La formation paramédicale** est assurée sur la base de curricula de trois ans (pour les Agents Techniques de santé (ATS), les Infirmier Diplômés d'Etat (IDE), les Sages-femmes Diplômés d'Etat (SFDE) et les Techniciens Supérieurs(TS). Au niveau du Ministère de la défense nationale, il est mis en place une formation en un ou deux ans d'infirmiers militaires d'appui, sanctionnée par des CS1 et CS2 (certificats de spécialité de niveau 1 et 2).

### **Institutions de formation :**

Les institutions de formation initiale dans le pays comprennent :

- Trois facultés de médecine et l'Institut universitaire des sciences et techniques d'Abéché,
- L'Ecole nationale des agents sanitaires et sociaux (ENASS),
- Les écoles régionales de santé et des affaires sociales d'Abéché, Moundou et Sarh
- L'Ecole de santé de Biltine
- Les écoles de santé confessionnelles et privées (23),
- L'Ecole de formation des auxiliaires des services des armées (EFASSA).

**Les facultés de médecine** sont au nombre de trois : deux publiques (la Faculté des sciences de la santé humaine de N'Djaména créée en 1990 et la Faculté de médecine d'Abéché créée en 2011) et une confessionnelle (la Faculté Le Bon Samaritain créée en 2003, avec une première promotion d'une dizaine d'étudiants ayant soutenu leur thèse de doctorat fin 2012). Ces établissements forment uniquement des médecins généralistes. Entre 1990-91 et 2010-11, l'effectif des étudiants de la FACSSH est passé de 50 à 522 (avec deux années blanches en 2001-2002 et 2007-2008); une progression certaine dans le cadre d'une capacité de production encore faible.

Une évaluation de la FACSSH faite en 2005 a abouti aux recommandations essentielles suivantes : (I) développer une collaboration étroite entre le Ministère de l'enseignement supérieur et le Ministère de la santé publique pour mieux coordonner les politiques et l'utilisation des ressources en faveur de la FACSSH ; (II) clarifier la bi-appartenance des structures et des enseignants, et élaborer des textes établissant la reconnaissance et la rétribution des efforts des cadres, en particulier les enseignants médecins.

### **Il existe deux instituts nationaux de formation paramédicale :**

- L'Institut universitaire des sciences et techniques d'Abéché (IUSTA), créé en 2001, forme des techniciens supérieurs en pharmacie et en laboratoire sur une durée de trois ans.
- L'Ecole nationale des agents sanitaires et sociaux (ENASS), créée en 1964, est la première école de santé du pays. Elle forme actuellement des IDE, des sages-femmes, des assistants sociaux, des jardinières d'enfants et depuis peu, des techniciens de laboratoire, d'assainissement, des infirmiers spécialisés en ophtalmologie. Une réforme en cours vise à ériger l'ENASS en Ecole de santé publique des Agents

sanitaires et sociaux, s'inscrivant dans le système LMD. Trois promotions de 12 techniciens supérieurs en anesthésie et réanimation sont formées par IFARMU à l'ENASS.

**Les écoles régionales de santé :** Abéché, Moundou et Sarh émanent de la FID et forment des IDE, des SFDE et des ATS. L'Ecole régionale de santé de Biltine (ECOSAB), créée en 2007, forme des IDE et des sages-femmes. Ces écoles sont caractérisées par une faible capacité de production, une faible qualité de formation dues à l'insuffisance en professeurs qualifiés et des curricula peu adaptés. Le processus de révision de ces derniers est enclenché.

**Tableau 7 : Production de L'ENASS, des écoles régionales et la production à l'horizon 2012**

Filières	Disponibilité					Prévision				Total cumulé
	2006	2007	2008	2009	Total 1	2010	2011	2012	Total 2	
IDE	49	12	59	83	<b>203</b>	27	165	165	<b>200</b>	403
SFDE	20	4	33	23	<b>80</b>	16	62	62	<b>78</b>	158
TLDE	13	6	16	12	<b>47</b>	2	15	15	<b>17</b>	64
ATS	0	163	129	55	<b>347</b>	0	158	158	<b>316</b>	663
Accoucheuses	0	44	30	5	<b>79</b>	0	40	40	<b>80</b>	159
ISO	0	12	0	0	<b>12</b>	11	12	0	<b>23</b>	35
TSAR	0	0	10	0	<b>10</b>	12	0	12	<b>24</b>	34
T. Assain.										
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>241</b>	<b>277</b>	<b>178</b>	<b>778</b>	<b>79</b>	<b>218</b>	<b>440</b>	<b>738</b>	<b>1516</b>

Source : Division de la Formation (DRH) 2009

**Vingt-trois écoles confessionnelles et privées** ont obtenu des autorisations de fonctionner du MSP dans le cadre de la décentralisation de la formation paramédicale. La capacité de production autorisée de ces écoles au titre de l'année académique 2011-2012 était au total de 30 techniciens supérieurs (20 en kinésithérapie et dix en laboratoire), 174 IDE, 50 SFDE, 584 ATS, 30 ASDE, 20 JE.

Ces dix dernières années, on a assisté à la prolifération d'écoles de formation paramédicales privées qui ne respectent pas les normes : recrutement des étudiants de bas niveau, manque de personnel enseignant qualifié, de matériel didactique, insuffisance de stages pratiques, structures inappropriées etc. Elles mettent donc sur le marché du travail un grand nombre d'infirmiers, de sages-femmes et de techniciens ayant des compétences mitigées qui s'additionnent aux lauréats sortis des écoles de santé publiques. Ces derniers sont prioritaires pour le recrutement dans la fonction publique. Le MSP a entrepris d'évaluer toutes les écoles de santé privées afin de les mettre aux normes en vue de leur accréditation, et d'assurer au mieux le suivi de leurs activités.

**L'Ecole de formation des auxiliaires des services des armées (EFASSA)** est une école de santé relevant du Ministère de la défense nationale. Elle forme des auxiliaires de santé titulaires de CS1 et CS2, mais sa production ne permet pas de satisfaire les besoins des services de santé des armées. Dans la pratique, des ATS et IDE militaires sont formés à l'ENASS sur la base d'un quota pour les candidats militaires internes. Toutefois, le renforcement de la capacité de l'EFASSA est nécessaire, surtout à travers le relèvement du profil de sortie des agents techniques de santé.

#### **Formation continue :**

La formation continue est indispensable pour le développement de la carrière des agents de santé, mais elle doit aussi, et avant tout, contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans les centres de santé et les hôpitaux. Malheureusement, elle n'est pas assurée systématiquement, bien qu'il existe une ligne de crédits dans le budget du MSP pour la formation continue à l'intérieur et à l'extérieur du pays, dont le montant pour l'année 2012 était d'environ 450 millions FCFA.



La formation continue est faite surtout dans le cadre des projets et des programmes nationaux, sur financement des partenaires techniques et financiers (PTF), avec peu de coordination et une insuffisante prise en compte des compétences acquises en cours d'emploi. Il est nécessaire que le MSP dispose d'un plan de formation continue qui intègre les besoins réels de formation de l'ensemble des structures sanitaires et qui soit mis en œuvre à travers la sous-traitance avec des institutions de formation (nationales ou étrangères) pour des formations/recyclages, locaux de préférence, et de courte durée.

Par ailleurs, il faut relever que dans le cadre de la formation continue, 46 modules et 12 guides ont été élaborés en 1996 et doivent être révisés pour prendre en compte les nouvelles stratégies du MSP (SASDE, PTME, etc.).

Enfin, dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de la santé de la reproduction, un programme de formation continue en soins obstétricaux néonataux d'urgence (SONU) a été mis en place avec l'appui de l'UNFPA.

Le suivi et la supervision des étudiants sur le terrain de stage et le personnel ne se font pas régulièrement ou mal assurés.

### **V-1-3 Gestion des ressources humaines**

#### **Cadre institutionnel et réglementaire :**

Les agents du MSP sont recrutés par voie d'arrêté, de contrat ou par décision ministérielle ; ils sont gérés par des statuts différents selon qu'ils sont fonctionnaires, contractuels ou décisionnaires. Les personnels de santé fonctionnaires sont régis par la Loi n°17/PR/2001 du 31 décembre 2001 portant statut général de la fonction publique et le Décret 903/PR/PM/MFPTE/2006 du 12 octobre 2006 portant statuts particuliers des personnels de santé et des affaires sociales. Cet acte reclasse les différents corps selon trois catégories : A (classes 1,2,3), B (classes 1 et 2), C (classes 1 et 2). L'échelonnement indiciaire est codifié par le Décret n°106/PR/MFPTEM/2002 du 6 mars 2002. Chaque catégorie/classe dans le nouveau système comporte trois grades : initial, normal et terminal, lesquels comportent chacun dix ou onze échelons. A chaque échelon sont rattachés des indices. Les personnels contractuels et décisionnaires sont régis par les conventions collectives (1952 et 1971) et le code de travail.

La gestion des ressources humaines pour la santé est une fonction partagée car elle relève de plusieurs départements ministériels. La production est assurée par le Ministère de l'enseignement supérieur (cas des médecins et techniciens supérieurs en santé), le Ministère de la santé publique, le Ministère de l'action sociale et de la famille et des institutions de formations privées et confessionnelles (cas des infirmiers, sages-femmes et agents sociaux). Le recrutement dans la fonction publique relève du Ministère de la fonction publique et du travail et pose un problème critique d'inadéquation des profils des personnels recrutés.

La gestion de carrière du personnel de santé est assurée conjointement par le Ministère de la santé publique et le Ministère de la fonction publique et du travail. Cependant, on constate une tendance au désengagement progressif de ce dernier au profit du MSP, notamment pour ce qui concerne les congés. Enfin, la rémunération du personnel de santé est assurée par le Ministère des finances et du budget.

Il existe une Direction des Ressources Humaines (DRH) au niveau central du MSP et des divisions des ressources humaines dans les régions. L'état des personnels de la DRH fait ressortir un effectif d'une quarantaine d'agents dont une trentaine de cadres de spécialités diverses (administrateurs, gestionnaires, économistes, techniciens de santé spécialistes en pédagogie des sciences de la santé, comptables...) insuffisamment qualifiés.

La direction est appuyée par des partenaires internationaux : l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, pour la planification des RHS et la mise en place du Comité de Facilitation et Coordination (CCF), et l'Agence Française de Développement dans le cadre du projet PASST/AFD.

La DRH a élaboré le Plan stratégique de développement des ressources humaines (2013-2020), un profil pays, un plan de carrière, une politique de formation et elle est en train de mettre en place un observatoire des ressources humaines.

Des organes importants appuient la DRH dans ses fonctions : la Commission nationale d'affectation du personnel, la Commission administrative paritaire – qui doit être consultée pour les questions touchant la discipline - le Comité de facilitation et de coordination des stratégies des RHS chargé d'assurer le suivi des politiques et des plans de développement des RHS, la Commission d'attribution des bourses au personnel de santé (bourses de spécialisation notamment), enfin la Commission nationale de formation complémentaire des jeunes médecins généralistes.

#### **Utilisation du personnel de santé :**

Un problème fondamental est l'absence d'équité dans la répartition géographique du personnel, avec en particulier une concentration dans les centres urbains et notamment la capitale. Cette situation est due en partie à l'interférence extérieure dans la gestion des RHS, et particulièrement dans les affectations du personnel. Celles-ci sont faites par la Commission nationale d'affectation sur proposition de la DRH.

Des agents nouvellement recrutés ou rentrant de formation attendent le plus souvent deux à trois mois, voire plus, avant d'être redéployés sur le terrain. S'ils sont affectés, aucun moyen n'est mis à leur disposition pour rejoindre leur premier poste d'affectation. Ils sont obligés de le faire par leurs propres moyens. En outre, les agents nouvellement recrutés et affectés dans l'arrière-pays doivent faire des déplacements fréquents à N'Djaména pour suivre leur dossier administratif, ce qui contribue à l'absentéisme dans les services ; certains agents ne rejoignent pas du tout leur poste d'affectation.

En l'absence d'une gestion prévisionnelle, le MSP ne dispose pas des besoins réels pour faire une bonne planification des effectifs. Les plans d'affectation sont établis sur la base des renseignements obtenus auprès des délégués sanitaires régionaux, qui eux-mêmes ne maîtrisent pas bien les effectifs. Les capacités des cadres de la DRH en gestion prévisionnelle devront être renforcées pour déterminer les besoins quantitatifs et qualitatifs réels des structures sanitaires et faire régulièrement la planification des effectifs.

#### **Gestion des carrières :**

La gestion actuelle des ressources humaines de la santé est régie par la Loi N° 17/PR/2001 du 31 décembre 2001, portant statut général de la Fonction publique consacrée en bonne partie aux recrutements, affectations, promotions, congés et à l'utilisation des agents jusqu'à la retraite. En outre, des actes administratifs tels que les décrets, arrêtés, décisions, contrats et autres sont utilisés en complément pour la gestion du personnel. Néanmoins l'instrument essentiel qu'est un plan de carrières fait encore défaut. Actuellement, un médecin peut demeurer généraliste pendant toute sa carrière. De même, un infirmier peut rester dans un centre de santé ou un hôpital sans aucune possibilité de formation ou de promotion

jusqu'à sa retraite. Il appartient pourtant au Ministère de la santé publique d'offrir des opportunités pour permettre aux agents d'organiser leurs parcours professionnels et l'on sait qu'un plan de carrière bien élaboré est déterminant pour l'amélioration de la performance du personnel. En 1994, dans la tentative de combler cette lacune, un arrêté ministériel (Arrêté n°005/MSP/94 du 8 janvier 1994) avait été pris pour « instituer un plan de carrière du corps paramédical (infirmiers, sages-femmes, techniciens de laboratoire, d'assainissement, de dentisterie, d'ophtalmologie, d'anesthésie...) ». En réalité, il ne s'agit pas d'un plan de carrière en tant que tel, mais d'un texte pris en son temps pour astreindre les agents de santé nouvellement recrutés à un stage d'insertion de douze mois dans les formations sanitaires du pays et pour fixer les conditions de leur formation en cours d'emploi et la durée minimale de leur affectation à des postes.

En 2010 le MSP a élaboré un plan de carrière des personnels de santé décrivant le parcours professionnel des médecins et autres personnels de santé, mais il n'est pas mis en œuvre pour le moment.

### **Rémunération :**

Le revenu du personnel de santé est constitué d'un salaire fixe octroyé sur la base des textes fixant les indices et les échelonnements indiciaires. Ce salaire fixe est complété par des primes et indemnités octroyées par des textes/accords spécifiques. Des accords de partenariat ont été signés, par exemple entre le syndicat des travailleurs de la santé et des affaires sociales et le Gouvernement pour accorder des primes de travail dans les zones austères. Malheureusement, la mise en œuvre de ces accords se fait de manière progressive, avec des retards entraînant quelquefois des actions de débrayage (grèves) qui perturbent le système de santé. Dans les hôpitaux nationaux (HGRN et HME) érigés en établissements publics à caractère administratif dotés de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion, diverses primes et indemnités d'intéressement, de garde, de responsabilité, la « ristourne » et autres avantages matériels (voitures, motos...) sont accordés au personnel.

La situation de rémunération des personnels de ces hôpitaux nationaux autonomes paraît meilleure que celle des hôpitaux non autonomes (hôpitaux régionaux et hôpitaux de district) et des centres de santé, qui assurent la prise en charge d'environ 80 % des problèmes de santé. En effet, dans ceux-ci, les primes d'intéressement sont versées aux agents sur les recettes générées par le recouvrement des coûts. Une bonne partie du personnel d'appui (secrétaires, manoeuvres, filles et garçons de salles, etc.) est également payée sur ces fonds.

Avec l'instauration de la gratuité des soins d'urgences dans les hôpitaux et les centres de santé, les recettes générées par le recouvrement des coûts s'amenuisent considérablement, ce qui met ces établissements dans une situation délicate face aux engagements salariaux pris vis-à-vis de leurs personnels, et particulièrement le personnel d'appui.

### **V-1-4 Initiatives et engagements récents**

**Le domaine des ressources humaines bénéficie de l'appui** de l'Alliance mondiale et de l'AFD (PASST) déjà citées, ainsi que de l'Union européenne *PASST/10<sup>ème</sup> FED*. L'élaboration du plan stratégique de développement des ressources humaines et d'autres documents importants pour la gestion des RH (politique de formation, plan de carrière du personnel de santé etc.), ainsi que la redéfinition des normes en personnels par niveau (hôpital national, hôpital régional, hôpital de district, centre de santé) sont des étapes importantes mais il importe de passer un cap dans la mise en œuvre de ces politiques et de ces plans.

**Dans le cadre du pré-pacte** signé en novembre 2011 entre le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé (voir plus loin, sous la partie « Gouvernance »), le Ministère de la fonction publique et du travail s'est engagé à recruter davantage d'agents de santé et à tenir compte des profils préalablement établis par le Ministère de la santé publique, et le Ministre des finances et du budget s'est engagé à inscrire ces profils dans la Loi de finances. L'année 2012 a montré des résultats très encourageants, avec un quota de recrutement dans la fonction publique qui a plus que doublé par rapport à l'année précédente, mais ce quota est retombé à 500 en 2013.

**La coopération Sud-Sud** améliore la qualité des soins dans les hôpitaux régionaux. Par le passé, ceux-ci ont bénéficié des services appréciables de volontaires cubains, nigériens et libyens. Actuellement, des négociations sont en cours pour mobiliser des médecins spécialistes tunisiens, cubains, soudanais etc.

**Des initiatives récentes d'agences des Nations Unies** (PNUD, UNFPA et UNICEF), visent à mobiliser et déployer du personnel de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes et autres techniciens de la santé) pour rendre opérationnelles les structures sanitaires des zones déficitaires en personnel de santé. Le défi pour le MSP est de coordonner les interventions sous ces différents projets. En outre, afin de faciliter l'intégration ultérieure des agents concernés, au sein de la fonction publique, le Gouvernement doit veiller à ce que les différences de traitements (entre la fonction publique et les agences concernées) ne constituent pas un frein.

## **V-2 FINANCEMENT**

### **V-2-1 Aperçu général**

Au Tchad, le financement du secteur de santé reste faible et peu efficace mais en bonne évolution. La Politique nationale de santé (2007-2015) et le Plan national de développement sanitaire (2009-2012) adoptés respectivement en 2007 et 2008 indiquent tous deux la volonté du gouvernement à développer la maîtrise du financement du secteur.

Le Gouvernement a fait d'efforts durant les cinq dernières années pour augmenter le budget de la santé, mais la qualité des dépenses de la santé reste faible. On constate toutefois que les dépenses directes des ménages restent importantes.

De 2006 à 2010, une série des mesures ont été prises pour faciliter l'accès financier de la population aux soins de santé. La prise en charge médicale gratuite des personnes vivant avec le VIH/SIDA et de celles souffrant de maladies opportunistes, vient s'ajouter aux mesures antérieures financées sur subventions: gratuité du traitement contre le paludisme, la vaccination infantile, la prise en charge de certaines maladies chroniques et des évacuations sanitaires à l'extérieur du pays. L'une des mesures les plus importantes a été prise en 2007 : la gratuité des soins d'urgence hospitalière et en 2012 la gratuité de soins dans les centres de santé en faveur des femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans.

La présente note vise à faire une brève analyse du financement du secteur de la santé du Tchad, et à faire ressortir les principaux défis et de dégager les perspectives du pays notamment dans le cadre de la marche vers la couverture universelle en santé.

### **V-2-2 Analyse de situation**

#### **V-2-2-1 Analyse du financement de la santé**

**Les sources de financement:**

Le secteur de la santé est financé à travers trois sources de financement : (i) l'Etat, la Population et les partenaires.

**Le financement du secteur de la santé par l'Etat :** le Gouvernement alloue chaque année une enveloppe budgétaire au secteur de la santé. Le tableau ci-dessous montre l'évolution du financement de cinq dernières années. L'effort de l'Etat sur les ressources internes hors dette et financement extérieur, retracé par l'indicateur du budget de la santé/ budget général de l'Etat, passe de 5,65 % en 2012 à 9,8 % en 2013. C'est un bond important par rapport à la tendance des dernières années où il était en moyenne autour de 5 %.

Le secteur de la santé bénéficie d'une part du revenu pétrolier destiné aux secteurs prioritaires. Ce sont les investissements et les transferts/subventions qui en sont bénéficiaires comme indiqué dans le tableau ci-dessous, et les montants affectés à la santé ont augmenté de manière significative sur les deux dernières années (2012 et 2013).

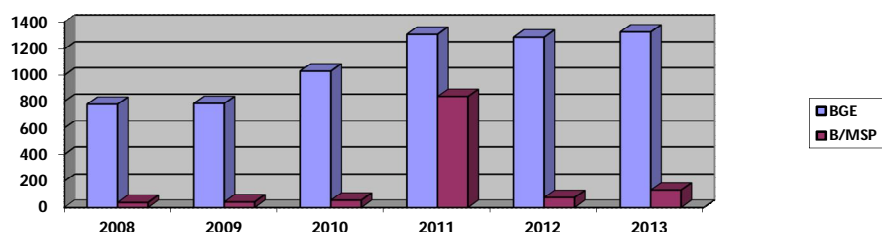
**Tableau 8: Evolution de la part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat (en milliards de FCFA)**

Années	BGE (1)	BGE (2)	Budget MSP(3)	% budget Santé 3 / 2
2008	1017,338	774,28	36,201	4,68 %
2009	945,614	782,914	40,382	5,16%
2010	1 203,265	1029,577	52,875	5,14%
2011	1572,482	1308,977	83,747	6,40%
2012	1755,892	1287,351	72,782	5,65%
2013	1724,53	1326,059	130,00	9,80%

Source : MFB/DGB

NB : (1)BGE total (2) BGE hors dette et financement extérieur (3) budget MSP hors financement extérieur. Remarque : pour 2013 : LFI, pour les autres années : LFR inclus les décrets de transferts, d'avances et autres.

**Graph 2 : Part du budget du MSP dans le budget général Etat**



Source : MFB

**Tableau 9 : Evolution des revenus pétroliers affectés au budget de la santé en milliards de FCFA**

Revenu pétrolier affecté aux secteurs prioritaires	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Dans le BGE	151,6	55,6	108,2	109,7	225,2	260
Dans le budget du MSP	8	3	11,2	9	28,8	27
Dont :						
Transferts et subventions	1	1	3,5	2	12,8	12
Investissement	7	2	7,7	7	16	15

<b>Part de la santé</b>	5,3%	5,4%	10,3%	8,2%	12,8%	10,4%
-------------------------	------	------	-------	------	-------	-------

Source : MFB/DGB

Le secteur de la santé bénéficie par ailleurs d'autres subsides de l'Etat, notamment dans le cadre des projets présidentiels (constructions). Ces crédits sont logés dans les charges communes du BGE.

Avec la loi de finances 2013, l'accroissement moyen des allocations prévisionnelles est autour de 70%, avec des taux allant de 60 % à plus de 90% selon les titres de dépenses:

- Les plus remarquables à la fois par le volume et en valeur relative sont les transferts /subventions qui passent de 20,692 milliards à 39,450 milliards de 2012 à 2013.
- Le poste des dépenses de services a presque doublé (+95%).
- Les investissements se sont accrus de près de 65%. Si l'on considère l'investissement sur les seules ressources internes, l'accroissement est proche de 75%.

**La structure du budget de la santé** est marquée par l'importance des investissements d'une part et des dépenses en personnel d'autre part.

**Tableau 10: Structure du budget du MSP en 2013 par grandes composantes**

Dotations	En milliards FCFA	Répartition
<b>Investissement</b>	67,57	45 %
<b>Fonctionnement</b>	43,3	29%
<b>Dont : personnel</b>	29,7	19,8 %
<b>Biens, matériels &amp; services</b>	13,6	9,0 %
<b>Subventions</b>	39,45	26 %
<b>Dont : Hôpitaux autonomes <sup>1</sup></b>	15,6	10,3%
<b>Programmes</b>	11,8	7,8%
<b>Médicaments &amp; gratuité</b>	7,4	4,9%
<b>TOTAL BUDGET MSP</b>	<b>150,35</b>	<b>100,0 %</b>

Source : MFB/MSP

**Le poste le plus important est l'investissement** qui représente près de 45 % du total du budget 2013. En réalité ce poste est sous-estimé car il n'intègre pas les crédits alloués aux projets présidentiels (cf. paragraphe précédent). Les investissements ont connu une forte progression ces dernières années. Si l'on considère les seuls investissements sur financement interne, alors qu'ils se situaient en moyenne autour de 17 milliards de FCFA par an sur la période de 2006 à 2010, ils ont atteints 117 milliards ces trois dernières années en cumulé, dépassant largement la totalité des dotations des cinq années précédentes (84 milliards en cumulé).

### **Le financement de la population: Participation communautaire**

Au Tchad la Communauté participe à la gestion des formations sanitaires à travers le COSAN/COGES. Ceux ci sont régis par la loi N°019/PR/99 du 10 décembre 1999 sur la participation communautaire. Cette loi autorise l'implication de la population dans la gestion des formations sanitaires et donne mandat à celle-ci de gérer localement les recettes y afférentes.

Le financement de la communauté tel qu'il apparaît au budget de l'état reste faible. Il s'opère à travers le recouvrement des coûts, et favorise l'accès financier des populations aux soins. Il est l'expression de l'implication des populations dans le financement de la santé.

**Tableau 11: Evolution du recouvrement des coûts de 2005 à 2011 (en milliers de FCFA)**

<sup>1</sup>Y compris CNTS

Année	Recouvrement des coûts	Dotation du MSP	Pourcentage
2005	2 133 000	54 620 965	3,9%
2006	1 624 000	43 815 035	3,7%
2007	3 157 000	51 763 496	6,09%
2008	2 027 000	46 199 085	4,3%
2009	3 346 000	53 809 768	6,2%
2010	2 082 577	62 557 660	3,33%
2011	2 681 310	97 804 449	3,17%

Source : DSIS/ MSP

### Financement extérieur :

La part relative de financement extérieur a diminué ces dernières années suite à en liaison avec les revenus pétroliers générés par le Tchad. Depuis 2005, le Tchad avait interrompu sa coopération avec les institutions de Bretton Woods, mais a relancé celle-ci en 2012. . Le financement extérieur se fait sous formes des projets et programmes des Partenaires Techniques Financiers. Le tableau ci- après indique l'évolution des financements extérieurs de 2004 à 2012.

**Tableau 12: Evolution des financements extérieurs par rapport à la dotation du MSP de 2004 à 2012 (en milliers de FCFA)**

Année	Financement Extérieur	Dotation du MSP	Part du financement extérieur dans le budget total alloué au MSP
2004	19 327 446	53 628 780	36,04%
2005	17 997 108	54 620 965	32,95%
2006	11 390 668	43 815 035	26%
2007	9 703 000	51 763 496	18,74%
2008	5 348 732	46 199 085	11,58%
2009	8 614 732	53 809 768	16,01%
2010	9 919 339	62 557 660	15,86%
2011	11 136 000	97 804 449	11,39%
2012	15 428 577	84 484 602	18,26%
2013	20 350 000	150 350 000	13,53%

Source : Lois des Finances Initiales/MFB

### Les mécanismes de financement de la santé :

Le financement de la santé au Tchad reste fortement centralisé et fragmenté.

**La collecte des fonds** : elle n'est pas coordonnée. Au niveau de l'Etat, ce sont les allocations au secteur à travers la loi des finances, les fonds (la lutte contre le SIDA), les recettes pétrolières. Certains programmes nationaux de lutte tel que le paludisme, le VIH/SIDA mobilisent des ressources locales à travers les entreprises étrangères (ESSO)

Chez les partenaires : la mobilisation des fonds varie d'un partenaire à un autre. Certains partenaires arrivent à mobiliser des ressources extérieures et aussi locales (le cas des ONG internationales et nationales). Le pays finance certaines ONG et associations à travers des subventions.

**La mise en commun** : il n'y a pas un mécanisme de mise en commun des fonds.

**L'achat des services** : L'Etat utilise plusieurs mécanismes pour acheter les services: les crédits délégués, les crédits gérés au niveau central, les subventions et transferts, les fonds de contrepartie des projets financés par la coopération internationale.

**Les subventions** : représentent 26% des financements sur ressources internes, hors personnel. En dix ans, elles ont été multipliées par presque 40, passant d'un milliard en 2004, à plus de 39 en 2013. Cette

modalité de financement de l'Etat est pour plus de 49,30% dédiée aux hôpitaux (CNTS inclus), pour 30% aux programmes de lutte contre les maladies et pour près de 20,7% à la gratuité des soins et aux médicaments (hors gratuité des produits inclus dans les programmes).

**Les hôpitaux autonomes** reçoivent des subventions qui représentent un peu plus de 10% du total du budget (CNTS inclus). Ces subventions sont pour l'essentiel consacrées à des dépenses de fonctionnement. 64% des subventions aux hôpitaux autonomes reviennent aux trois grands hôpitaux du niveau central (HGRN, Hôpital moderne, Hôpital de la mère et de l'enfant).

**Tableau 13: Répartition des montants alloués aux hôpitaux en 2012 et 2013(en millions FCFA)**

Structure Sanitaire	Année 2012	Part du budget	Année 2013	Part du budget	Accroissement 2012-2013
HGRN	2 000,0	24%	3 250,0	21%	n/d
Hôp. Moderne	2 361,4	28%	3 277,75	21%	n/d
Hôp. de la mère	2000,0	22%	3 500,0	22%	n/d
Hôp. Liberté	600,0	7 %	1 500,0	10%	n/d
S/total hôp. centraux	8 406,2	83%	11 527,75	74%	+ 66%
Autres hôpitaux	1 444,8	17%	4 155,0	26%	+190%
TOTAL HOPITAUX	8 406,2	100%	15 582,75	100%	+87%

Source : MSP

Si l'essentiel des allocations est donc absorbé par les hôpitaux du niveau central, un certain rééquilibrage semble s'amorcer entre 2012 et 2013: la part des montants alloués aux autres hôpitaux augmente de près de 200%, passant de 17 % à 26%.

Les programmes représentent 8 % du budget, les médicaments et la gratuité, 5%.

**Les crédits délégués aux DSR** : bien qu'ils aient plus que doublé entre 2012 et 2013, ne représentent que 7 % environ de la dotation annuelle du MSP (Hors personnel). Il est couramment admis que le suivi de ces crédits délégués est problématique. Les formations sanitaires au niveau du district en bénéficieraient peu, et seraient peu ou pas informées des crédits délégués auxquels elles pourraient avoir droit.

Le tableau suivant présente la part des crédits délégués hors salaires et aides extérieures sur une période de cinq ans.

**Tableau 14: Evolution de la part des crédits délégués sur cinq ans (en FCFA)**

Années	Crédits délégués	Dotation MSP	Taux
2009	2 024 011 009	29 928 319 000	6,76%
2010	2 447 201 010	42 214 595 776	5,79%
2011	3 258 563 011	74 628 714 000	4,36%
2012	3 014 059 012	53 994 213 500	5,58%
2013	6 735 645 000	100 257 103 000	6,72 %

Source : MFB/MSP

### Les mécanismes d'accès à la santé :

Les populations du Tchad accèdent aux soins de santé à travers quatre mécanismes principaux – dont certains sont expérimentaux :

- **le paiement direct**, mécanisme le plus important : les dépenses des ménages représenteraient environ 50% des dépenses totales de santé et s'effectueraient à plus de 95% sous forme de paiements directs ;
- **La gratuité des soins** : La gratuité des soins d'urgences chirurgicales, obstétricales et médicales, introduite en 2008 dans les hôpitaux a été instaurée par le Président de la République dans le cadre de



sa politique sociale, en décembre 2007. La gratuité des soins est financée à 100% par l'Etat. Elle couvre environ 45 pathologies courantes et concerne actuellement l'approvisionnement en médicaments et consommables pour 17 hôpitaux régionaux, 58 hôpitaux de districts et 8 hôpitaux militaires.

L'approvisionnement se fait deux fois par an.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution du financement Etat au profit de la gratuité des soins d'urgences.

**Tableau 15 : Evolution des ressources allouées à la gratuité des soins (en millions FCFA)**

Année	2008	2010	2011	2012
Financement mobilisé	800	4 371, 850	5 000,	4 000,
Dépenses effectuées	800	1 423, 196	3 568, 5798	3 991, 131

Source : UGGSU/MSP

Une évaluation externe réalisée par l'OMS et l'AFD a mis en exergue la nécessité d'inclure les centres de santé, qui devraient couvrir 80% des besoins de la population. En 2013, 1114 centres de santé publics et confessionnels ont reçu des ressources pour proposer les soins gratuits à toutes les femmes enceintes et tous les enfants de 0 à 5 ans. Ces deux cibles représentent environ 25% de la population. Si des ressources conséquentes ont été mobilisées ainsi par l'Etat pour améliorer l'accès aux soins de la population tchadienne, des difficultés perdurent : l'utilisation irrationnelle de médicaments malgré les mesures prises pour faire transiter tous les médicaments destinés aux hôpitaux par les pharmacies régionales d'approvisionnement ; le personnel de santé qui accuse un manque à gagner en rapport avec la gratuité des soins, souhaite voir s'instaurer des primes en compensation. La gratuité des soins souffre en outre de la désorganisation des services et de la faiblesse des ressources humaines.

La gratuité des soins se veut un tremplin vers l'accès universel aux soins. Là où existent des mutuelles de santé, une synergie est indispensable pour améliorer l'accès aux soins. De même d'autres mécanismes de financement tel que l'assurance maladie et le « financement basé sur les résultats » qui prennent en compte la motivation. Davantage de ressources doivent être mobilisées pour satisfaire les besoins générés par ces stratégies d'accélération pour améliorer les indicateurs de santé. Un consensus sur la combinaison des stratégies est nécessaire afin de prendre en compte la motivation du personnel, la disponibilité des ressources et la satisfaction effective des demandeurs de soins.

- le prépaiement à travers des assurances maladie (moins de 2% de la population) et des mutuelles de santé ;
  - **L'assurance maladie** est très peu développée au Tchad. Elle est généralement contractée par de grandes sociétés au profit de leurs personnels. Plusieurs sociétés d'assurance (La STAR Nationale, le SAFAR,...) assurent la couverture des soins médicaux des travailleurs du secteur public (les décisionnaires et les contractuels) et majoritairement ceux du secteur privé.
  - **Les mutuelles** sont expérimentées dans le cadre d'une convention de partenariat signée le 10 mars 2010 entre le Centre international de recherche et de développement (CIDR) et le Ministère de la santé publique. Le CIDR s'est engagé à mettre en place un programme de promotion d'un réseau de mutuelles de santé dans les régions du Logone oriental, du Mayo-Kebbi Est, du Mayo-Kebbi Ouest, du Mandoul et du Moyen Chari. Le programme vise à améliorer l'état de santé des populations en mettant en place un système pérenne d'accès aux soins. A l'heure actuelle, il n'y a pas de texte spécifique sur les mutuelles de santé. A défaut de cadre législatif, les mutuelles ont adopté un statut provisoire d'association relevant d'une loi de

1962. Le champ de la micro-assurance santé au Tchad est caractérisé par l'expérimentation, l'hétérogénéité, la fragmentation des initiatives et une couverture encore extrêmement faible.

**Assistance de l'Etat :** L'Etat reste le principal contributeur au financement de la Santé. Ces dix dernières années, un accent particulier a mis sur : (i) la gratuité des soins d'urgence, (ii) Les évacuations sanitaires, (iii) la subvention des soins préventifs (vaccins, consommables, réactifs), (iv) la gratuité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA, des ARV, des Anti TB et Paludéens, etc.

Les partenaires financent le secteur à travers des dotations budgétaires aux programmes nationaux, aux régions et à certains services. Le budget voté au début de chaque année ou sur la base d'un plan pluri annuel est mis à la disposition de chaque service à travers des requêtes. Cependant, chaque partenaire applique ses propres procédures et ses outils spécifiques pour acheter les services aux différents niveaux du système de santé.

Le financement basé sur les résultats (FBR) expérimenté dans quatre districts sanitaires depuis 2011 avec le financement de l'Etat et de la Banque mondiale.

Le financement basé sur les résultats (FBR) vise la motivation du personnel par l'achat des performances réalisées par les prestataires des soins et favorise la qualité des prestations aux premiers et deuxièmes échelons de la pyramide sanitaire. Au centre de l'intervention se trouvent les activités couvertes par le paquet minimum d'activité (PMA) des centres de santé et le paquet complémentaire d'activité (PCA) des hôpitaux. L'intervention couvre huit districts dans quatre régions, soit une population totale de plus de 1,6 million. Le budget de cette initiative, financée par la Banque mondiale sur une période de 21 mois, est de 2, 219 milliards de FCFA, dont 1, 5 milliards pour les « bonus » aux services de santé. Le reste est pour le fonctionnement et l'investissement. Pour l'année 2013, 674 millions de FCFA sont inscrits au budget de l'Etat.

### **V-2-2-2 Analyse des dépenses de santé**

La dépense publique de santé<sup>2</sup> par habitant et par an est estimée à environ 2211 FCFA en valeur réelle en 2007, soit environ 4,6 dollars US. Elle a augmenté les deux années suivantes, passant aux alentours de 5 dollars US, puis plus significativement à partir de 2010, pour atteindre 3703 FCFA soit 7,7 dollars US en 2012. On reste loin, cependant, du niveau de dépenses de santé préconisé par la Commission « Macroéconomie et santé » de l'OMS en 2001, selon laquelle «un pays qui ne consacrerait pas 30 à 40 dollars par habitant et par an à des dépenses de santé principalement ciblées sur l'élimination des principales causes de mortalité évitable, peut difficilement espérer améliorer de manière significative et durable l'état de santé de sa population».

### **Tableau 16 : Tendances des dépenses publiques de santé par habitant de 2007 à 2012 (en million de Fcfa)**

<sup>2</sup> Les dépenses publiques de la santé comprennent les allocations budgétaires de l'Etat au ministère de la santé et les dépenses de santé des autres ministères. En l'absence de données sur les dépenses publiques des autres secteurs, l'analyse va être focalisée sur les allocations budgétaires de l'Etat au ministère de la santé publique.

Crédit/Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Crédit en valeur nominale	23 119,080	28 543	32 131,921	37 843,32	44 281, 365	47 065,938
Crédit en valeur réelle	22 935,595	25 830,769	27 771,755	30 576,702	33 664,949	41 577,683
Population totale	10,371	10,653	10,937	11,121	11,175	11,227
Crédit per capita en valeur nominal	2229 (4,6US\$)	2679 (5,5US\$)	2938 (6,1US\$)	3403 (7US\$)	3 962 (8,16US\$)	4192 (8,7US\$)
Crédit per capital en valeur réelle	2211 (4,6US\$)	2424 (5US\$)	2539 (5,29US\$)	2749 (5,66US\$)	3013 (6,21US\$)	3703 (7,7US\$)

Source : INSEED

**L'exécution de la loi de finances** après sa promulgation n'est pas acquise, malgré la faiblesse de l'allocation. L'engagement, dans le cadre du « circuit intégré de la dépense » du Ministère des finances et du budget, varie chaque année comme le montre le tableau ci-dessous. Ces chiffres ne reflètent pas toute la réalité car le décaissement de certaines dépenses comme les transferts et les subventions ne peuvent intervenir que trois ou quatre ans plus tard. Depuis avec la mise en œuvre du pré-pacte en 2011, les dépenses engagées sont régulièrement payées par le trésor public.

**Tableau 17 : Taux d'exécution du budget de santé hors salaires et aide extérieure (en FCFA)**

Année	Dotation MSP	Engagement visé par le contrôle Financier	Taux
2009	29 928 319 000	25 242 154 724	84%
2010	42 214 595 776	41 078 803 973	97%
2011	74 628 714 000	57 532 208 706	77,09%
2012	53 994 213 500	48 292 536 420	89,44%

Source : MFB/MSP

**Sur les dépenses de fonctionnement qui représentent près de 30% de l'ensemble du budget de la santé, 70% sont consacrés au RH en santé.** En valeur absolue, les dépenses sont passées de 18,7 milliards en 2012 (LFR) à 29,7 milliards (LFI) en 2013, soit une augmentation de près de 60 %. Les biens matériels et services, qui représentent moins de 10% des dépenses de fonctionnement, sont affectés à hauteur de 45% dans les régions (environ 6 milliards de FCFA en 2013). Les dépenses de fonctionnement sont insuffisantes si on peut rendre fonctionnel les nouveaux centres de santé et hôpitaux.

**La dernière enquête du suivi des dépenses publiques** à destination remonte à dix ans (2004). Elle concluait, entre autre, à un taux important de déperdition des ressources financières et matérielles publiques, et à un manque de transparence sur les informations budgétaires au niveau des délégations et districts sanitaires.

La déperdition des ressources financières et matérielles, selon l'enquête, était forte, tant entre le niveau central et régional qu'entre celui-ci et le niveau opérationnel, au point que, au final, les centres de santé, qui sont le premier niveau de contact pour les populations, ne recevaient à peu près que 1% seulement des ressources financières et matérielles publiques du secteur de la santé.

L'étude a aussi mis en évidence une corrélation entre cette déperdition de ressources et les marges bénéficiaires sur les médicaments des CS : plus le montant des ressources publiques qui arrivent effectivement aux CS est faible, plus ceux-ci augmentent leur marge sur les médicaments, pour pouvoir maintenir leur activité. ceci pénalise les patients qui doivent de ce fait payer plus.

Finalement, l'étude montrait que la dépense publique, telle qu'inscrite au budget de l'Etat, n'avait pas d'impact sur la production de services au niveau des CS et donc sur les indicateurs de santé.

Plus récemment, la revue des dépenses publiques de 2011 (Banque mondiale), a pointé également les procédures d'exécution du budget de la santé, en particulier pour les crédits délégués qui ne sont pas pris en compte par le système intégré des dépenses (CID) mais continuent à emprunter un circuit lourd qui ne favorise pas leur efficacité.

Dans une certaine mesure, l'évaluation du PNDS1 corrobore les conclusions à propos du manque d'informations budgétaires aux différents niveaux et des écarts entre les crédits attendus et ceux qui arrivent aux services. Toutefois, l'évaluation n'a pas eu les moyens de documenter cette appréciation de manière rigoureuse faute de données fiables.

Une prochaine enquête du suivi des dépenses publiques à destination est envisagée en 2013/2014 dans le cadre du P4H et dans le processus d'élaboration de la couverture universelle en santé.

**En résumé**, l'évolution des dépenses publiques pour la santé est faible mais en bonne progression. Cependant la disponibilité de ces ressources allouées est faible et contribue à la forte dépense de santé des ménages.

L'évolution des dépenses directes de santé des ménages par rapport aux dépenses totales de la santé du Tchad semblent élevées selon les estimations de l'OMS. Les données nationales ne sont pas encore disponibles, mais elles le seront en 2014 avec les résultats des Comptes Nationaux de Santé.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la politique de la gratuité des soins d'urgence à partir de 2008 vise à réduire ces dépenses directes. Les résultats d'une évaluation de cette politique en 2010 ont montré que l'utilisation des soins par la population et la satisfaction des soins par la population ont augmentées.

### **V-2-2-3 Perspectives**

En 2011, le pays a exprimé la volonté d'adopter une approche plus systémique visant à terme une couverture médicale universelle. Cette volonté a conduit le Gouvernement et ses partenaires du P4H à élaborer un projet de feuille de route, avec les objectifs suivants :

- Meilleure documentation en vue de la couverture universelle: connaissance de chacun des mécanismes de financement, analyse des coûts, analyse comparée des mécanismes existants, compréhension partagée du concept de couverture universelle en santé ;
- Recherche de synergies entre les mécanismes existants: la gratuité des soins, les mutuelles de santé, le financement basé sur les résultats (FBR) et les assurances maladies autres mécanismes de financement existant.
- Renforcement des capacités, échanges d'expériences, formation ;
- Orientation nationale en matière d'évolution vers la couverture universelle.

Cette feuille de route fait actuellement l'objet de révisions pour intégrer de nouvelles approches vers la couverture universelle.

## V-3 MEDICAMENTS, REACTIFS, CONSOMMABLES MEDICAUX ET VACCINS

### V-3-1 Médicaments, réactifs et consommables médicaux

Le Tchad a adopté sa première politique pharmaceutique nationale en août 1998. Malgré la mise en œuvre de certains éléments de cette politique, notamment la création de la Direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires (DPML) en 2003, de la Centrale pharmaceutique d'achats (CPA) et de quinze pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA), la situation du secteur pharmaceutique tchadien reste préoccupante. L'accès aux médicaments reste un problème majeur, surtout au niveau périphérique, avec des variations importantes selon les régions et les formations sanitaires. L'utilisation est problématique, avec un recours aux médicaments essentiels génériques qui n'est pas prépondérant. Les médicaments disponibles dans le secteur privé sont vendus à des prix largement au-dessus du pouvoir d'achat de la majorité de la population et la vente illicite est omniprésente.

#### **Approvisionnement et distribution :**

Les structures d'approvisionnement se sont succédé entre 1965 et 1996: l'Office national pharmaceutique (ONP), créé en 1965 pour assurer l'approvisionnement des secteurs public et privé, est remplacé en 1972 par le Laboratoire national pharmaceutique du Tchad (LANAPHARM), à son tour remplacé en 1975 par la Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA). Suite aux difficultés financières dues au non-paiement des créances de l'Etat, la PNA est fermée le 1<sup>er</sup> juin 1983. Deux structures vont la remplacer : la Pharmacie d'approvisionnement du secteur public (PASP) et la Centrale pharmaceutique du Tchad (PHARMAT) pour le secteur privé. En 1994, la PASP est remplacée par la Centrale pharmaceutique d'achats (CPA), avec un statut d'autonomie, créée par la loi n°33/PR/94 du 22 Octobre 1994 et son décret d'application.

La CPA est en place depuis décembre 1996. Elle est chargée de l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques (MEG) et consommables médicaux des secteurs public et privé à but non lucratif.

Dans le cadre du pré-pacte, trois domaines critiques constituent des goulots d'étranglement pour le bon fonctionnement du système de santé (Ressources Humaines, Financement et Médicaments). L'évaluation conjointe MSP et PTF au cours d'une réunion a relevé que les deux premiers domaines (RH et Financement) ont connu des avancées majeures. Par contre le domaine médicament n'a guère évolué par rapport aux engagements du pré-pacte.

Quinze pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA) ont été créées pour décentraliser la distribution : à Ndjamena, Moundou, Abéché, Bongor, Doba, Koumra, Lai, Sarh, Mongo, Ati, Bol, Mao, Am-timan, Faya et Biltine. Sur les 15 PRA, 06 fonctionnent de manière autonome avec un conseil d'administration et un comité de direction.

**Le circuit est en principe le suivant :** (i) la CPA et les grossistes privés commandent auprès de fournisseurs étrangers en respectant la liste nationale des médicaments essentiels et la liste des produits alignés ; (ii) les PRA et les hôpitaux nationaux s'approvisionnent auprès de la CPA, tandis que les hôpitaux régionaux, les hôpitaux de districts et les centres de santé commandent auprès des PRA ; (iii) le contrôle et la supervision du circuit des médicaments sont assurés par la DPML.

Ce circuit doit permettre l'approvisionnement et la distribution de médicaments dans les structures sanitaires publiques et confessionnelles à but non lucratif. En cas de rupture de certaines molécules au niveau de la CPA, les structures concernées peuvent s'approvisionner en dehors de la CPA avec l'autorisation de la DPML.

**Dans les faits**, la non maîtrise des besoins du pays, la multiplication des systèmes parallèles liés à des programmes et des partenaires différents (annexe 2 la cartographie des approvisionnements pharmaceutiques au Tchad établie en juin 2010 avec l'appui de l'OMS), les faibles régulation et contrôle de la part de la DPLM, la faible capacité financière de la CPA et les difficultés logistiques (pénurie de véhicules notamment) rendent le système complexe, non maîtrisé et peu efficace, avec des ruptures à tous les niveaux. Une enquête de la DPML en collaboration avec l'OMS (juin 2008), faite sur la base des douze médicaments les plus courants, dans quatre grandes villes du Tchad (N'Djamena, Moundou, Sarh et Abéché), montre que ces molécules ne sont pas disponibles en permanence. Pour les PRA et les CS de ces villes, les taux de disponibilité en stock étaient respectivement de 90% et 78%, tandis que les durées moyennes de rupture de ces molécules étaient respectivement de 39 jours et 54 jours par an. Une enquête plus étendue, dans les zones les plus reculées du pays, donnerait certainement des chiffres plus alarmants.

**Le secteur privé lucratif** est approvisionné par huit grossistes répartiteurs agréés (Laborex Tchad, CCPT, Tchad Medicare, Tchad Pharma, SMEDI, BALM Tchad, SLEM Médical) mais son développement est freiné par un marché parallèle très prolifique. Le pays compte 32 officines, dont 30 dans la capitale. Quant aux dépôts pharmaceutiques, on dénombre environ 200 ; les mêmes agréments sont utilisés pour exploiter plusieurs dépôts pharmaceutiques. Par ailleurs, la vente illicite des produits pharmaceutiques s'est installée partout dans le pays.

La longue durée de transit des approvisionnements en médicaments entre le port de Douala au Cameroun et N'Djamena (de trois à cinq mois) est la cause de ruptures de stocks de médicaments aussi bien dans le secteur public que privé.

**La production locale** était assurée par la Société industrielle pharmaceutique du Tchad (SIPT). Depuis sa fermeture en 1999 à cause d'innombrables difficultés financières et de gestion et du poids des impôts sur les matières premières, les intrants et les produits finis, il n'y a plus de production locale au Tchad. Le chantier de la construction d'une nouvelle usine de fabrication pharmaceutique et d'un laboratoire national de contrôle de qualité a été ouvert en décembre 2012.

### **Financement et prix des médicaments :**

Le budget de l'Etat alloué aux médicaments est en augmentation depuis 2005, mais il reste insuffisant pour garantir leur disponibilité sur tout le territoire national : en 2007, ce budget correspondait à 125 FCFA (0.25 USD) par habitant.

Certains médicaments sont gratuits pour la population : ARV, antituberculeux, antipaludéens, anti-lèpre, et les médicaments des soins d'urgences. Par ailleurs l'aide extérieure finance les trois maladies prioritaires (VIH/SIDA/TB/PALU) dans le cadre de fonds mondial, les vaccins et autres médicaments générique DS retenus par l'alliance GAVI, les médicaments contre la lèpre, l'onchocercose et ver de Guinée financé respectivement par Raoul Follereau, APOC et la fondation Carter et Bill Gates pour le financement de vaccins contre la poliomyélite.

La loi N°.19/PR/99 du 10 décembre 1999 et ses textes d'application instaurent le système de recouvrement des coûts. Il est appliqué dans toutes les formations sanitaires du pays mais de nombreux problèmes persistent: non vulgarisation des textes le régissant, insuffisance de la formation à la gestion des médicaments dans les établissements des soins, mauvaise gestion des recettes par les COSAN/COGES, insuffisance des ressources financières allouées aux formations sanitaires, aux PRA et à la CPA.

Avant la dévaluation du franc CFA en 1994, les prix des médicaments étaient fixés par la loi N°30 relative aux prix, aux interventions économiques et à la répression des infractions économiques du Ministère du commerce. Suite à cette loi, un arrêté conjoint des ministères du commerce et de la santé a accordé pour le secteur privé une marge de 20% sur le prix rendu N'Djamena aux grossistes et une marge de 30% sur le prix grossiste aux détaillants. Dans les secteurs public et confessionnel, les médicaments étaient distribués gratuitement. La loi N°24/PR/2000 du 24 novembre 2000, instaure la libre fixation des prix dans les limites de la structure de prix déterminée par arrêté conjoint MSP / Ministère du commerce. Mais cet arrêté conjoint n'est pas encore pris à ce jour et de fait, les prix des médicaments dans le secteur privé sont libres, et très élevés par rapport à ceux du secteur public.

En ce qui concerne le secteur public, l'arrêté N° 362/MSP/DG/DES/2003 portant harmonisation des tarifs des médicaments et actes, fixe les marges applicables: 16% pour la CPA, 19-25% pour les PRA et 30% pour les hôpitaux et centres de santé. Ces taux sont effectivement appliqués par la CPA et les PRA, mais ils ne sont pas respectés par les hôpitaux et les centres de santé, où les médicaments sont beaucoup plus chers (avec des taux allant parfois jusqu'à 400%).

Par ailleurs, diverses taxes contribuent à la cherté des médicaments dans le pays. Pour les importations du secteur privé, il y a 5 % de droit de douane, 18% de TVA pour les consommables médicaux, 2% de redevance statistique, 4% d'acompte et 1% de taxe d'enregistrement. Pour le secteur public, il y a 1% de taxe statistique.

### **Réglementation et sécurisation du secteur pharmaceutique :**

L'administration centrale des services pharmaceutiques est assurée par la Direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires (DPML) qui est l'une des directions centrales du Ministère de la santé publique ; ses attributions sont définies par le décret n°360/PR/PM/MSP/2006 du 23 mai 2006, portant organigramme du MSP.

Les cadres législatif et réglementaire pharmaceutiques sont définis par la loi N° 24/PR/2000 du 24 novembre 2000, relative à la pharmacie et ses textes d'application : le décret N°. 184/PR/MSP/2004 fixant les conditions d'ouverture et de fonctionnement d'une officine de pharmacie ; le décret N°. 185/PR/MSP/2004 fixant les conditions d'ouverture et de fonctionnement des dépôts pharmaceutiques ; le décret N°. 186/PR/MSP/2004 fixant les conditions d'ouverture et de

fonctionnement des établissements de fabrication des produits pharmaceutiques ; le décret N°. 187/PR/MSP/2004 fixant les conditions d'ouverture, d'organisation et de fonctionnement des établissements grossistes répartiteurs des produits pharmaceutiques ; le décret N°. 188/PR/MSP/2004 portant, composition, attributions et fonctionnement de la Commission Nationale du Médicament (CONAMED) et le décret N° 189/PR/MSP/2004 portant réglementation de la promotion médico-pharmaceutique.

**La DPML est chargée de tous les aspects de l'assurance de la qualité des médicaments**, cependant elle n'a ni les moyens ni les capacités pour s'acquitter de cette responsabilité.

- **L'homologation** est régie par la loi 24/PR/2000, relative à la pharmacie du 24 novembre 2000 et l'arrêté N°. 363/MSP/2003 portant modification de l'arrêté N°. 027/MSP/94 fixant les montants de droits d'enregistrements et de visa des produits pharmaceutiques au Tchad du 13 janvier 2004. Les procédures d'homologation élaborées depuis 1997 n'ont jamais été validées. Plus de 1000 autorisations de mise sur Le marché (AMM) ont été accordées pour les médicaments à usage humain et 19 AMM pour les médicaments vétérinaires depuis 1997, alors que des milliers de médicaments circulent dans le pays, dont l'origine et la qualité sont plus que douteuses. En l'absence de procédures, ces autorisations sont données sur la base de simples études administratives des dossiers.
- **L'inspection** des établissements pharmaceutiques est du ressort de la division de l'inspection pharmaceutique, qui n'a pas les moyens humains, matériels et logistiques nécessaires. Les procédures d'inspection ont été élaborées mais non validées. Des inspections générales ont eu lieu en 2006 et 2009 mais leurs recommandations ne sont pas mises en œuvre par le MSP.
- **Le contrôle de qualité** des médicaments entrant sur le marché tchadien ne se fait pas actuellement dans le cadre d'un laboratoire national. De temps en temps, la DPML prélève des échantillons au niveau de la CPA et les fait analyser dans des laboratoires extérieurs (Niger, France, Kenya et Cameroun). De leur côté, les importateurs de médicaments sont tenus de se conformer à leur cahier des charges en matière de qualité des médicaments importés. Les contrôles à l'extérieur occasionnent des ruptures et contribuent à la cherté des médicaments (les frais de contrôle sont répercutés sur les prix de vente). Pour remédier à cette situation, la Loi N° 13/PR/2008 du 10 juin 2008, a créé un Laboratoire national de santé publique au Tchad. Un projet de décret portant organisation et fonctionnement dudit laboratoire a été validé lors d'un atelier national à Douguia en novembre 2011. Ce projet est actuellement dans le circuit pour signature.
- **La pharmacovigilance**, système de suivi des effets indésirables des médicaments mis sur le marché, est créée par l'arrêté N°. 035/PR/PM/MSP/SE/SG/DGAS/DPML/2012 du 10 février 2012. Il n'y a pas encore de mécanisme de recueil d'information sur les effets inattendus des médicaments après leur mise sur le marché.

**Sélection et usage :** La liste nationale des médicaments essentiels et leur sélection sont basées sur la liste modèle de l'OMS et sur les critères suivants : efficacité, innocuité, coût et disponibilité sur le marché international. La première liste, élaborée en 1996, a été révisée en 1999, en 2004, en 2007 et en 2009 avec l'appui des partenaires du Ministère de la santé publique. La période entre deux révisions est en principe de deux ans mais la dernière n'a pas eu lieu faute de moyens financiers.



De nombreux documents d'aide à la prescription rationnelle ont été élaborés et validés mais n'ont pas été suffisamment vulgarisés faute de moyens nécessaires : formulaire national (1996), tableaux d'équivalence entre spécialités et génériques (1996), guide de diagnostic et de traitement des maladies courantes (1996), ordinogramme au premier échelon (2005). Ces différents documents ont été élaborés par des comités pluridisciplinaires, adoptés lors d'ateliers et publiés par arrêté du MSP. Ils nécessitent une révision et une large diffusion dans les structures de santé.

La sensibilisation des communautés concernant l'utilisation des médicaments est également insuffisante.

**Ressources humaines :** L'insuffisance quantitative et qualitative du personnel pharmaceutique (pharmaciens et auxiliaires) est manifeste à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris au niveau des pharmacies régionales d'approvisionnement. On compte au total 49 pharmaciens enregistrés à l'Ordre des pharmaciens, ce qui donne un ratio de un pharmacien pour 203 000 habitants, très loin du ratio couramment admis de un pour 20.000 habitants. 44 de ces pharmaciens - soit 90% - sont à N'Djamena et 17 régions sur 23 n'ont pas de pharmacien. Le pays compte 125 techniciens supérieurs en pharmacie. L'Institut universitaire des sciences et techniques d'Abéché contribue à la formation de ces auxiliaires en pharmacie depuis 2005, à raison de 30 par an. Les besoins en ressources humaines pharmaceutiques sont de 500 pharmaciens et 1000 techniciens supérieurs (norme OMS). Pour remédier à cette situation, le Gouvernement vient de mettre en place une formation locale de pharmaciens à l'université de N'Djamena.

**Médecine et pharmacopée traditionnelles :** La médecine traditionnelle est d'utilisation courante dans la population tchadienne. Afin d'encadrer son utilisation et sa pratique, des projets de textes ont été élaborés et adoptés techniquement en 2002, mais ils ne sont toujours pas adoptés par le Gouvernement et l'assemblée nationale : loi portant création d'un conseil national des tradipraticiens, décret portant déclaration de la Politique nationale sur la médecine traditionnelle, décret portant code de déontologie des tradipraticiens, décret portant création de la charte nationale pour la protection des savoirs traditionnels et des droits de la propriété intellectuelle relatifs aux médicaments issus de la médecine traditionnelle et directives pour l'enregistrement des médicaments issus de la médecine traditionnelle.

**Ventes illicites de médicaments :** Les médicaments contrefaits ou faux médicaments et ceux vendus hors circuit officiel constituent le marché illicite. Le marché illicite est un délit grave qui a pris des proportions très inquiétantes dans le pays. Il met en danger des vies humaines et sape l'efficacité des initiatives de lutttes contre les maladies prioritaires. Les conséquences de ce marché sont : - - Sur le plan sanitaire : augmentation de la résistance microbienne aux antibiotiques, atteinte des organes nobles (cœur, foie, reins), intoxications médicamenteuses, accoutumance et effets secondaires invalidants ou mortel.

- sur le plan sécuritaire : parmi ces produits vendus, on trouve des stupéfiants et psychotropes. La consommation de ces produits hautement dangereux et nocifs est à l'origine de la criminalité, des accidents de circulation dans nos villes, villages et ferriks (exemple de tramol).
- - sur le plan économique : l'importation et la vente frauduleuse de ces produits échappent au contrôle fiscal, ce qui est un manque à gagner pour l'Etat.

### **V-3-2 Vaccins**

Des efforts importants ont été déployés par le Gouvernement et ses partenaires en vue de l'éradication de la poliomyélite au Tchad et pour le renforcement du PEV de Routine. Depuis quelques années, le pays achète les vaccins traditionnels du PEV de Routine et honore ses engagements dans le cofinancement des nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés???. Le PEV apporte un appui technique et matériel aux délégations sanitaires pour la mise en œuvre de la politique nationale de vaccination dans l'ensemble du pays, y compris l'approvisionnement et la distribution des vaccins et intrants.

L'approvisionnement des vaccins par le niveau central se fait deux fois par an. La distribution du niveau central vers la Chaîne de froid Régionale se fait une fois par trimestre, de la Région vers les districts sanitaires une fois tous les deux mois et des districts de santé vers les Centres de santé, une fois par mois.

La revue du PPAC 2008-2012 a montré des insuffisances dans la performance du PEV, dont les plus importantes sont l'approvisionnement irrégulier en vaccins et autres intrants et une mauvaise gestion des vaccins au niveau opérationnel. L'insuffisance de l'analyse des données au niveau périphérique constitue un problème préoccupant, avec des conséquences en matière d'approvisionnement. Par ailleurs, la non transmission au niveau central des données sur le stock de vaccins et autres intrants du PEV ne permet pas une réaction prompte du programme pour pallier les ruptures de stocks et le sur-stockage éventuels. Plus généralement, les difficultés de gestion de vaccins et matériel de vaccination dans les délégations sanitaires régionales restent entières et sont liées au manque de formation et de supervision des chargés du PEV à tous les niveaux.

La revue externe du PEV a révélé que 60% des formations sanitaires ont connu au moins une fois une rupture de stocks en vaccins et autres intrants. Les disparités constatées dans la satisfaction des besoins des régions s'expliquent par :

- le manque d'informations sur l'état de stock en début d'année de certaines régions ;
- l'absence d'harmonisation des données démographiques entre le niveau central et les régions ;
- l'approvisionnement de certaines régions sur le stock des urgences.

Du fait des difficultés importantes de stockage des intrants mobilisés dans le cadre du PEV de Routine et des activités de vaccination supplémentaire, le PEV a démarré la construction d'une chambre froide au niveau central, qui devrait être prête en juin 2013, et envisage la construction de dépôts sous-nationaux ; la remise des sites aux entreprises a eu lieu en octobre 2012 à Sarh et Moundou, mais les travaux n'ont pas encore démarré.

## **V-4 INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS**

### **V-4-1 Infrastructures**

**Cadre institutionnel et réalisations :** Le Ministère de la santé publique est le maître d'ouvrage pour toutes les infrastructures sanitaires construites ou réhabilitées. Depuis 2005, le Ministère des infrastructures est maître d'ouvrage délégué, assurant donc la gestion de tous les projets relatifs aux infrastructures : sélection des entreprises de construction et des bureaux d'études, contrôle et supervision des travaux. L'expression des besoins et la

programmation des infrastructures sanitaires restent de la responsabilité du MSP, qui est associé à la supervision et à la réception des ouvrages. Les deux ministères tiennent une réunion mensuelle, lors de laquelle le Ministère des infrastructures présente l'état d'avancement des travaux.

Le Tchad compte au total 86 Hôpitaux Districts, dont 63 dits fonctionnels et 23 non fonctionnels, et 1275 Centres de Santé, dont 1028 dits fonctionnels et 247 non fonctionnels.

**Au niveau central et pour N'Djamena :** le nouveau siège du MSP permet une meilleure coordination parce que toutes les directions techniques, autrefois éparpillées dans la ville, sont regroupées dans une même enceinte.

L'HGRN est en voie de modernisation avec la création actuelle d'une unité de dialyse et d'une salle de scanner équipée. D'une manière générale, les services spécialisés nécessitent d'être renforcés par des équipements modernes et en quantité suffisante. L'HME est fonctionnel depuis le début de l'année 2011, ce qui a permis de décongestionner l'HGRN en matière de soins liés au couple mère-enfant. L'Hôpital moderne aura 240 lits ; sa construction et son équipement ont commencé il y a trois ans, au quartier Djari ; il devrait être fonctionnel au dernier trimestre de l'année 2013.

Concernant les autres hôpitaux de la capitale, il faut noter la construction d'un hôpital confessionnel dans le premier arrondissement (quartier Guinébor), d'une capacité d'environ 100 lits. Un hôpital de district est prévu par arrondissement mais la réalisation est lente. Il en existe un dans le dixième arrondissement, fonctionnel depuis un an (quartier Goz Ator) et quatre marchés sont approuvés pour des implantations prévues à Farcha, dans le premier arrondissement (hôpital de rang régional), ainsi que dans les septième, huitième et neuvième arrondissements (hôpitaux de districts).

**Au niveau intermédiaire :** la moitié des régions sanitaires ne disposent pas de bureaux adaptés pour les DSR. On a achevé la construction de tels bureaux dans les régions du Chari-Baguirmi et du Mayo-Kebbi Ouest.

Cinq hôpitaux régionaux sont en cours de construction depuis 2010 : à Biltine, Ati, Fada, Am-Timan et Pala. Un hôpital régional a été construit et équipé à Doba sur les revenus pétroliers, par le comité de gestion de 5% des revenus pétroliers accordés à la région productrice. Huit DSR (Mayo-Kebbi Ouest, Chari-Baguirmi, Hadjer Lamis, Barh El Ghazel, Dar Sila, Ennedi Est et Ouest, Tibesti) ne disposent pas de structures de stockage et d'approvisionnement en médicaments. Dans les autres régions, les pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA) sont construites de façons différentes les unes des autres, sans qu'existent des normes au MSP.

En 2012, le pays compte huit hôpitaux régionaux, dont la fonctionnalité est relative. Ces hôpitaux disposent d'infrastructures, de quelques équipements lourds et des ressources (humaines, matérielles, financières) plus moins requises. Ce sont, pour la plupart, d'anciens hôpitaux de préfecture ou de district. Il s'agit des HR de Moundou, Sarh, Bongor Abéché,

Pala, Mongo, Biltine, Ati et Koumra. La construction et l'équipement sont les principales causes de non fonctionnalité des hôpitaux des régions.

Le Gouvernement projette de construire un hôpital de la mère et de l'enfant dans chaque chef-lieu de région.

**Au niveau périphérique** : dans la plupart des districts sanitaires, les bureaux du district se confondent avec les services administratifs de l'hôpital, sauf à Abéché, Mao, Moundou et Sarh. Ces locaux ne sont pas souvent pris en compte dans les projets de construction. Entre 2007 et 2011, 18 hôpitaux de district ont été construits, équipés et rendus fonctionnels.

Soixante-trois hôpitaux de districts, sur 83 que compte le pays (soit 76%), sont dits fonctionnels à la fin 2011 (*voir critères de fonctionnalité à l'annexe 3*), parmi lesquels 20 disposent de l'équipement biomédical requis et certains ne répondent pas aux normes en matière de structures de stockage ou de pharmacie, de salle de radiologie, de bacs à ordures ou de buanderie. Les principales causes de non fonctionnalité de ces hôpitaux de districts sont le manque d'infrastructures, d'équipement et de ressources.

Le quart des districts environ ont des centres de santé distants de plus de 50 km de l'hôpital. La DSR du Wadi Fira compte à elle seule plus de 30 CS (soit 90% de ses CS) situés à plus de 50 km de l'hôpital de district. Les DSR du Ouaddaï, de Hadjer Lamis, de Bahr El Gazel, du Logone oriental, du Lac et du Mayo Kebbi Est ont chacune au moins 20 CS distants de 50 km ou plus de l'hôpital de district. Il faut noter qu'au Borkou, Ennedi, Tibesti et Kanem, il existe des CS situés à plus de 100 km de l'HD.

D'après les données de la Direction de planification, 1028 CS (soit 76%) sont fonctionnels pour un total de 1275 (*voir critères de fonctionnalité à l'annexe 3*). Ces zones de santé non fonctionnelles manquent des ressources et des infrastructures nécessaires pour assurer des soins curatifs et préventifs de base aux populations.

#### **V-4-2 Equipements médico-techniques (EMT)**

**L'acquisition des équipements** se fait sur le budget de l'Etat par la Direction générale des ressources et de la planification. Certains partenaires apportent des contributions sous forme de dons en équipements. La répartition des équipements dans les formations sanitaires se fait à travers les DSR.

**De manière générale**, le secteur de la santé souffre des insuffisances et de la vétusté des EMT qui ralentissent considérablement la performance des services de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les données des 23 PRDS montrent une insuffisance en équipements lourds pour le fonctionnement des 63 hôpitaux de districts et des huit hôpitaux régionaux. Par ailleurs, et les PRDS le confirment nettement, l'absence de normes nationales pour l'acquisition et la distribution des EMT constitue un véritable goulot d'étranglement pour les utilisateurs. Le manque de banques de sang au niveau périphérique est un

problème critique dans un pays où les hémorragies occupent le premier rang des causes de décès maternels. On note en outre une pénurie de personnels qualifiés pour la maintenance et l'installation. Les EMT ont des origines diverses (France, Japon, Chine, Inde...). Les achats de matériels biomédicaux sont peu harmonisés et non coordonnés (résultat de l'évaluation de PNDS1), et aucun texte ne régit les dons en matériels et équipements médicaux. Enfin, l'absence de comptabilité matière dans le domaine des équipements médico-techniques rend difficile l'inventaire des EMT et leur sécurisation.

Dans le cadre de l'exécution du budget 2013, tous les besoins en équipement toutes catégories confondues sont transmis au Ministère des infrastructures et équipements qui, à son tour les commande et les met à la disposition du MSP. Ce qui aura pour conséquences :

- Le retard dans l'acquisition de ces équipements ;
- Le non-respect de normes (l'inadéquation entre besoin exprimé et la commande livrée);
- Le dysfonctionnement des services du MSP
- une dizaine de districts seulement, sur une soixantaine de districts dits « fonctionnels » disposent d'un véhicule de supervision. moins du tiers des ZR dites « fonctionnelles » organisent des stratégies avancées faute de moyens roulants (motos), d'équipements (chaîne du froid) et d'intrants.
- Tous les hôpitaux de districts ont au moins une ambulance en 2012.

**Tableau 18 : Equipements des districts et Centre de santé**

DSR	Nombre de District	Nbre DS disposant de véhicule de supervision	Nbre de DS disposant d'ambulance	Nbre DS disposant d'un appui au fonctionnement (ONG,	Nbre de Centres de Santé	Nbre CS disposant des motos en nombre requis
BAHR EL GAZAL	1	0	1	1	35	6
BATHA	3	1	3	3	38	3
BORKOU	1	1	2	1	6	0
CHARI BAGUIRMI	4	0	4	0	41	2
ENNEDI EST	2	1	1	1	8	2
ENNEDI OUST	1	0	1	1	4	4
Guera	4	1	3	2	52	18
HADJER LAMIS	3	1	0	0	43	1
KANEM	2	2	2	2	95	18
LAC	3	1	3	0	58	0
LOGONE OCCIDENTAL	3	2	1	3	46	19
LOGONE ORIENTAL	7	3	1	5	97	24

MANDOUL	4	0	3	0	51	46
MAYO KEBBI EST	4	n/d	n/d	n/d	79	n/d
MAYO KEBBI OUEST	2	n/d	n/d	n/d	81	n/d
MOYEN CHARI	3	1	2	3	54	65
NDJAMENA	4	1	4	0	33	4
Ouaddai	3	3	3	3	49	38
Salamat	3	0	3	3	26	11
Sila	2	1	4	3	16	1
TANDJILE	4	1	2	4	70	0
TIBESTI	1	1	2	1	3	0
Wadi Fira	4	3	3	2	52	0
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>24</b>	<b>44</b>	<b>36</b>	<b>1037</b>	<b>262</b>

Sources : *PRDS* *et* *annuaire* 2011

## DEUXIEME PARTIE : PROBLEME IDENTIFIES ET AXES STRATEGIQUES

### VI. PROBLEMES PRIORITAIRES

Les difficultés critiques du secteur de la santé énumérées ci-dessous – comme l'état des lieux présenté en première partie de ce document - sont issues de l'analyse des PRDS, de l'évaluation du PNDS1, des documents de politiques et stratégies nationaux et du travail des commissions thématiques.

#### VI.1 Prestations des services de santé

Les difficultés concernant les prestations des services de santé au Tchad sont considérables. Elles sont en grande partie liées, ainsi que cela est décrit dans la première partie, à des insuffisances en matière de ressources, d'intrants, de coordination et de gestion du secteur. Si l'on s'en tient strictement aux soins de santé, le problème principal est une offre qui, en quantité et en qualité, ne garantit pas la prise en charge correcte des principaux problèmes de santé. Les populations ont un accès réduit aux services de santé et utilisent faiblement ceux auxquels elles ont accès.

**Les populations ont un accès très insuffisant aux PMA et PCA complets.** On note des écarts importants d'un district à un autre et d'une délégation à une autre. La situation est particulièrement préoccupante pour les soins maternels, néonataux et infantiles, comme le confirme l'évaluation à mi-parcours de la FRNMMNI. La couverture en structures sanitaires

est faible, et celles qui existent ne disposent pas de tous les intrants nécessaires pour offrir un PMA et un PCA complets et de qualité.

**Les services et les soins manquent d'intégration et d'outils de gestion :**

- insuffisance des instruments d'aide à la prise en charge des patients (protocoles, ordinogrammes) ;
- système de référence et contre-référence mal assuré entre les différents niveaux du fait d'une mauvaise organisation ;
- faible supervision formative des structures et insuffisance de monitoring à tous les niveaux.

**La prise en charge des maladies prioritaires, des maladies tropicales négligées, des maladies à potentiel épidémique et de la malnutrition est peu efficace.**

- les appuis aux services de santé sont insuffisants et inégalement répartis,
- ces appuis sont peu harmonisés et pas assez intégrés au niveau opérationnel.

**La population est peu impliquée dans la gestion des problèmes de santé au niveau opérationnel.**

**Face à ces difficultés le Gouvernement dispose de divers appuis** de partenaires internationaux et bilatéraux (agences gouvernementales et intergouvernementales, ONG...). Ces appuis portent sur des domaines, des différents niveaux du système de santé et des zones géographiques différents. Ils jouent un rôle fondamental mais posent des problèmes critiques de coordination au niveau opérationnel. La plupart des programmes nationaux disposent de plans stratégiques (élaborés le plus souvent indépendamment les uns des autres, avec des horizons temporels différents) : il importe de tirer les leçons du passé, notamment en termes d'intégration des appuis opérationnels et de couverture des zones d'accès difficile.

## **VI.2 Gouvernance**

**D'une manière générale, le secteur de la santé est fragmenté et les priorités sectorielles sont peu établies.** Les compétences des cadres en gestion, la qualité du suivi, les supervisions et les contrôles sont faibles aux différents niveaux du système et manquent d'outils appropriés. En conséquence, la gestion des activités et des ressources est problématique. Les méthodes de travail sont peu propices à la coordination et au dialogue. Elles favorisent la réaction plus que l'anticipation.

**Le pilotage et la coordination du secteur santé sont faibles.** Il manque au secteur une vision d'ensemble, avec une direction ferme au niveau du MSP. Le PNDS1 n'a pas été un instrument de pilotage et n'a pas été considéré comme tel par les autorités. La planification opérationnelle qui a pu exister, ainsi que le suivi et l'allocation des ressources, se sont faites

selon des mécanismes divers et partiels, sans lien avec un cadre sectoriel établi. Le MSP n'a pas toujours l'entière maîtrise des décisions, comme c'est le cas pour les infrastructures (pour lesquelles il existe un ministère) et la coordination interministérielle est parfois difficile. Aux niveaux déconcentrés, le manque de moyens logistiques, de compétences et de visibilité concernant les appuis du niveau central et des partenaires – et parfois même, les appuis locaux – sont des handicaps à la coordination et au suivi des interventions.

**Les cadres stratégiques et les textes réglementaires sont très insuffisants.** Un certain nombre de domaines clefs manquent d'orientations stratégiques (prise en charge des populations d'accès difficile, hygiène hospitalière, maladies non transmissibles...) et de normes (infrastructures et équipements). Le découpage sanitaire du pays demande des adaptations. Il n'existe pas de carte sanitaire actualisée pouvant servir d'outil d'aide à la décision. Le cadre réglementaire est en partie inadapté et insuffisamment appliqué : certains services du MSP n'ont toujours pas de statuts appropriés, des lois importantes sont sans textes d'application et le secteur privé à but lucratif (formel et informel) fonctionne en partie dans un vide juridique.

**Les ressources financières posent des problèmes de mobilisation, d'allocation et d'utilisation.** La répartition du budget du secteur santé, établi dans le cadre d'une nomenclature administrative, ne se fait pas sur la base d'une clé de répartition qui permettrait d'appuyer efficacement la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Ceci concerne notamment les régions et les hôpitaux. La gouvernance financière est faible, avec des suspensions répétées d'exécution de la dépense et un non-respect des textes régissant la gestion des finances publiques ainsi que des retards dans la mise à disposition des autorisations de dépenses des DSR qui représentent des montants très faibles, dont une part infime arrive de fait en périphérie.

Le secteur de la santé fait l'objet d'une allocation de ressources à la fois inéquitable et inefficace. Ceci est lié à la faiblesse de la planification et de la gestion des données à tous les niveaux, à la centralisation excessive des crédits de fonctionnement du secteur, à la faible implication des DSR dans le processus budgétaire, à une coordination insuffisante entre l'Etat et ses partenaires financiers, à une mobilisation de l'aide qui se fait sur la base de programmes nationaux et de projets de coopération avec leurs propres mécanismes de gestion. La création anarchique de districts et de centres de santé n'obéissant pas aux normes et critères de découpage sanitaire du ministère, disperse les ressources disponibles et les efforts de planification du secteur. L'ensemble a pour résultat une gestion complexe et pose de réelles questions quant à l'équité.

**Le domaine de la gouvernance est déterminant pour le fonctionnement de l'ensemble** car de lui dépendent le cadre institutionnel et juridique, le dialogue sectoriel et intersectoriel au plus haut niveau, la direction et la coordination d'ensemble, les grandes priorités et l'équité dans la répartition des moyens disponibles. Il nécessite un réel « leadership » de la part du



ministère. L'assistance technique existante et prévue est un atout. Il importe d'utiliser le PNDS2 et les PRDS, même si ce sont des cadres qui présentent quelques insuffisances, et de créer un véritable partenariat sur le secteur et chacun de ses « piliers », au-delà des projets spécifiques.

### **VI.3 Information Sanitaire**

**Les difficultés du SIS telles qu'analysées en 2011 tiennent principalement à des problèmes d'organisation et de mise en œuvre qui sont entre autres :**

- une insuffisance de moyens pour reproduire les supports de collecte et de transmission de l'information et pour la fourniture des autres consommables : les fréquentes ruptures des outils de collecte aux différents niveaux limitent la complétude et la promptitude des données ;
- peu d'ordinateurs dédiés au SIS dans les DSR : neuf, pour 23 DSR. Le logiciel Gesis n'est installé que sur deux ordinateurs, avec pour conséquence un flux extrêmement lent de transmission et de traitement des données ;
- le manque de maintenance, notamment préventive, des équipements informatiques à tous les niveaux et l'absence de sauvegarde systématique et généralisée des données ;
- la faible déconcentration du système dans la saisie et l'analyse des données : par exemple, en 2010, une seule délégation sanitaire régionale sur les 22 que comptait le pays, a saisi les données à son niveau ;
- des ressources humaines insuffisantes, pas assez formées ni motivées et travaillant dans de mauvaises conditions, faiblement supervisées en périphérie par le niveau central et peu encadrées à la base. Six agents seulement sont formés sur le SIS dans les 23 DSR.

**En amont, le SIS manque de pilotage, de planification et de coordination.**

Ces difficultés ont pour conséquences une information sanitaire (y compris pour la surveillance épidémiologique et nutritionnelle) insuffisante, de mauvaise qualité et faiblement utilisée. Ceci génère une démotivation du personnel par rapport au SIS et l'instauration de systèmes parallèles.

**Un véritablement engagement de l'état et de ses partenaires financiers** pour assurer les ressources nécessaires durablement est un préalable aux interventions d'amélioration. Il importe de capitaliser sur le travail considérable de conception et de négociation déjà réalisé (sélection des indicateurs et élaboration des supports, outils, manuels etc.), tout en tenant compte de besoins nouveaux suite à l'introduction de certaines réformes et en évitant à tout prix la mise en place de SIS « ad hoc ».

### **VI.4 Ressources Humaines**

**Les problèmes majeurs en matière de personnels de santé sont :**

- le manque critique de personnel qualifié dans les hôpitaux régionaux, les hôpitaux de district et les centres de santé (médecins généralistes, sages-femmes et infirmiers), avec parfois un seul agent qualifié pour un CS ;
- la pénurie de médecins spécialistes ;
- une répartition géographique très inéquitable du personnel de santé, avec le refus de nombreux personnels d'être affectés en zones austères ou de regagner leurs postes ;
- l'inadéquation de la formation aux besoins de terrain et l'insuffisance de l'encadrement et du suivi des agents.

**Ces problèmes sont eux-mêmes la conséquence de difficultés importantes en matière de production et de gestion des ressources humaines :**

- les besoins ne sont pas correctement répertoriés et les recrutements sont insuffisants ;
- les DSR ne disposent pas des moyens nécessaires pour la gestion du personnel ;
- la formation initiale est de qualité insuffisante, elle produit trop peu de personnels et les formations ne sont pas harmonisées ;
- la formation continue ne suit pas de plan d'ensemble, elle est insuffisante et peu coordonnée ;
- la problématique des RH ne fait pas l'objet de recherches.

**Face à ces problèmes et difficultés, un certain nombre de réponses sont en cours** auprès de la DRH, de certains services de santé et institutions de formation – avec, notamment, l'appui de l'AFD, de l'UE, de l'UNICEF, de l'UNFPA, de l'OMS... Des recrutements sont même directement opérés auprès d'autres pays et avec les agences du système des Nations Unies pour pallier pour une durée déterminée le manque de personnels tchadiens. Le MSP pourra s'appuyer sur ces interventions, en cherchant toutefois à en assurer leur efficacité à travers une bonne coordination.

## **VI.5 Financement du secteur**

**Le financement du secteur de la santé est encore faible - malgré l'évolution récente concernant le budget de l'Etat - et ce financement est peu « lisible ».** Le budget du Ministère de la santé publique a augmenté récemment, sans toutefois passer la barre des 10% du budget général ; l'investissement est le poste le plus important. La dépense publique de santé, en augmentation dans les années récentes, est actuellement aux alentours de 8 \$ EU, encore loin des recommandations internationales (comme celles de la Commission « macroéconomie et santé »). L'aide extérieure a diminué ces dernières années et se fait sous forme de projets ou d'appuis à des programmes et des services, selon des procédures non harmonisées ; cette aide n'est pas complètement connue. La participation communautaire officiellement enregistrée est faible. L'Etat et ses partenaires financiers interviennent à travers des sources différentes, sans cadre d'ensemble.

**Le financement du secteur de la santé est peu efficace et inéquitable.** Les problèmes de gouvernance financière ont été exposés plus haut (6.2). Ils s'accompagnent d'un manque critique de compétences en matière de finances publiques et de gestion. Enfin, fondamentalement, et même si cette part est encore mal connue, une part excessive du

financement du secteur reste à la charge de populations extrêmement pauvres. La gratuité de certaines prestations est un pas en avant significatif, qui demande à être rationalisé. Les mécanismes de financement basés sur la solidarité et sur la performance des services sont encore à un stade expérimental. L'ensemble appelle une harmonisation.

**Les efforts récents doivent se poursuivre en s'amplifiant.** Il importe que l'Etat assume durablement ses responsabilités quant à la priorité affirmée de la santé dans le développement du pays, tant du point de vue du montant des ressources publiques qui lui sont allouées, que de la gestion de ces ressources. Il importe aussi d'accélérer et d'amplifier, de façon coordonnée entre l'Etat et ses partenaires, le travail entamé autour du concept de couverture universelle en santé : études, analyse et réforme du financement actuel du secteur prenant appui sur les mécanismes encore peu développés visant un accès équitable de la population à des soins de qualité de manière durable.

## **VI.6 Médicaments, réactifs, consommables médicaux et vaccins**

Le domaine des médicaments illustre bien à la fois l'importance du cadre juridique – abordé plus haut sous le thème de la gouvernance (6.2) - et le fait que ce cadre n'est qu'une partie de la réponse à des problèmes particulièrement critiques.

**Les médicaments, réactifs et consommables médicaux sont peu disponibles** dans les formations sanitaires du fait des carences en matière de gestion. Celles-ci sont accrues par la multiplication des mécanismes d'approvisionnement et de distribution selon les projets et programmes et du fait de structures (DPLM, CPA, PRA, hôpitaux, districts sanitaires) qui manquent de moyens humains, logistiques et financiers.

**Importés dans leur totalité, les médicaments, réactifs et consommables sont peu accessibles pour la population** du fait de leur coût élevé, en particulier dans le secteur privé, et d'un système de recouvrement des coûts peu performant dans le secteur public.

**Ils sont souvent peu sûrs**, avec :

- un système d'assurance qualité peu fonctionnel – absence de procédures officielles pour l'homologation, l'inspection, le contrôle de qualité et la pharmacovigilance, et le manque de moyens,
- des importations anarchiques,
- la prolifération de la vente illicite,
- l'absence de régulation de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle.

**Enfin, ces produits font l'objet d'une utilisation peu rationnelle** de la part des agents de santé, des patients et du public en général.

**Des signes encourageants concernant les ressources humaines, la qualité ou la production ne doivent pas masquer les grosses difficultés d'approvisionnement et de distribution.** La mise en place d'une formation de pharmaciens à N'Djamena et la perspective de disposer de services nationaux pour le contrôle de qualité et la production locale peuvent être considérées comme des avancées. Le Gouvernement et ses partenaires doivent néanmoins respecter les engagements pris dans le cadre du pré-pacte et le MSP, sur cette base, devra analyser, suivre et coordonner progressivement l'approvisionnement et la distribution de médicaments au Tchad afin d'en améliorer significativement la performance.

**Les problèmes les plus critiques concernant les vaccins et autres intrants de la vaccination sont :**

- un approvisionnement irrégulier et un circuit de distribution non fiable, avec d'importants taux de perte et des ruptures de stocks à tous les niveaux de conservation ;
- une mauvaise gestion prévisionnelle, avec des problèmes de qualité et de transmission de données.

**Le PPAC 2013-2017** prévoit de diminuer les taux de pertes et les ruptures de stocks, et d'améliorer les matériels de conservation à travers des actions de formation, des supervisions, de renforcement de la logistique et de la maintenance. Il sera important de bien considérer les facteurs qui ont limité les résultats du précédent PPAC.

## **VI.7 Infrastructures et équipements**

Des efforts importants ont été consacrés par l'Etat tchadien aux infrastructures dans les années récentes et de nombreux projets de construction d'infrastructures sanitaires sont en cours. Les ressources pour faire fonctionner l'ensemble des nouvelles structures manquent cependant.

**Le domaine demande par ailleurs à être rationalisé**, du fait d'un problème général de répartition et de fonctionnalité des constructions dû en partie au défaut actuel de coordination et à un faible contrôle de la part des autorités sanitaires :

- bicéphalisme dans la gestion (santé et infrastructures) - avec une conception et une exécution des projets qui court-circuite parfois le MSP ; manque d'orthodoxie et clientélisme, avec des demandes et des créations anarchiques croissantes de structures sanitaires (problèmes déjà signalés plus haut - au 6.2 - sous le thème de la gouvernance) ;
- absence d'un document de normes validé pour les infrastructures et carte sanitaire obsolète ;
- manque de rigueur dans la sélection des entreprises attributaires et décalage entre le recrutement des cabinets de contrôle des marchés et le lancement des débuts de travaux, qui ne permet pas d'assurer un bon suivi et un contrôle;
- manque de moyens financiers, matériels et logistiques pour la supervision et le suivi des chantiers.

**Les problèmes prioritaires concernant les équipements médico-techniques et la logistique se résument à:**

- une insuffisance quantitative globale ;
- une grande disparité, du fait notamment d'origines variées et de l'absence de normes ;
- un système de maintenance inexistant et une absence de services après-vente;
- une comptabilité et une gestion problématique (inexistence d'inventaire fiable et non fonctionnalité de la comptabilité matière).

**En lien direct avec la question de la gouvernance, le domaine des infrastructures et des équipements** demande à la fois un cadre normatif rigoureux, un contrôle et un suivi, enfin une allocation équitable qui prenne en considération d'abord les zones les plus démunies.

Les problèmes clef mentionnés dans ce chapitre, concernant les prestations des services de santé, la gouvernance et les ressources du secteur, ont pour conséquence une forte mortalité maternelle, infanto juvénile et néonatale dans la population tchadienne. Elle est frappée lourdement par les maladies transmissibles, les maladies évitables par la vaccination et, désormais, les maladies non transmissibles. Aucune région du pays n'échappe aux épidémies.

## VII. AXES STRATEGIQUES

La politique nationale de santé a pour but d'accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité au Tchad. Conformément à la PNS, le présent PNDS vise à assurer à toute la population l'accès à des services de santé de base de qualité. L'accent est mis en particulier sur les plus pauvres et les plus vulnérables – une grande partie de la population.

Les stratégies – comme l'état des lieux qui précède - sont structurées selon les piliers principaux du système de santé : prestations des services, gouvernance, information sanitaire, ressources humaines, financement, médicaments, vaccins et consommables médicaux, infrastructures et équipements. Cette approche devrait permettre d'aborder de façon plus intégrée les problèmes clefs de performance auxquels font face tous les programmes de santé - qui opèrent de façon trop fragmentée - et tous les services, appuyés différemment et inégalement et, pour certains, entièrement livrés à eux-mêmes.

Ainsi qu'annoncé dans l'introduction, et sauf changements majeurs dans les politiques et stratégies nationales et internationales, le présent PNDS sera prolongé au-delà de 2015. En conséquence, les objectifs stratégiques sont à long terme et les objectifs spécifiques à moyen terme. Les résultats attendus sont, quant à eux, ciblés sur la fin 2015, qui sera une année de revue approfondie.

## VII-1. PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE

**Objectif stratégique: Assurer la qualité des soins et l'accès aux services de santé à toute la population**

**Objectifs spécifiques :**

### **1. Offrir des soins de santé intégrés et complets dans les formations sanitaires de premier et deuxième niveaux**

R.1.1 Le PMA complet est mis en œuvre dans tous les centres de santé fonctionnels et le PCA complet dans 70% des hôpitaux de district.

R.1.2 Les documents de directives (normes, protocoles etc.) pour la prise en charge adéquate des malades, y compris l'orientation sur des soins intégrés et centrés sur la personne, sont disponibles et utilisés dans toutes les formations sanitaires.

R.1.3 Toutes les formations sanitaires utilisent le système de référence et contre référence pour une meilleure prise charge des malades.

R.1.4 Les centres de santé et les hôpitaux de district font l'objet de supervisions régulières.

### **2. Renforcer la performance des programmes nationaux dans la prévention, la prise en charge et le contrôle des conditions et des problèmes de santé prioritaires**

R.2.1 La prise en charge de la santé de la reproduction s'améliore grâce au renforcement des capacités des formations sanitaires périphériques.

R.2.2 La prise en charge du VIH/SIDA s'améliore grâce au renforcement des capacités des formations sanitaires.

R.2.3 La prévention et la prise en charge du paludisme s'améliorent grâce au renforcement des capacités des formations sanitaires périphériques.

R.2.4 La prévention et la prise en charge de la tuberculose s'améliorent grâce au renforcement des capacités des formations sanitaires périphériques.

R.2.5 Des stratégies de surveillance, de prévention et de riposte pour les maladies à potentiel épidémique sont mises en œuvre.

R.2.6 Les stratégies de développement du PEV sont mises en œuvre.

R.2.7 Les capacités des formations sanitaires périphériques pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition aigüe et des carences en micronutriments sont renforcées.

R.2.8 La population est progressivement impliquée dans la gestion des problèmes de santé à travers des COSAN et des COGES redynamisés.



## VII-2. GOUVERNANCE

**Objectif stratégique: Améliorer la gouvernance et le leadership du secteur de la santé**

**Objectifs spécifiques :**

### **1. Améliorer le cadre juridique, le dialogue politique et la gestion d'ensemble du secteur de la santé**

R.1.1 Les textes statutaires de la CPA, des PRA, la réforme hospitalière, le code de déontologie médicale, les textes sur la bi appartenance et sur la gratuité des soins, le code de santé publique (tous élaborés) sont adoptés et publiés.

R.1.2 Les textes régissant le fonctionnement du secteur privé sont élaborés, adoptés et publiés.

R.1.3 Les lois sur l'ENASS, les écoles régionales, la santé de reproduction, la protection des PVVIH et le code d'hygiène disposent de textes d'application adoptés et publiés.

R.1.4 Une stratégie spécifique pour la santé des populations d'accès difficile (nomades, insulaires ...) est élaborée et mise en œuvre.

R.1.5 Les programmes nationaux pour le contrôle des maladies non transmissibles et des maladies tropicales négligées sont mis en place.

R.1.6 La politique nationale de la nutrition et de l'alimentation (PNNA) et le plan d'action correspondant sont rédigés, budgétisés et validés.

R.1.7 Un nouveau plan de découpage sanitaire adapté aux besoins de la population est disponible.

R.1.8 L'organigramme du MSP est adopté, la description des postes et profils est rédigée, adoptée et appliquée.

### **2. Renforcer la coordination et le suivi des interventions à tous les niveaux du système de santé**

R.2.1 Les réunions des comités directeurs sont tenues régulièrement.

R.2.2 Le suivi des recommandations du comité directeur est amélioré à chaque niveau.

R.2.3 Les organes de gestion des districts, des hôpitaux et des PRA sont progressivement rendus fonctionnels.

R.2.4 Un « compact » présentant les engagements du gouvernement et de ses partenaires principaux pour la mise en œuvre du PNDS2 est élaboré et appliqué.

R.2.5 Les organes de suivi du PNDS et des PRDS sont opérationnels.

### **3. Renforcer les capacités du Ministère pour (i) une bonne mobilisation des ressources humaines et financières, (ii) une bonne répartition géographique, (iii) une bonne utilisation des ressources**

R.3.1 Le MSP a défini une clef de répartition des ressources financières de l'Etat dans les régions et les services centraux.

R.3.2 L'arbitrage des budgets est organisé annuellement, avec la participation de tous les partenaires.

R.3.3 La mobilisation des ressources financières dans les délais et leur bonne utilisation sont renforcés, notamment par un dialogue avec les ministères des finances et de l'administration du territoire, avec l'Assemblée nationale et les collectivités décentralisées.

R.3.4 Les plaidoyers auprès des hautes autorités pour l'augmentation du quota de recrutement des agents de la santé sont assurés.

R.3.5 Un programme de couverture des régions en ressources provenant de l'Etat et des partenaires est élaboré sous l'égide du MSP et mis en œuvre pour corriger les déséquilibres actuels et intégrer les structures privées à but lucratif et non lucratif dans la couverture sanitaire.

R.3.6 La mobilisation et le redéploiement du personnel qualifié sont assurés, notamment à travers une plate-forme de coordination des initiatives concernant les ressources humaines - système des Nations Unies, diaspora, coopération sud-sud, formation des médecins spécialistes au Tchad – impliquant le Ministère de l'enseignement supérieur et celui de la fonction publique.

R.3.7 Le MSP assure une supervision et un contrôle régulier et efficace de l'utilisation des ressources à tous les niveaux du système de santé.

### **VII-3. INFORMATION SANITAIRE**

**Objectif stratégique** : Améliorer la performance du système d'information sanitaire pour la production régulière d'informations clef de qualité, leur mise à disposition dans les délais et leur utilisation par tous les acteurs concernés

**Objectifs spécifiques** :

#### **1. Renforcer les capacités des services du SIS à tous les niveaux**

R.1.1 Des ressources (humaines, matérielles, financières) supplémentaires aux différents niveaux rendent le SIS plus performant.

R.1.2 100% des délégations et au moins 50% des districts produisent des RMA et des RTA de qualité, les analysent et les transmettent à la DSIS dans les délais.

#### **2. Assurer le suivi et la coordination du système d'information sanitaire**

R.2.1 La Commission nationale du SIS est opérationnelle.

R.2.2 Un mécanisme de suivi et de supervision de la gestion de l'information sanitaire est mis en place.

R.2.3 Le schéma directeur du SIS est disponible.

R.2.4 La surveillance épidémiologique est assurée et les données nutritionnelles sont collectées et compilées à la fin de chaque mois.

R.2.5 La collecte de données de Routine est complétée par des enquêtes thématiques et générales qui font l'objet d'un consensus entre les acteurs.

### **VII-4. RESSOURCES HUMAINES**

**Objectif stratégique** : Assurer la présence de ressources humaines en quantité et en qualité dans les formations sanitaires

**Objectifs spécifiques** :

#### **1. Renforcer la gestion des ressources humaines**

R.1.1 Les effectifs du personnel de santé sont connus ainsi que sa répartition géographique et entre le secteur public, privé lucratif et privé non lucratif.

R.1.2 La politique des ressources humaines pour la santé (RHS), intégrant une composante sur la motivation, est élaborée.

R.1.3 Les personnels sont recrutés en nombre suffisant selon les besoins et les affectations privilégient d'abord les zones les plus démunies.

## **2. Augmenter le nombre et la qualité du personnel de santé par la formation pour répondre aux besoins du secteur**

R.2.1 La formation initiale des RHS est assurée à l'intérieur et à l'extérieur conformément aux besoins du secteur.

R.2.2 Le projet de formation des médecins spécialistes au Tchad est mis en œuvre en collaboration avec le Ministère de l'enseignement supérieur.

R.2.3 La formation complémentaire des jeunes médecins généralistes est assurée.

R.2.4 La formation des pharmaciens spécialistes est assurée.

R.2.5 La formation continue des RHS est coordonnée et assurée en prenant en compte l'intégration des soins centrés sur la personne.

## **3. Renforcer la qualité de la formation dans les écoles publiques et privées de santé ainsi que le tutorat et les stages**

R.3.1 Les curricula selon l'approche par compétence, y compris la nutrition, sont élaborés et validés.

R.3.2 Toutes les écoles de santé publiques et privées sont intégrées dans le processus d'accréditation.

R.3.3 La sélection, l'évaluation et les diplômes sont harmonisés dans toutes les écoles de santé publiques et privées.

## **4. Promouvoir la recherche sur les ressources humaines pour la santé**

R.4.1 Des recherches sur la problématique des RHS sont réalisées.

R.4.2 Des recommandations issues des recherches sont utilisées pour améliorer la gestion des ressources humaines pour la santé.

## **VII-5. FINANCEMENT DU SECTEUR**

**Objectif stratégique : Améliorer la gestion financière et l'accès des populations pauvres et vulnérables aux services de santé**

### **Objectifs spécifiques :**

#### **1. Améliorer le financement du secteur**

R.1.1 La part du budget de la santé est augmentée à au moins 13% du budget général de l'Etat et le niveau de paiement acquis en 2012 (100%) est maintenu.

R.1.2 Les outils d'analyse du financement de la santé sont disponibles (comptes nationaux de santé, revue des dépenses publiques, enquête sur le suivi des dépenses à destination, étude des coûts unitaires des prestations de soin, analyse des différents segments de la gratuité).

#### **2. Améliorer les capacités de gestion financière**

R.2.1 75% des gestionnaires de crédits sont outillés et formés.

#### **3. Renforcer l'accessibilité financière aux soins et la couverture des besoins en santé des personnes vulnérables et pauvres**

R.3.1 Une stratégie nationale de couverture universelle en santé (CUS) est élaborée en lien avec la stratégie nationale de protection sociale (SNPS) ; elle est adoptée et diffusée ; ses organes de coordination et de suivi sont mis en place.

R.3.2 Les recommandations de l'étude sur la gratuité des soins d'urgence sont mises en œuvre.

R.3.3 Les mécanismes de financement visant à améliorer l'accès de la population aux services de la santé sont harmonisés, et les expériences en cours sont étendues, dans le cadre de la stratégie nationale vers la CUS.

## VII-6. MEDICAMENTS, REACTIFS, CONSOMMABLES MEDICAUX ET VACCINS

**Objectif stratégique** : Rendre les produits pharmaceutiques efficaces accessibles à toute la population

**Objectifs spécifiques** :

**1. Rendre les médicaments génériques, les réactifs et les consommables médicaux essentiels disponibles dans les structures sanitaires et accessibles**

R.1.1 60% des structures sanitaires sont pourvues des médicaments génériques, réactifs et consommables médicaux essentiels.

R.1.2 Les structures d'approvisionnement et de distribution des médicaments et consommables sont opérationnelles.

R.1.3 L'usine de production pharmaceutique est construite, fonctionnelle, et ses produits sont mis sur le marché.

**2. Assurer le contrôle de qualité des produits pharmaceutiques mis sur le marché**

R.2.1 Tous les produits pharmaceutiques mis sur le marché sont contrôlés.

R.2.2 La construction du laboratoire de contrôle de la qualité est entamée.

R.2.3 La sensibilisation et le plaidoyer sur la lutte contre la vente illicite de médicaments sont renforcés.

**3. Ramener les taux de perte de vaccins aux normes de l'OMS et minimiser les ruptures de stock à tous les niveaux de conservation (dépôts nationaux et régionaux, de districts et de centres de santé)**

R.3.1 Le personnel en charge du PEV est formé à la gestion de stock des vaccins.

R.3.2 La supervision est assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (au moins deux fois du niveau central vers le niveau régional, trois fois du niveau régional vers les districts).

R.3.3 Les dépôts de conservations de vaccins sont opérationnels à tous les niveaux.

#### **4. Rendre opérationnel le circuit d’approvisionnement et de distribution de vaccins et intrants dans toute la pyramide sanitaire**

R.4.1 Les moyens logistiques sont mis en place dans au moins 70% des structures sanitaires.

R.4.2 Les moyens logistiques sont mis en place dans tous les districts sanitaires.

R.4.3 Les vaccins sont disponibles dans au moins 60% des structures sanitaires.

### **VII-7. INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS**

**Objectif stratégique : Améliorer le parc d’infrastructures et d’équipements pour une meilleure prise en charge de la population**

**Objectifs spécifiques :**

#### **1. Etablir un cadre normatif pour les infrastructures et les équipements**

R.1.1 Des normes en infrastructures et équipements (médico techniques et autres) sont disponibles.

R.1.2 100% des infrastructures sanitaires construites / réhabilitées et équipées, le sont selon les normes.

#### **2. Améliorer l’équipement des services et l’entretien des bâtiments et des matériels**

R.2.1 Les directions techniques et les structures sanitaires (niveau central, régions, districts) sont équipées en moyens roulants, en matériels informatiques et en mobilier selon les normes.

R.2.1 La politique de maintenance est révisée et mise en œuvre.

## VIII Programmation du PNDS2

**Objectif général : Accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité au Tchad en assurant à toute la population, l'accès à des services de santé de base de qualité**

**Indicateurs :**

- Taux de mortalité maternelle, infantile, infanto juvénile, néonatale ;
- Prévalence du VIH/SIDA, du paludisme, de la tuberculose ;
- Taux de malnutrition globale chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Rayon moyen d'action des formations sanitaires ;
- Ratio personnel qualifié par rapport à la population (norme OMS: 2,5 pq/1000 hts) ;
- Nombre de nouvelles consultations curatives par habitant et par an dans les structures de soins de 1er niveau.

**Tableau 19 : Programmation 2013-2015**

Objectifs et résultats attendus	Indicateurs	Budget	Resp.	Chrono		
				13	14	15
<b>A. PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE : Assurer la qualité des soins et l'accès aux services de santé à toute la population</b>						
<b>1. Offrir des soins intégrés et complets dans les formations sanitaires de premier et deuxième niveaux</b>						
R.1.1 Le PMA complet est mis en œuvre dans tous les centres de santé fonctionnels et le PCA complet dans 70% des hôpitaux de district	Nombre de CS délivrant le PMA complet dont le SONUB		DGAS/ DGASR	X	X	X
	Nombre de HD délivrant le PCA complet dont le SONUC					
R.1.2 Les documents de directives (normes, protocoles etc.) pour la prise en charge adéquate des malades, y compris l'orientation sur des soins intégrés et centrés sur la personne, sont disponibles et utilisés dans toutes les formations sanitaires	% des formations sanitaires qui utilisent des ordinogrammes à jour		DGAS/ DGASR	X	X	X
				X	X	X
R.1.3 Toutes les formations sanitaires utilisent le système de référence et contre référence pour une meilleure prise charge des malades	Nombre de structures utilisant les documents de référence/contre-référence		DGAS/D GASR			



Objectifs et résultats attendus	Indicateurs	Budget	Resp.	Chrono		
				13	14	15
R.1.4 Les centres de santé et les hôpitaux de district font l'objet de supervisions régulières	Nombre de supervisions reçues par les CS et HD		DGAS/D GASR	X	X	X
<b>2. Renforcer la performance des programmes nationaux dans la prévention, la prise en charge et le contrôle des conditions et des problèmes de santé prioritaires</b>						
R.2.1 La prise en charge de la santé de la reproduction s'améliore grâce au renforcement des capacités des formations sanitaires périphériques	Taux d'utilisation de la CPN					
	Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié dans les formations sanitaires					
	Taux de césarienne					
	Nombre de nouvelles utilisatrices de contraceptifs					
R.2.2 La prise en charge du VIH/SIDA s'améliore grâce au renforcement des capacités des formations sanitaires	Nombre de patients dépistés pour le VIH/SIDA		PSLS	X	X	X
	Nombre de patients séropositifs sous traitement antirétroviral (ARV)					
	Nombre de nouveaux nés de mères séropositives pris en charge					
	Nombre de femmes enceintes et d'enfants séropositifs sous ARV					
R.2.3 La prévention et la prise en charge du paludisme s'améliorent grâce au renforcement des capacités des formations sanitaires périphériques	Nombre de cas de paludisme confirmés pris en charge dans la population cible		PNLP	X	X	X
	Couverture en MIILD					
R.2.4 La prévention et la prise en charge de la tuberculose s'améliorent grâce au renforcement des capacités des formations sanitaires périphériques	Taux de dépistage des cas de tuberculose		PNT	X	X	X
	Taux de guérison des cas de tuberculose					

Objectifs et résultats attendus	Indicateurs	Budget	Resp.	Chrono		
				13	14	15
R.2.5 Des stratégies de surveillance, de prévention et de riposte pour les maladies à potentiel épidémique sont mises en œuvre	Complétude dans la transmission des données		<b>DGAS/ DSPELM</b>	X	X	X
	RSI fonctionnel					
	Délai observé entre la survenue de l'épidémie et la riposte					
R.2.6 Les stratégies de développement du PEV sont mises en œuvre	Taux de couverture en VPO 3, PENTA 3, VAR, VAT 2+		<b>DGAS</b>	X	X	x
R.2.7 Les capacités des formations sanitaires périphériques pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition aigüe et des carences en micronutriments sont renforcées						
R.2.8 La population est progressivement impliquée dans la gestion des problèmes de santé à travers des COSAN et des COGES redynamisés	Proportion de COSAN et COGES opérationnels (par district, par région et nationalement)					
<b>B. GOUVERNANCE : Améliorer la gouvernance et le leadership du secteur de la santé</b>						
<b>1. Améliorer le cadre juridique, le dialogue politique et la gestion d'ensemble du secteur de la santé</b>						
R.1.1 Les textes statutaires de la CPA et des PRA, la réforme hospitalière, le code de déontologie médicale, les textes sur la bi appartenance et sur la gratuité des soins, le code de santé publique (tous élaborés) sont adoptés et publiés	Liste des textes adoptés et publiés		<b>DGAS</b>	X	X	X
R.1.2 Les textes régissant le fonctionnement du secteur privé sont élaborés, adoptés et publiés	Liste des textes élaborés, adoptés, et publiés		<b>DGAS</b>	X	X	X
R.1.3 Les lois sur l'ENASS, les écoles régionales, la santé de la reproduction, la protection des PVVIH et le code d'hygiène disposent de textes d'application adoptés et publiés	Liste des textes d'application (de lois déjà adoptées) élaborés, adoptés, publiés		<b>SG/ DGAS</b>	X	X	X
R.1.4. Une stratégie spécifique pour la santé des populations d'accès difficile (nomades, insulaires ...) est élaborée et	Stratégie élaborée		<b>DGAS</b>	X	X	X

Objectifs et résultats attendus	Indicateurs	Budget	Resp.	Chrono		
				13	14	15
mise en œuvre						
R.1.5 Les programmes nationaux pour le contrôle des maladies non transmissibles et des maladies tropicales négligées sont mis en place	Liste des programmes de MNT et de MTN mis en place		DGAS	X	X	X
R.1.6 La politique nationale de la nutrition et de l'alimentation (PNNA) et le plan d'action correspondant sont rédigés, budgétisés et validés						
R.1.7 Un nouveau plan de découpage sanitaire adapté aux besoins de la population est disponible	Découpage sanitaire élaboré et appliqué à travers une carte sanitaire		DGRP	X	X	X
R.1.8 L'organigramme du MSP est adopté, la description des postes et profils est rédigée, adoptée et appliquée	Disponibilité de l'organigramme du MSP avec description des postes		SG	X		
<b>2. Renforcer la coordination et le suivi des interventions à tous les niveaux du système de santé</b>						
R.2.1 Les réunions des comités directeurs sont tenues régulièrement	Nombre de réunions de CD organisées à chaque niveau		SG/ DGASR	X	X	X
R.2.2 Le suivi des recommandations du Comité Directeur est amélioré à chaque niveau	% des recommandations du CD mises en œuvre		DGASR	X	X	X
R.2.3 Les organes de gestion des districts, des hôpitaux et des PRA sont progressivement rendus fonctionnels	Nbre de DS avec une ECD complète et fonctionnelle Nbre d'hôpitaux avec CA fonctionnel Nbre de PRA avec CA fonctionnel		DGAS	X	X	X
R.2.4 Un « compact » présentant les engagements du gouvernement et de ses partenaires principaux pour la mise en œuvre du PNDS2 est élaboré et appliqué	Disponibilité d'un compact		SG	X	X	X
	Engagements suivis (% ?)			X	X	X

Objectifs et résultats attendus	Indicateurs	Budget	Resp.	Chrono		
				13	14	15
R.2.5 Les organes de suivi du PNDS et des PRDS sont opérationnels	Nombre d'organes de suivi du PNDS et des PRDS opérationnels		DGRP	X	X	X
<b>3. Renforcer les capacités du Ministère pour (i) une bonne mobilisation des ressources humaines et financières, (ii) une bonne répartition géographique, (iii) une bonne utilisation des ressources</b>						
R.3.1 Le MSP a défini une clef de répartition des ressources financières de l'Etat dans les régions et les services centraux	Nbre de budgets annuels utilisant une clef de répartition pour leur élaboration et leur exécution ( ?)		DGRP	X	X	X
R.3.2 L'arbitrage des budgets est organisé annuellement, avec la participation de tous les partenaires	Cadre d'arbitrage mis en place		DGRP	X	X	X
R.3.3 La mobilisation des ressources financières dans les délais et leur bonne utilisation sont renforcés, notamment par un dialogue avec les ministères des finances et de l'administration du territoire, avec l'Assemblée nationale et les collectivités décentralisées	Proportion des dépenses de santé qui arrivent à destination		SG/ DGRP	X	X	X
R.3.4 Les plaidoyers auprès des hautes autorités pour l'augmentation du quota de recrutement des agents de la santé sont assurés	Nombre de plaidoyers faits à l'occasion des réunions avec les hauts responsables		DGRP	X	X	X
R.3.5 Un programme de couverture des régions en ressources provenant de l'Etat et des partenaires est élaboré sous l'égide du MSP et mis en œuvre pour corriger les déséquilibres actuels et intégrer les structures privées à but lucratif et non lucratif dans la couverture sanitaire	Disponibilité d'un programme de couverture des régions en ressources (humaines et matérielles)		DGRP			
R.3.6 La mobilisation et le redéploiement du personnel qualifié sont assurés, notamment à travers une plate-forme de coordination des initiatives concernant les ressources humaines - système des	Un plan intégré de mobilisation et de redéploiement du personnel qualifié est élaboré et mis en		DGRP	X	X	X

Objectifs et résultats attendus	Indicateurs	Budget	Resp.	Chrono		
				13	14	15
nations unies, diaspora, coopération sud-sud, formation des médecins spécialistes au Tchad – impliquant le Ministère de l’enseignement supérieur et celui de la fonction publique	œuvre					
R.3.7 Le MSP assure une supervision et un contrôle régulier et efficace de l’utilisation des ressources à tous les niveaux du système de santé	Nombre de missions de contrôle réalisées		DGRP	X	X	X
<b>B. INFORMATION SANITAIRE : Améliorer la performance du système d’information sanitaire pour la production régulière d’informations clef de qualité, leur mise à disposition dans les délais et leur utilisation par tous les acteurs concernés</b>						
<b>1. Renforcer les capacités des services de SIS à tous les niveaux</b>						
R.1.1 Des ressources (humaines, matérielles et financières) supplémentaires aux différents niveaux rendent le SIS plus performant	Nombre de bulletins trimestriels d’indicateurs clef produits dans les temps		DGRP	X	X	X
R.1.2 100% des délégations et au moins 50% des districts produisent des RMA et des RTA de qualité, les analysent et les transmettent à la DSIS dans les délais	Nombre de DSR et de DS produisant et analysant localement les données de leurs RMA et RTA		DGRP	X	X	X
<b>2 Assurer le suivi et la coordination du système d’information sanitaire</b>						
R.2.1 La Commission nationale du SIS est opérationnelle	Nombre de réunions annuelles de la commission		DGRP	X	X	X
R.2.2 Un mécanisme de suivi et de supervision de la gestion de l’information sanitaire est mis en place	Nombre de missions de supervision		DGRP	X	X	X
R.2.3 Le schéma directeur du SIS est disponible	Schéma élaboré et diffusé		DGRP	X	X	X
R.2.4 La surveillance épidémiologique est assurée et les données nutritionnelles sont collectées et compilées à la fin de chaque mois						
R.2.5 La collecte de données de Routine est complétée par des enquêtes thématiques et générales qui font l’objet d’un consensus entre les acteurs						

Objectifs et résultats attendus	Indicateurs	Budget	Resp.	Chrono		
				13	14	15
<b>C. RESSOURCES HUMAINES: Assurer la présence de ressources humaines en quantité et qualité dans les formations sanitaires</b>						
<b>1. Renforcer la gestion des ressources humaines</b>						
R.1.1 Les effectifs du personnel de santé sont connus ainsi que sa répartition géographique et entre les secteurs public, privé lucratif et privé non lucratif	Base de données disponible et mise à jour		DGRP	X	X	X
R.1.2 La politique des ressources humaines pour la santé (RHS), intégrant une composante sur la motivation, est élaborée	Disponibilité d'une politique des RHS et d'une stratégie de motivation validées		DGRP	X	X	X
R.1.3 Les personnels sont recrutés en nombre suffisant selon les besoins et les affectations privilégient d'abord les zones les plus démunies	Nombre de personnels recrutés et présents sur le terrain		DGRP	X	X	X
<b>2 Augmenter le nombre et la qualité du personnel de santé par la formation pour répondre aux besoins du secteur</b>						
R.2.1 La formation initiale des RHS est assurée à l'intérieur et à l'extérieur conformément aux besoins du secteur	Disponibilité d'un plan de formation des agents à l'intérieur et à l'extérieur		DGRP	X	X	X
	Nombre de personnels formés à l'intérieur et à l'extérieur conformément aux besoins					
R.2.2 Le projet de formation des médecins spécialistes au Tchad est mis en œuvre en collaboration avec le Ministère de l'enseignement supérieur	Nombre de médecins spécialistes formés au Tchad		DRGP	X	X	X
R.2.3 La formation complémentaire des jeunes médecins généralistes est assurée	Proportion de jeunes médecins généralistes ayant bénéficié de la formation complémentaire		DGRP	X	X	X
R.2.4 La formation des pharmaciens spécialistes est assurée	Proportion de pharmaciens spécialistes formés		DGRP	X	X	X
R.2.5 La formation continue des RHS est coordonnée et assurée en prenant en compte	Plan de formation continue révisé et adopté		DGRP	X	X	X

Objectifs et résultats attendus	Indicateurs	Budget	Resp.	Chrono		
				13	14	15
l'intégration des soins centrés sur la personne	Proportion de jeunes paramédicaux ayant bénéficié de la formation continue					
	Disponibilité d'une base des données sur la formation continue des agents					
<b>3. Renforcer la qualité de la formation dans les écoles publiques et privées de santé ainsi que le tutorat et les stages</b>						
R.3.1 Les curricula selon l'approche par compétence, y compris la nutrition, sont élaborés et validés	Curricula disponibles et validés		DGRP	X	X	X
R.3.2 Toutes les écoles de santé publiques et privées sont intégrées dans le processus d'accréditation	Proportion d'écoles de santé publiques et privées accréditées		DGRP	X	X	X
R.3.3 La sélection, l'évaluation et les diplômes sont harmonisés dans toutes les écoles de santé publiques et privées	Nombre d'examens d'entrée et de sortie harmonisés		DGRP	X	X	X
<b>4. Promouvoir la recherche sur les ressources humaines pour la santé</b>						
R.4.1 Des recherches sur la problématique des RHS sont réalisées	Nombre de rapports de recherche sur les RHS validés et disséminés		DGRP	X	X	X
R.4.2 Des recommandations issues des recherches sont utilisées pour améliorer la gestion des RHS	% recommandations issues des recherches mises en œuvre		DGRP	X	X	X
<b>D. FINANCEMENT DU SECTEUR : Améliorer la gestion financière et l'accès des populations pauvres et vulnérables aux services de santé</b>						
<b>1. Améliorer le financement du secteur</b>						
R.1.1 La part du budget de la santé est augmentée à au moins 13% du budget général de l'Etat et le niveau de paiement acquis en 2012 (100%) est maintenu	% du budget santé par rapport au BGE		DGRP	X	X	X
	% du budget santé payé		DGRP	X	X	X
R.1.2 Les outils d'analyse du financement de la santé sont disponibles (comptes nationaux de santé,	Liste des analyses et des études disponibles		DGRP	X	X	X

Objectifs et résultats attendus	Indicateurs	Budget	Resp.	Chrono		
				13	14	15
revue des dépenses publiques, suivi des dépenses à destination, étude des coûts unitaires des prestations de soin, analyse des différents segments de la gratuité)						
<b>2. Améliorer les capacités de gestion financière</b>						
R.2.1 75% des gestionnaires de crédits sont outillés et formés	% de gestionnaires de crédits outillés et formés		DGRP	X	X	X
<b>3. Renforcer l'accessibilité financière aux soins et la couverture des besoins en santé des personnes vulnérables et pauvres.</b>						
R.3.1 Une stratégie nationale de couverture universelle en santé (CUS) est élaborée en lien avec la stratégie nationale de protection sociale (SNPS) ; elle est adoptée et diffusée ; ses organes de coordination et de suivi sont mis en place	Disponibilité d'une stratégie nationale de CUS		DGRP/ DGAS	X	X	X
	Organes de coordination et de suivi de la stratégie de la CUS opérationnels					
R.3.2 Les recommandations de l'étude sur la gratuité des soins d'urgence sont mises en œuvre.	% des femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans pris charge gratuitement		SG/ UGGSU	X	X	X
	Nombre d'urgences prises en charge gratuitement, par catégorie		SG/ UGGSU	X	X	X
R.3.3 Les mécanismes de financement visant à améliorer l'accès de la population aux services de la santé sont harmonisés, et les expériences en cours sont étendues, dans le cadre de la stratégie nationale vers la CUS	Proportion de DS des mécanismes de financement de couverture universelle (gratuité de soins, FBR, mutuelles de santé)		DGAS	X	X	X
<b>E. MEDICAMENTS, REACTIFS, CONSOMMABLES MEDICAUX ET VACCINS : Rendre les produits pharmaceutiques efficaces accessibles à toute la population</b>						
<b>1. Rendre les médicaments génériques, les réactifs et les consommables médicaux essentiels disponibles dans les structures sanitaires et accessibles</b>						
R.1.1 60% des structures sanitaires sont pourvues des médicaments génériques, réactifs et consommables médicaux	% de CS et HD n'ayant pas connu de rupture des dix molécules		DGAS/ DPML	X	X	X



Objectifs et résultats attendus	Indicateurs	Budget	Resp.	Chrono		
				13	14	15
essentiels	essentiels, de traitements antipaludéens et antituberculeux, d'ARV					
R.1.2 Les structures d'approvisionnement et de distribution des médicaments et consommables sont opérationnelles	Nombre de PRA dotées de statuts et d'organes et procédures de gestion			X	X	X
R.1.3 L'usine de production pharmaceutique est construite, fonctionnelle, et ses produits sont mis sur le marché	Usine fonctionnelle		DGAS/	X	X	X
	Liste et quantités des molécules produites et mises sur le marché		DGAS/	X	X	X
<b>2. Assurer le contrôle de qualité des produits pharmaceutiques mis sur le marché</b>						
R.2.1 Tous les produits pharmaceutiques mis sur le marché sont contrôlés	Proportion de médicaments contrôlés		DGAS	X	X	X
R2.2. La construction du laboratoire de contrôle de la qualité est entamée	Etat du chantier de construction du laboratoire de contrôle		DGRP			
R.2.3 La sensibilisation et le plaidoyer sur la lutte contre la vente illicite de médicaments sont renforcés				X	X	X
<b>3. Ramener les taux de perte de vaccins aux normes de l'OMS et minimiser les ruptures de stock à tous les niveaux de conservation (dépôts nationaux et régionaux, de districts et de centres de santé)</b>						
R.3.1 Le personnel en charge du PEV est formé à la gestion de stock des vaccins	% de CS disposant de personnel du PEV formé à la gestion de stock		DGAS	X	X	X
R.3.2 La supervision est assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (au moins deux fois du niveau central vers le niveau régional, trois fois du niveau régional vers les districts).	Nombre de supervisions réalisées à différents niveaux du système		DGAS	X	X	X
R.3.3 Les dépôts de conservation des vaccins sont opérationnels à tous les niveaux			DGAS	X	X	X
<b>4. Rendre opérationnel le circuit d'approvisionnement et de distribution de vaccins et intrants dans toute la pyramide sanitaire</b>						
R.4.1 Les moyens logistiques sont mis en place dans au moins 70% des structures	Proportion de structures sanitaires		DGAS	X	X	X

Objectifs et résultats attendus	Indicateurs	Budget	Resp.	Chrono		
				13	14	15
sanitaires	pourvues de moyens logistiques					
R.4.2 Les moyens logistiques sont mis en place dans tous les districts sanitaires	Proportion de districts pourvus de moyens logistiques		DGAS	X	X	X
R.2.3 Les vaccins sont disponibles dans au moins 60% des structures sanitaires	% de structures sanitaires n'ayant pas connu de rupture en vaccins		DGAS/ PEV/ DSRV	X	X	X
<b>F. INFRASTRUCTURES EQUIPEMENTS : Améliorer le parc d'infrastructures et d'équipements pour une meilleure prise en charge de la population</b>						
<b>1. Etablir un cadre normatif pour les infrastructures et les équipements</b>						
R.1.1 Des normes en matière d'infrastructures et d'équipements (médico-techniques et autres) sont disponibles	Disponibilité de normes pour les infrastructures et les équipements médico-techniques		DGRP	X	X	X
	Disponibilité de normes en matière d'équipements logistiques et de communication, de matériels informatiques et de mobilier		DGRP	X	X	X
R.1.2 100% des infrastructures sanitaires construites / réhabilitées et équipées, le sont selon les normes	Proportion des infrastructures construites ou réhabilitées, qui le sont selon les normes		DGRP	X	X	X
	Proportion des infrastructures équipées, qui le sont selon les normes		DGRP	X	X	X
<b>2. Améliorer l'équipement des services et l'entretien des bâtiments et des matériels</b>						
R.2.1 Les directions techniques et les structures sanitaires (niveau central, régions, districts) sont équipés en moyens roulants, en matériels informatiques et en mobiliers selon les normes	Proportion des directions centrales équipées (véhicules, outils informatique et mobiliers de bureau)		DGRP	X	X	X
	Proportion des hôpitaux dotés en ambulances		DGRP	X	X	X
	Proportion des DS et des DSR dotés en véhicules de supervision et en outils informatiques		DGRP	X	X	X
	Proportion des centres de santé dotés en motos pour les stratégies avancées		DGRP	X	X	X
R.2.3 L a politique de maintenance est	Disponibilité d'une nouvelle politique de maintenance		DGRP	X	X	X

Objectifs et résultats attendus		Indicateurs	Budget	Resp.	Chrono		
					13	14	15
révisée et mise en œuvre	Disponibilité d'une équipe de maintenance compétente et outillée au niveau central dans quatre domaines (biomédical, électricité/froid, informatique, mobilier)		DGRP	X	X	X	
	Disponibilité d'équipes de maintenance compétentes et outillées (biomédical, électricité/froid, informatique, mobilier) dans cinq régions		DGRP	X	X	X	
	Disponibilité de contrats de maintenance pour les moyens roulants		DGRP	X	X	X	

## TROISIEME PARTIE : MISE EN ŒUVRE DU PNDS

### IX MISE EN ŒUVRE DU PNDS2

#### IX-1 Coordination

La coordination de la mise en œuvre du PNDS2 sera assurée aux différents niveaux du système de santé : central, intermédiaire (régions) et périphérique (districts).

Les principaux acteurs concernés par le secteur de la santé seront impliqués dans cette coordination, à travers les organes qui en sont chargés à différents niveaux du système de santé. Cependant, la responsabilisation de cette coordination sera assurée par un service. Il appartiendra à ce service d'animer les organes de coordination et de rendre compte de leur fonctionnement.

Deux types d'organe de coordination sont prévus : le comité technique et le comité de pilotage. Ces comités ne sont pas à créer ; ils s'intègrent dans les structures de coordination existant déjà à différents niveaux du système de santé. Les termes de référence de ces structures seront précisés par textes réglementaires du Ministre de la Santé Publique.

#### Au niveau central

La réunion de coordination du Ministère de la Santé Publique avec les partenaires se tenant tous les trois mois sur convocation du Ministre est le point d'ancrage du pilotage du PNDS2. Deux réunions des partenaires avec le MSP tiendront lieu de comité de pilotage du PNDS2 chaque année.

Le Comité de direction du Ministère de la Santé Publique, représente le comité technique de coordination du PNDS2. Pour jouer pleinement ce rôle, certaines des réunions de ce comité seront élargies à d'autres acteurs du système de santé pour alimenter les dossiers techniques. Ces réunions du comité de direction élargies se tiendront une fois tous les deux mois sur convocation du Secrétaire Général. Cependant, le comité de direction élargi peut être convoqué en session extraordinaire en cas de nécessité. Les réunions du comité technique vont alimenter le comité de pilotage.

Par ailleurs, les structures de suivi du pré-pacte par piliers du système de santé seront renforcées autour des quatre piliers du PNDS2 dans le cadre du « compact » : (i) Gouvernance-Système d'information sanitaire ; (ii) Ressources (humaines, financières, matérielles) ; (iii) Médicament, technologie, équipements, infrastructures ; (iv) Prestations des services de santé.

#### Au niveau intermédiaire

La coordination de la mise en œuvre du PNDS2 se fera à travers celle des PRDS. A ce niveau également, les structures de coordination s'intègrent aux organes existants: les

conseils régionaux de santé et les comités directeurs des régions.

Le comité technique de coordination du PRDS est le Comité directeur de la région. Il se réunit quatre fois par an sous la direction du Délégué sanitaire régional.

Le comité de pilotage du PRDS est le Conseil régional de santé, qui est placé la direction du Gouverneur de la région. Il se réunit une fois dans l'année.

La coordination de la mise en œuvre des PRDS au niveau des districts se fera à travers les comités directeurs des districts. Le Comité directeur du district est le comité technique de coordination des plans opérationnels découlant des PRDS, au niveau du district sanitaire. Ce comité se réunit une fois par trimestre sur convocation du Médecin-chef de district.

## **IX-2 Planification**

La mise en œuvre du PNDS2 se fera principalement à travers des plans opérationnels élaborés chaque année suivant les canevas définis par le Ministère de la Santé Publique. Un canevas type de planification pour les niveaux de la région, du district et de la zone de responsabilité sera mis à la disposition de toutes les régions. Un canevas pour la planification des interventions au niveau central sera aussi diffusé à tous les acteurs concernés.

Le processus d'élaboration des plans opérationnels est inclusif. Dans chaque région, il part des zones de responsabilité. Les districts ajoutent les activités des ECD à la synthèse des plans de leurs ZR. Les régions ajoutent les activités des ECR à la synthèse des plans de leurs districts. Les directions centrales élaborent leurs plans en appui aux DSR et en fonction de leur rôle normatif. Les hôpitaux de chaque niveau ont également des plans opérationnels. Tous les acteurs du secteur de la santé participent à ce processus à travers les comités techniques aux différents niveaux, sous la direction des présidents de ces comités techniques du PNDS2.

- Au niveau des zones de responsabilités, des micro plans sont élaborés en collaboration avec les comités de santé sous la responsabilité technique du responsable du centre de santé et de l'autorité administrative de la zone.
- Au niveau des districts et des régions, les plans opérationnels sont élaborés sous l'animation respective du MCD et du DSR. Les projets de plans sont présentés aux comités techniques pour arbitrages.
- Au niveau central, l'animation du processus d'élaboration des plans opérationnels est assurée par la Direction de la planification. Les arbitrages sont faits au niveau du comité de direction élargi.

La validation des plans opérationnels est assurée par les comités de pilotage à chaque niveau.

Le processus d'élaboration, d'arbitrage et de validation des plans opérationnels se fait au cours de la période allant de juillet à décembre. Ce processus n'est pas nouveau et de nombreux services produisent déjà des PO. Ces derniers répondent souvent, cependant, à des canevas et des périodicités imposées par les bailleurs de fonds. Il importe de redynamiser et d'harmoniser la planification opérationnelle dans le cadre du nouveau PNDS.

Un arrêté ministériel formalisera le processus d'élaboration de ces plans opérationnels aux différents niveaux, d'arbitrage et de validation.

### **IX-3 Mobilisation des ressources**

Pour la mise en œuvre du PNDS2, l'approche sectorielle sera privilégiée et ce, dans l'esprit de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement.

Le cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) va donner des estimations des ressources qui seront disponibles pour le PNDS, par type et par axe. L'estimation des coûts actuels du secteur de la santé, selon les piliers du système de santé, et des coûts supplémentaires liés aux grands axes du PNDS2 se fait avec l'outil « One Health », qui est un outil de planification, de budgétisation et de chiffrage. Une masse critique de personnes ressources au sein de l'administration nationale et chez les partenaires sera formée sur cet outil afin d'en améliorer et d'en pérenniser l'utilisation, notamment pour l'estimation précise des coûts des interventions.

Une table ronde sera organisée autour du CDMT, sur la base de ces prévisions, afin de faire des arbitrages et de voir comment dégager les ressources supplémentaires qui pourraient être nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS2.

Certains piliers du PNDS2 font l'objet des projets spécifiques pour mobiliser les ressources requises. L'élaboration de ces projets est placée sous la coordination du comité technique national. Ces projets sont présentés au comité de pilotage pour validation.

Des efforts de mobilisation des fonds à travers des financements innovants pour assurer la couverture universelle de santé restent une priorité du Gouvernement.

Enfin, des stratégies de plaidoyer auprès des hautes autorités du pays et des partenaires techniques et financiers pourront être utilisées, dans un cadre sectoriel coordonné.

### **IX-4 Suivi et évaluation**

Le suivi et évaluation du PNDS2 est bâti autour de deux outils : un cadre de suivi et évaluation et un plan de suivi et évaluation.

#### **IX-4.1 Cadre de suivi et évaluation**

Le cadre de suivi et évaluation a pour objectif de définir les principaux indicateurs de suivi du PNDS2, leurs niveaux de départ et final, les sources et la fréquence de la collecte des données. Ce cadre est présenté dans le tableau ci-dessous. Il y manque certaines informations à ce stade. Des améliorations interviendront avec les progrès en matière d'information sanitaire et de suivi-évaluation.

**Tableau 20: cadre de suivi et évaluation du PNDS2**

Objectifs / Résultats attendus	Principaux indicateurs	Principaux indicateurs				Méth. de collecte	Fréquence	Sources
		ind résultats	ind d'effets	niveau 2012	niveau 2015			
<b>Objectif général : Accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité au Tchad en assurant à toute la population, l'accès à des services de santé de base de qualité</b>	Taux mortalité maternelle,		X	1099	500	Enquête	5 ans	PND
	Taux infantile		X	102	62	Enquête	5 ans	PND
	Taux infanto juvénile, néonatale		x	191	151	Enquête	5 ans	PND
	Prévalence VIH/SIDA, palu, TB		X	3,30%	2%	Enquête	5 ans	PND
	Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans		X	37%	10%	Enquête	5 ans	PND
	Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans		x	41%	20%	Enquête	5 ans	PND
	Prévalence d'émancipation chez les enfants de moins de 5 ans		X	14%	5%	Enquête	5 ans	PND
	Ratio personnel qualifié/1000 hbts			0,03	1	Routine		PSDRHS 2013-2020
Taux d'utilisation soins curatifs	X		19%	22%	Routine et enquête	Annuelle	rapport DSIS enquête SONU	

Objectifs / Résultats attendus	Principaux indicateurs	Principaux indicateurs				Méth. de collecte	Fréquence	Sources
		ind résultats	ind d'effets	niveau 2012	niveau 2015			
A. PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE								
Objectif stratégique: Assurer la qualité des soins et l'accès aux services de santé à toute la population								
<b>1. Offrir des soins intégrés et complets dans les formations sanitaires de premier et deuxième niveaux</b>								
R.1.1 Le PMA complet dans 100% est mis en œuvre dans tous les centres de santé fonctionnels et le PCA complet dans 70% des hôpitaux de district	Nbre de CS délivrant le PMA complet dont le SONUB	X		588 3	900 30	Routine et enquête	Annuelle	Rapport DSIS et enquête SONU
	Nbre des HD délivrant le PCA complet dont le SONUC	X		35 20	50 30	Routine et enquête	Annuelle	Rapport DSIS et enquête SONU
R.1.2 Les documents d'instruction (normes, protocoles etc.) pour la prise en charge adéquate des malades, y compris l'orientation sur les soins intégrés et centrés sur la personne, sont disponibles et utilisés dans toutes les formations sanitaires	% des formations sanitaires qui utilisent des ordinogrammes à jour	X		ND	70%	Enquête rapide	Annuelle	Rapport d'enquêtes
R.1.3 Toutes les formations sanitaires utilisent le système de référence et contre référence pour une meilleure prise en charge des malades	Nbre de structures utilisant les documents de référence/contre référence	X		ND	100%	Enquête rapide	Annuelle	Rapport d'enquêtes
R.1.4 Les centres de santé et les hôpitaux de district font l'objet de supervisions régulières	Nbre de supervisions reçues par les CS et les HD	X		ND	100%	Enquête rapide	Annuelle	Rapport d'enquêtes



Objectifs / Résultats attendus	Principaux indicateurs	Principaux indicateurs				Méth. de collecte	Fréquence	Sources
		ind résultats	ind d'effets	niveau 2012	niveau 2015			
<b>2. Renforcer la performance des programmes nationaux dans la prévention, la prise en charge et le contrôle des conditions et des problèmes de santé prioritaires</b>								
R.2.1 La prise en charge de la santé de la reproduction s'améliore grâce au renforcement des capacités des formations sanitaires périphériques	Taux d'utilisation de la CPN	X						
	Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié dans les formations sanitaires	X		28,34%	35%	Routine	Annuelle	Annuaire DSIS
	Taux de césarienne	X		1,5% (MICS 2010)	2,50%	Routine	Annuelle	SIS
	Nbre des nouvelles utilisatrices des contraceptifs	X		23% (enq SONU)	30%	enquête	tous les 4 ans	Enquête SONU
R.2.2 La prise en charge du VIH/SIDA s'améliore grâce au renforcement des capacités des formations sanitaires	Nombre de patients dépistés pour le VIH/SIDA	X		40000 (PSLS)	60000	Routine	Annuelle	PSLS
	Nombre de patients séropositifs et sous traitement antirétroviral (ARV)	X						
	Nbre des nouveaux nés de mères séropositives pris en charge		X	3,3 (2005)	2,5	Enquête	Tous les 5 ans	CNLS
	Nbre des femmes enceintes séropositives et enfants sous ARV	X		1611 600	3000 1200	Routine	Annuelle	PSLS
R.2.3 La prévention et la prise en charge du paludisme s'améliorent grâce au renforcement des capacités des formations sanitaires périphériques	Couverture en MIILD	X						PNLP
	Nbre des cas de palu confirmés pris en charge dans la population cible		X	28%	20%	Enquête	tous les 2 ans	PNLP

Objectifs / Résultats attendus	Principaux indicateurs	Principaux indicateurs				Méth. de collecte	Fréquence	Sources
		ind résultats	ind d'effets	niveau 2012	niveau 2015			
R.2.4 La prévention et la prise en charge de la tuberculose s'améliorent grâce au renforcement des capacités des formations sanitaires périphériques	Taux de dépistage des cas de tuberculose	X		35%	50%	Routine	Annuelle	PNT 2012
	Taux de guérison des cas de tuberculose		X	69%	80%	Routine	Annuelle	PNT 2012
R.2.5 Des stratégies de surveillance, de prévention et de riposte pour les maladies à potentiel épidémique sont mises en œuvre	Complétude dans la transmission des données			80%	100%	Routine	Hebdomadaire	SSEEI
	RSI fonctionnel	X		0	1	NA		SSEEI
	Délai observé entre la survenue de l'épidémie et la riposte							
R.2.6 Les stratégies de développement du PEV sont mises en œuvre	Taux de couverture en VPO 3, PENTA 3, VAR, VAT 2+	X		VPO 3:68 PENTA 3:71 VAR: 65 VAT 2+:62	VPO 3: PENTA 3:78 VAR: 75 VAT 2+:88	Routine	Annuelle	PEV
R.2.7 Les capacités des formations sanitaires périphériques pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micro nutriments sont renforcées	% des structures prenant en charge les malnutris	X		ND	70%	Routine	Annuelle	
R.2.8 La population est progressivement impliquée dans la gestion des problèmes de santé à travers des COSAN et des COGES redynamisés	Proportion de COSAN et COGES opérationnels (par district, par région et nationalement)	X		ND	50%	Routine	Annuelle	

Objectifs / Résultats attendus	Principaux indicateurs	Principaux indicateurs				Méth. de collecte	Fréquence	Sources
		ind résultats	ind d'effets	niveau 2012	niveau 2015			
<b>B . GOUVERNANCE</b>								
<b>Objectif stratégique : Améliorer la gouvernance et le leadership du secteur de la santé</b>								
<b>1. Améliorer le cadre juridique, le dialogue politique et la gestion d'ensemble du secteur de la santé</b>								
R.1.1 Les textes statutaires de la CPA et des PRA, la réforme hospitalière, le code de déontologie médicale, les textes sur la bi appartenance et sur la gratuité des soins, le code de santé publique (tous élaborés) sont adoptés, publiés	Liste des textes adoptés et publiés			Aucun	Liste de 7 textes			
R.1.2 les textes régissant le fonctionnement du secteur privé sont élaborés, adoptés et publiés	Liste des textes élaborés, adoptés et publiés			Aucun				
R.1.3 Les lois sur l'ENASS, les écoles régionales, la santé de reproduction, la protection des PVVIH et le code d'hygiène disposent de textes d'application adoptés et publiés	Liste des textes d'application (de lois déjà adoptées) élaborés, adoptés et publiés			Aucun	Liste de 5 textes	NA	NA	BCE
R.1.4 Une stratégie spécifique pour la santé des populations d'accès difficile (nomades, insulaires ...) est élaborée et mise en œuvre	Stratégie élaborée			0	1	Routine	Mensuelle	DGAS
	Cf indicateur PMA/PCA pour les populations spécifiques							
R.1.5 Les programmes nationaux pour le contrôle des maladies non transmissibles et des maladies tropicales négligées sont mis en place	Liste des programmes de MNT et de MTN mis en place			Aucun	Liste d'au moins 5 programmes	NA	Annuelle	DSPLEM
R.1.6 La politique national de la nutrition et de l'alimentation (PNNA) et le plan d'action correspondant sont	Disponibilité de la PNNA avec son plan d'action			Non existants	PNNA et plan d'action			

Objectifs / Résultats attendus	Principaux indicateurs	Principaux indicateurs				Méth. de collecte	Fréquence	Sources
		ind résultats	ind d'effets	niveau 2012	niveau 2015			
rédigés, budgétisés et validés					validés			
R.1.7 Un nouveau plan de découpage sanitaire adapté aux besoins de la population est disponible	Découpage sanitaire élaboré et appliqué à travers une carte sanitaire	X		0	1	Routine	Trimestrielle	DP
R.1.8 l'organigramme du MSP est adopté, la description des postes et profils est rédigée, adoptée et appliquée	Disponibilité de l'organigramme du MSP avec description de postes	X		0	1	Routine	Mensuelle	BCE
<b>2. Renforcer la coordination et le suivi des interventions à tous les niveaux du système de santé</b>								
R.2.1 Les réunions des comités directeurs sont tenues régulièrement	Nbre de réunions de CD organisées à chaque niveau	X		ND		Routine	Annuelle	DGASR
R.2.2 Le suivi des recommandations du Comité Directeur sont améliorées à tous les niveaux	% des recommandations du CD mises en œuvre	X		ND		Routine	Annuelle	DGASR
R.2.3 Les organes de gestion des districts, des hôpitaux et des PRA sont progressivement rendus fonctionnels	Nbre de DS avec ECD complète et fonctionnelle Nbre d'hôpitaux avec CA fonctionnel Nbre de PRA avec CA fonctionnel	X		hôpitaux: 2 PRA: 5 DS:17	hôpitaux:12 PRA : 15 DS:40	Routine	Annuelle	Annuaire DSIS rapport DOSS/DPLM
R.2.4 Un « compact » présentant les engagements du gouvernement et de ses partenaires principaux pour la mise en œuvre du PNDS2 est élaboré et appliqué	Disponibilité d'un « compact »	X		0	1	Routine	Mensuelle	BCE
	Engagements suivis (% ?)	X	ND			Routine	Mensuelle	BCE
R.2.5 Les organes de suivi du PNDS et PRDS sont opérationnels	Nbre d'organes de suivi du PNDS et des PRDS opérationnels	X		0	24 (1 NC et 23 DSR)	Routine	Trimestrielle	DP

Objectifs / Résultats attendus	Principaux indicateurs	Principaux indicateurs				Méth. de collecte	Fréquence	Sources
		ind résultats	ind d'effets	niveau 2012	niveau 2015			
<b>3. Renforcer les capacités du Ministère pour (i) une bonne mobilisation des ressources humaines et financières, (ii) une bonne répartition géographique, (iii) une bonne utilisation des ressources</b>								
R.3.1 Le MSP a défini une clef de répartition des ressources financières de l'Etat dans les régions et les services centraux	Nbre de budgets annuels utilisant une clef de répartition pour leur élaboration et leur exécution	X		0	1	Routine	Annuelle	LF
R.3.2 L'arbitrage des budgets est organisé annuellement, avec la participation de tous les partenaires	Existence d'un cadre d'arbitrage	x		non	Cadre mis en place	Routine	Annuelle	LF
R.3.3 La mobilisation des ressources financières dans les délais et leur bonne utilisation sont renforcés, notamment par un dialogue avec les ministères des finances et de l'administration du territoire, avec l'Assemblée nationale et les collectivités décentralisées	Proportion des dépenses de santé qui arrivent à destination	x		2% (enquête suivi des dépenses à destination 2004)	50%	Enquête	tous les 5 ans	DGRP
R.3.4 Les plaidoyers auprès des hautes autorités pour l'augmentation du quota de recrutement des agents de la santé sont assurés	Nombre de plaidoyers faits à l'occasion des réunions avec les hauts responsables	X		ND	6	Routine	Routine	BCE
	Nombre d'habitants par médecin, sage-femme et infirmière	X		25 990	23 292	Routine	Routine	PND
R.3.5 Un programme de couverture des régions en ressources provenant de l'Etat et des partenaires est élaboré sous l'égide du MSP et mis en œuvre pour corriger les déséquilibres actuels et intégrer les structures privées à but lucratif et non lucratif dans la couverture sanitaire	Disponibilité d'un programme de couverture des régions en ressources (humaines et matérielles)			0	1	Routine	Annuelle	DGRP

Objectifs / Résultats attendus	Principaux indicateurs	Principaux indicateurs				Méth. de collecte	Fréquence	Sources
		ind résultats	ind d'effets	niveau 2012	niveau 2015			
R.3.6 La mobilisation et le redéploiement du personnel qualifié sont assurés, notamment à travers une plate-forme de coordination des initiatives concernant les ressources humaines - système des Nations Unies, diaspora, coopération sud-sud, la formation des médecins spécialistes au Tchad- impliquant le Ministère de l'enseignement supérieur et celui de la fonction publique	Un plan intégré de mobilisation et de redéploiement du personnel qualifié est élaboré et mise en œuvre	X		0	1	Routine	Mensuelle	DGRP/BCE
R.3.7 Le MSP assure une supervision et un contrôle régulier et efficace de l'utilisation des ressources à tous les niveaux du système de santé	Nombre de missions de contrôle réalisées	X		ND	8	Routine	Semestrielle	Rapport
<b>C. INFORMATION SANITAIRE</b>								
<b>Objectif stratégique : Améliorer la performance du système d'information sanitaire pour la production régulière d'informations clef de qualité, leur mise à disposition dans les délais et leur utilisation par tous les acteurs concernés</b>								
<b>1. Renforcer les capacités des services de SIS à tous les niveaux</b>								
R.1.1 Des ressources (humaines, matérielles, financières) supplémentaires aux différents niveaux rendent le SIS plus performant	Nbre de bulletins trimestriels d'indicateurs clé produits dans les temps	x		0	8	Routine	Trimestrielle	S7DSIS
R.1.2 100% des délégations et au moins 50% des districts produisent des RMA et des RTA de qualité, les analysent et les transmettent à la DSIS dans les délais	Nbre de DSR et de DS, produisant et analysant localement les données de leurs RMA et RTA	X		DSR: 0 DS:0	DSR: 23 DS:36	Routine	Annuelle	DSIS

Objectifs / Résultats attendus	Principaux indicateurs	Principaux indicateurs				Méth. de collecte	Fréquence	Sources
		ind résultats	ind d'effets	niveau 2012	niveau 2015			
<b>2. Assurer le suivi et la coordination du système d'information sanitaire</b>								
R.2.1 La Commission nationale du SIS est opérationnelle				non	oui			
R.2.2 Un mécanisme de suivi et de supervision de la gestion de l'information sanitaire est mis en place	Nombre de missions de supervisions	X		ND	8	Routine	Semestrielle	Rapport mission
R.2.3 Le schéma directeur du SIS est disponible	Schéma élaboré et diffusé	X		0	1	Routine	Annuelle	DSIS
R.2.4 La surveillance épidémiologique est assurée et les données nutritionnelles sont collectées et compilées à la fin de chaque mois	Disponibilité des données mensuelles	X		ND	24	Routine	Mensuelle	CNNTA
R.2.5 La collecte de données de Routine est complétée par des enquêtes thématiques et générales qui font l'objet d'un consensus entre les acteurs	Nbre d'enquêtes		X	ND	2	Enquêtes	Annuelle	CNNTA
<b>C. RESSOURCES HUMAINES</b>								
<b>Objectif stratégique : Assurer la présence de ressources humaines en quantité et qualité dans les formations sanitaires</b>								
<b>1. Renforcer la gestion des ressources humaines</b>								
R.1.1 Les effectifs du personnel de santé sont connus ainsi que sa répartition géographique et entre les secteurs publics, privé lucratif et privé non lucratif	Base de données disponible et mise à jour	x		0	1	Routine	Trimestrielle	DRH
R.1.2 La politique des ressources humaines pour la santé (RHS), intégrant une composante sur la motivation, est élaborée	Disponibilité d'une politique des RHS et d'une stratégie de motivation du personnel validées	X		0	2	Routine	Annuelle	DRH

Objectifs / Résultats attendus	Principaux indicateurs	Principaux indicateurs				Méth. de collecte	Fréquence	Sources
		ind résultats	ind d'effets	niveau 2012	niveau 2015			
R.1.3 Les personnels sont recrutés en nombre suffisant selon les besoins et les affectations privilégient d'abord les zones les plus démunies	Nombre de personnels recrutés et présents sur le terrain	X		?	?	Routine	Trimestrielle	DRH
<b>2. Augmenter le nombre et la qualité du personnel de santé par la formation pour répondre aux besoins du secteur</b>								
R.2.1 La formation initiale des RHS est assurée à l'intérieur et à l'extérieur conformément aux besoins du secteur	Disponibilité d'un plan de formation des agents à l'intérieur et à l'extérieur	X		0	1	Routine	Trimestrielle	DRH
	Nbre de personnels formés à l'intérieur et à l'extérieur conformément aux besoins du secteur.	X		?	?	Routine	Trimestrielle	DRH
R.2.2 Le projet de formation des médecins spécialistes au Tchad est mis en œuvre en collaboration avec le Ministère de l'enseignement supérieur	Nbre de médecins spécialistes formés au Tchad	X		0	?	Routine	Annuelle	DGRP
R.2.3 La formation complémentaire des jeunes médecins généralistes est assurée	% de jeunes médecins généralistes ayant bénéficié de la formation complémentaire		X	?	?	Routine	Annuelle	DRH
R.2.4 La formation des pharmaciens spécialistes est assurée	Nbre des pharmaciens formés	X		ND	10	Routine	Annuelle	DRH
R.2.5 La formation continue des RHS est coordonnée et assurée en prenant en compte l'intégration des soins centrés sur la personne	Plan de formation continue révisé et adopté	X		0	1	Routine	Annuelle	DRH
	Proportion de jeunes paramédicaux ayant bénéficié de la formation continue	X		ND		Routine	Annuelle	DRH



Objectifs / Résultats attendus	Principaux indicateurs	Principaux indicateurs				Méth. de collecte	Fréquence	Sources
		ind résultats	ind d'effets	niveau 2012	niveau 2015			
	Disponibilité d'une base de données sur la formation continue des agents	X		0	1	Routine	Annuelle	DRH
<b>3. Renforcer la qualité de la formation dans les écoles publiques et privées de santé ainsi que le tutorat et les stages</b>								
R.3.1 Les curricula selon l'approche par compétence, y compris la nutrition, sont élaborés et validés	Curricula disponibles et validés	X		DRH	X	X	X	
R.3.2 Toutes les écoles de santé publiques et privées sont intégrées dans le processus d'accréditation	Proportion d'écoles de santé publiques et privées accréditées	X		0	50%	Routine	Trimestrielle	DRH
R.3.3 La sélection, l'évaluation et les diplômes sont harmonisés dans toutes les écoles de santé publiques et privées	Nombre d'examens d'entrée et de sortie harmonisés	0	X	0	Examens d'entrée:2 Examens de sortie: 2	Routine	Annuelle	DRH
<b>4. Promouvoir la recherche sur les ressources humaines</b>								
R.4.1 Des recherches sur la problématique des RHS sont réalisées	Nbre de rapports de recherche sur les RHS validés et disséminés	X		ND	2	Annuelle	DRH	DRH
R.4.2 Des recommandations issues des recherches sont utilisées pour améliorer la gestion des RHS	% recommandations issues des recherches mises en œuvre	X		ND		Annuelle	DRH	DRH
<b>D. FINANCEMENT DU SECTEUR</b>								
<b>Objectif stratégique : Améliorer la gestion financière et l'accès des populations pauvres et vulnérables aux services de santé</b>								
<b>1. Améliorer le financement du secteur</b>								
R.1.1 La part du budget de la santé est augmentée à au moins	% du budget santé par rapport au BGE	X		10%	>ou=13%	Routine	Annuelle	DGRP

Objectifs / Résultats attendus	Principaux indicateurs	Principaux indicateurs				Méth. de collecte	Fréquence	Sources
		ind résultats	ind d'effets	niveau 2012	niveau 2015			
13% du budget général de l'Etat et le niveau de paiement acquis en 2012 (100%) est maintenu	% du budget santé payé	X		ND	100%	Enquête	tous les 2 ans	DGRP
R.1.2 : Les outils d'analyse du financement de la santé sont disponibles (comptes nationaux de santé, revue des dépenses publiques, suivi des dépenses à destination, étude des coûts unitaires des prestations de soin, analyse des différents segments de la gratuité)	Liste des analyses et des études disponibles	X		0	Liste d'au moins 5 études / analyses	Enquête	tous les 2 ans	DGRP
<b>2. Améliorer les capacités de gestion financière</b>								
R.2.1 75% des gestionnaires de crédits sont outillés et formés	% des gestionnaires de crédits outillés et formés	X			75%			
<b>3. Renforcer l'accessibilité financière aux soins et la couverture des besoins en santé des personnes vulnérables et pauvres</b>								
R 3.1 Une stratégie nationale de couverture universelle en santé (CUS) est élaborée en lien avec la stratégie nationale de protection sociale (SNPS) ; elle est adoptée et diffusée ; ses organes de coordination et de suivi sont mis en place	Disponibilité d'une stratégie nationale de CUS	X		0	1	Routine	NA	DGRP/DOSS
	Organes de coordination et suivi de la stratégie de la CUS opérationnels	X		0	1	Routine	Trimestrielle	DGRP/DOSS
R.3.2 Les recommandations de l'étude sur la gratuité des soins d'urgence sont mises en œuvre.	% des femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans pris charge gratuitement	X				Enquête	Annuelle	UGGSU

Objectifs / Résultats attendus	Principaux indicateurs	Principaux indicateurs				Méth. de collecte	Fréquence	Sources
		ind résultats	ind d'effets	niveau 2012	niveau 2015			
	Nombre d'urgences prises en charge gratuitement, par catégorie	X		UGGSU	X	X	X	
<b>E . MEDICAMENTS, REACTIFS, CONSOMMABLES MEDICAUX ET VACCINS</b>								
<b>Objectif stratégique : Rendre les produits pharmaceutiques efficaces accessibles à toute la population</b>								
<b>1. Rendre les médicaments essentiels génériques, les réactifs et les consommables médicaux essentiels disponibles dans les structures sanitaires et accessibles</b>								
R.1.1 60% des structures sanitaires sont pourvues des médicaments génériques, réactifs et consommables médicaux essentiels	% de CS et HD n'ayant pas connu de rupture des 10 molécules essentielles, de traitements antipaludéens et antituberculeux, d'ARV	X		ND	160	Enquête	2 fois /an	DPLM
R.1.2 Les structures d'approvisionnement et de distribution des médicaments et consommables sont opérationnelles	Nbre de PRA dotées de statuts et d'organes et procédures de gestion	X		0	15	Routine	Annuelle	Rapport mission sup
<b>2. Assurer le contrôle de qualité des produits pharmaceutiques mis sur le marché</b>								
R.2.1 Tous les produits pharmaceutiques mis sur le marché sont contrôlés	Proportion de médicaments contrôlés	X		?	?	Routine	Annuelle	DPML
R.2.2 La construction du laboratoire de contrôle de la qualité est entamée	Etat du chantier de construction du laboratoire de contrôle	X		0	1	Routine	Annuelle	DPML
R.2.3 La sensibilisation et le plaidoyer sur la lutte contre la vente illicite de médicaments sont renforcés	Etat de situation de la vente illicite des médicaments	X		ND		Routine	Annuelle	DPML

Objectifs / Résultats attendus	Principaux indicateurs	Principaux indicateurs				Méth. de collecte	Fréquence	Sources
		ind résultats	ind d'effets	niveau 2012	niveau 2015			
<b>3. Ramener les taux de perte de vaccins aux normes de l'OMS et minimiser les ruptures de stock à tous les niveaux de conservation (dépôts nationaux et régionaux, de districts et de centres de santé)</b>								
R.3.1 Le personnel en charge du PEV est formé à la gestion de stock des vaccins	% de CS disposant de personnel du PEV formé à la gestion de stock	X		ND		Routine	Annuelle	PEV
R.3.2 La supervision est assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (au moins deux fois du niveau central vers le niveau régional, trois fois du niveau régional vers les districts)	Nombre de supervisions réalisées à différents niveaux du système	X		ND		Routine	Annuelle	PEV
R.3.3 Les dépôts de conservation des vaccins sont opérationnels à tous les niveaux	Nbre des dépôts opérationnels	X		2	6	Routine	Annuelle	PEV
<b>4. Rendre opérationnel le circuit d'approvisionnement et distribution de vaccins et intrants dans toute la pyramide sanitaire.</b>								
R.4.1 Les moyens logistiques sont mis en place dans au moins 70% des structures sanitaires	Proportion de structures sanitaires pourvues de moyens logistiques							
R.4.2 Les moyens logistiques sont mis en place dans tous les districts sanitaires	Proportion de districts sanitaires pourvus de moyens logistiques							
R.4.3 Les vaccins sont disponibles dans au moins 60% des structures sanitaires	% de structures sanitaires n'ayant pas connu de rupture en vaccins	X		?	?	Enquête	tous les 2 ans	PEV

Objectifs / Résultats attendus	Principaux indicateurs	Principaux indicateurs				Méth. de collecte	Fréquence	Sources
		ind résultats	ind d'effets	niveau 2012	niveau 2015			
<b>F. INFRASTRUCTURES EQUIPEMENTS</b>								
<b>Objectif stratégique : Améliorer le parc d'infrastructures et d'équipements pour une meilleure prise en charge de la population</b>								
<b>1. Etablir un cadre normatif pour les infrastructures et les équipements</b>								
R.1.1 Des normes en matière d'infrastructures et d'équipements (médico- techniques et autres) sont disponibles	Disponibilité de normes pour les infrastructures et les équipements médico-techniques	X		Aucune	Liste des normes établies	Routine	Trimestrielle	DP
	Disponibilité de normes en matière d'équipements logistiques et de communication, de matériels informatiques et de mobilier			Aucune	Liste des normes établies	Routine	Trimestrielle	DP
R.1.2 100% des infrastructures sanitaires construites / réhabilitées et équipées, le sont selon les normes	Proportion des infrastructures construites ou réhabilitées, qui le sont selon les normes	X		ND				
	Proportion des infrastructures équipées, qui le sont selon les normes	X		ND				
<b>2. Améliorer l'équipement des services et l'entretien des bâtiments et des matériels</b>								
R.2.1 Les directions techniques et les structures sanitaires (niveau central, régions, districts) sont équipés en moyens roulants, en matériels informatiques et en mobilier selon les normes	Proportion de directions centrales équipées (véhicules, outils informatiques et mobilier de bureau)			ND				
	Proportion d'hôpitaux dotés en ambulances	x		ND		Routine	Trimestrielle	DP
	Proportion de DS et de DSR dotés en véhicules de supervision et en outils informatiques	X		ND		Routine	Trimestrielle	DGRP
	Proportion de centres de santé dotés en motos pour les stratégies avancées	X		ND		Routine	Trimestrielle	DGRP

Objectifs / Résultats attendus	Principaux indicateurs	Principaux indicateurs				Méth. de collecte	Fréquence	Sources
		ind résultats	ind d'effets	niveau 2012	niveau 2015			
R.2.2 La politique de maintenance est révisée et mise en œuvre	Disponibilité d'une nouvelle politique de maintenance	X		0	1	Routine	Trimestrielle	DGRP
	Disponibilité d'une équipe de maintenance compétente et outillée au niveau central dans 4 domaines (biomédical, électricité/froid, informatique, mobilier)	X		0	1	Routine	Trimestrielle	DGRP
	Disponibilité d'équipes de maintenance compétentes et outillées (biomédical, électricité/froid, informatique, mobilier) dans cinq régions	X		0	5	Routine	Trimestrielle	
	Disponibilité de contrats de maintenance pour les moyens roulants	X		0	1	Routine	Trimestrielle	DGRP

## IX-4.2 Plan de suivi et évaluation du PNDS2

Ce plan fait la synthèse des activités de suivi et évaluation à réaliser pour guider la mise en œuvre du PNDS2 durant la période 2013-2015. Il définit ces activités par niveau, ainsi que les types d'indicateurs à suivre. Ces activités comprennent :

- des réunions périodiques portant sur tout ou partie du PNDS,
- une revue annuelle fin 2015 et une revue finale fin 2015 (comité directeur)
- la production de rapports et leur exploitation,
- le renforcement des capacités des équipes des différents niveaux en matière de suivi et évaluation (formation, équipements).

Les deux revues sectorielles seront des moments-clef associant, autour des représentants du MSP central et déconcentré, ceux des établissements autonomes, des autres administrations nationales concernées, des élus, du secteur privé à but lucratif, du secteur privé à but non lucratif, des partenaires techniques et financiers. Ces réunions de plusieurs jours, à l'occasion du comité directeur, demanderont une préparation intense et devront permettre, progressivement, de limiter les mécanismes spécifiques liés aux projets et programmes.

La façon dont les principaux acteurs du secteur vont mettre en œuvre le PNDS2 sera précisée dans un pacte (« compact ») à travers des engagements de l'Etat concernant notamment le leadership, la transparence, les réformes essentielles, l'utilisation des ressources, et des engagements de ses partenaires nationaux et internationaux concernant notamment l'alignement et l'harmonisation de l'aide, pour une sortie progressive de la gestion par projet et des coûts de transaction qu'elle engendre pour le MSP. Le suivi des engagements du « compact » pourra se faire également à travers les mécanismes indiqués ci-dessous, sans en créer de nouveaux.

**Tableau 21 : chronogramme suivi et évaluation**

Activités	périodicité	dates	indicateurs à suivre	Resp.
<b>1 Le suivi de la mise en œuvre du PNDS2 au niveau central est assuré</b>				
Réunion de suivi avec le Chef de l'Etat	Mensuelle	24 du mois	indicateurs SR, épidémies, vaccination, palu, VIH, accès aux soins	MSP/SG
Réunion de suivi des épidémies : comité technique national de lutte contre les épidémies	Hebdomadaire	mercredi	Suivi des indicateurs de surveillance sentinelle	SG/DGAS
Comité de Direction	Hebdomadaire	jeudi	Elaboration et état de mise en œuvre des Plans d'Action et budgets des DT- textes-organes de gestion-nouveaux stratégies et programmes - RH-matériel...	SG/BCE
Comité de Direction élargi	1 fois tous les 2 mois	dernier jeudi des 2 mois	Suivi des indicateurs du PNDS2, préparation des revues annuelles (Comité Directeur)	SG/BCE/DP
Réunion MSP/PTF	Semestrielle	dernier jeudi du semestre	Synthèse du Comité Direction élargi	SG/BCE

<b>Comité Directeur/revue mi-parcours du PNDS2</b>	<b>Annuelle</b>	<b>Mars 2015</b>	<b>EVALUAION</b>	DP
<b>Comité Directeur /revue finale du PNDS2</b>	<b>2 ANS</b>	<b>nov-15</b>	<b>Evaluation finale du PNDS2 et grandes lignes du PNDS3</b>	DP
Revue des programmes et projets	Annuelle	début novembre	Suivi indicateurs spécifiques: conclusions devant alimenter la réunion du Comité Directeur (revue annuelle)	DGAS
Revue des programmes de coopération	Annuelle	octobre	Suivi des indicateurs spécifiques	SG/BCE
<b>2 Le suivi de la mise en œuvre du PNDS2 au niveau DSR est assuré</b>				
Réunion Gouverneur/santé	Mensuelle	15 du mois	Indicateurs SR, épidémies, vaccination, palu, VIH, accès aux soins	Gouverneur/DSR
Conseil de santé	Annuelle	début février	Tableau de bord sectoriel	DSR
Comité directeur	Annuelle	fin mars	Tableau de suivi du PNDS2/PRDS, Planification opérationnelle	DSR
Réunion DSR/PTF locaux	Trimestrielle	dernière semaine de chaque trimestre	Suivi PRDS	DSR
<b>3 Le suivi de la mise en œuvre du PNDS2 au niveau DS est assuré</b>				
Conseil de santé	Annuelle	Fin janvier	Tableau de bord sectoriel	Préfet/MCD
Comité directeur	Annuelle	fin novembre	Suivi PRDS, Planification opérationnelle	MCD
Réunion DSR/PTF locaux	Trimestrielle	dernier mois de chaque trimestre	Suivi PRDS	MCD
<b>4 Les rapports de suivi du PNDS2 sont produits et disséminés</b>				
Rédiger et transmettre les rapports au niveau DSR	Semestrielle	Première quinzaine du semestre suivant	Indicateurs SIS+ indicateurs suivi PNDS2	DSR
Rédiger les bulletins trimestriels sur les indicateurs du PNDS2	Trimestrielle	Dernière semaine du 1 <sup>er</sup> mois du trimestre suivant	Indicateurs SIS+ indicateurs suivi PNDS2	DP
Produire l'annuaire SIS	Annuelle	Juin de l'année suivante	Indicateurs SIS+ indicateurs suivi PNDS2	DP
<b>5 Les capacités des équipes chargées du suivi de la mise en œuvre du PNDS2 sont renforcées</b>				
Former les membres du comité technique sur la coordination et le suivi de la mise en œuvre	1 fois	1 <sup>er</sup> trimestre 2014	Membres du comité technique formés sur la coordination et le suivi de la mise en œuvre du PNDS2	DGRP/DP
Former les équipes des 23 régions sur la coordination et le suivi de la mise en œuvre	1 fois	2 <sup>ème</sup> trimestre 2014	Membres des équipes des 23 DSR sont formés sur la coordination et le suivi de la mise en œuvre du PNDS2/PRDS	DGRP/DP
Assurer l'équipement du comité technique : 2	1 fois	1 <sup>er</sup> trimestre 2014	Le comité technique est opérationnel	DGRP/DP



ordinateurs fixes et 2 ordinateurs portables, 2 véhicules de suivi et supervision				
Assurer le fonctionnement du Comité technique	Trimestriel	Janvier 2014-déc 2015		

## ANNEXES

1. Principaux indicateurs de santé (annuaire des statistiques sanitaires 2011)
2. Cartographie des approvisionnements pharmaceutiques au Tchad, juin 2010
3. Critères de fonctionnalité des structures sanitaires aux différents niveaux
4. Tableau de bord des indicateurs sectoriels
5. Arrêté mettant en place le comité technique et les commissions thématiques en charge de la gestion du processus d'élaboration et de validation du PNDS2

## BIBLIOGRAPHIE

### BIBLIOGRAPHIE

- 1-Plan National de développement 2013-2015, (PND)
- 2-Politique nationale de la Santé 2007-2015,
- 3-Plan National de Développement Sanitaire (2009-2012), PNDS1, tomes 1 et 2
- 4-Plan Pluriannuel Annuel Complet (PPAC) PEV 2013-2017
- 5-Plan Stratégique National de Riposte au SIDA 2012-2015
- 6-Plan Stratégique de Lutte contre la Tuberculose 2009-2013
- 7-Plan Stratégique de Lutte contre le Paludisme 2009-2013
- 8-Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PSDRHS) 2013-2020
- 9-Plan Stratégique de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2012-2016
- 10-Plan Stratégique de la Santé Scolaire, Universitaire et du Travail
- 11-Plan Stratégique d'Élimination de l'Onchocercose et de la Filariose Lymphatique 2013-2015
- 12-Pré-pacte entre le Gouvernement du Tchad et ses partenaires du secteur de la santé, novembre 2011
- 13-Rapport d'évaluation PNDS1
- 14-Evaluation de la gratuité des soins d'urgence au Tchad 2007-2010
- 15-Feuille de Route pour l'Accélération de la réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale Infantile 2008-2015
- 16-Revue à mi parcours de la Feuille de Route Nationale pour l'Accélération de la réduction de la Mortalité Maternelle
- 17-Rapport de l'Évaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, 2011
- 18-Rapport d'Évaluation du Système d'Information Sanitaire, J.P. De Lamalle, novembre 2011
- 19-Rapport de l'évaluation de la chaîne de froid et de la logistique du PEV au Tchad, 2010
- 20-Étude de revitalisation de la Chaîne de froid du Tchad, Unicef 2011

- 21-Projet d'appui à la Formation des Médecins Spécialistes au Tchad (2011-2016)
- 22- Projet de Réorganisation du Réseau Hospitalier du Tchad, septembre 2011
- 23-Règlement Sanitaire International
- 24**-Enquête nationale sur les indicateurs du paludisme au Tchad -2010.
- 25**- Enquête sur la consommation du secteur informel au Tchad
- 26-Enquêtes démographiques et de santé du Tchad de 1997 et de 2004
- 27-Rapport Mondial sur le Développement Humain du PNUD de 2012.
  
- 28- Enquête MICS 3 : mars 2013 : «Profil de pauvreté au Tchad en 2011».
- 29-RGPH (Recensement général de la population et de l'habitat) de 2009.
- 30-Décret n° 360/PR/PM/MSP/2006 de 2006 portant organigramme du MSP et son arrêté d'application n° 100/MSP portant organisation et fonctionnement du MSP.
- 31-Etude de JP Gueguant avec la collaboration du Dr Manasset Guealbaye : Population, développement et dividende démographique au Tchad, Replacer la population au centre des trajectoires de développement- Etude financée par l'Agence Française de développement (AFD)- 2012.
- 32-Annuaire des statistiques sanitaires du Tchad