



PUBLIQUE



PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS3 : 2018-2021)





Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



PREFACE

Basé sur les soins de santé primaires, le système de santé du Tchad est organisé suivant une configuration pyramidale qui met un accent particulier sur le développement du système de santé au niveau des districts sanitaires.

La priorité du gouvernement est d'assurer à toute la population tchadienne en générale des soins de santé de qualité, et en particulier à la population pauvre et vulnérable.

Pour adapter les interventions au contexte actuel et pour plus d'efficacité, le Gouvernement et ses Partenaires au Développement ont élaboré et adopté une nouvelle Politique Nationale de Santé (PNS : 2016-2030). Aussi, les partenaires ont-ils participé à l'élaboration du présent Plan National de Développement Sanitaire (PNDS3 : 2018-2021) de manière inclusive et participative. Ce plan va permettre de mettre en œuvre de manière synergique la Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle (SNCSU) appuyée par tous les partenaires dans le cadre du Compact et de l'Initiative Internationale pour la Santé (IHP+).

C'est pour nous l'occasion de saluer la production de ce document stratégique d'une grande importance pour le pays. Il est important de rappeler que le PNDS3 est un outil précieux de travail et un cadre de référence pour la mise en œuvre de toutes les interventions sanitaires en faveur de la population tchadienne.

Par la présente, nous adressons nos sincères remerciements aux institutions nationales : Parlement, Ministères impliqués (Economie et planification de développement, Fonction Publique, Finances et Budget, Action Sociale, etc.), aux Partenaires Techniques et Financiers (l'OMS, la Coopération Suisse, l'UNICEF, l'UE, l'UNFPA, l'AFD, etc.), la Société civile (les organisations syndicales et les ordres professionnels, les associations, etc.), les ONG nationales ou internationales, la liste n'étant pas exhaustive.

Nous tenons également à féliciter le Comité Technique dont la mission était d'élaborer et valider les Plans Régionaux de Développement Sanitaire (PRDS) et le PNDS3. C'est grâce à sa persévérance, son dynamisme ainsi qu'à l'implication sans faille des consultants et experts nationaux et internationaux que le processus a été efficacement conduit jusqu'à terme. En somme, 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, Nous invitons vivement tous les responsables sanitaires à différents niveaux du secteur de la santé, les Partenaires Techniques et financiers, la société civile et autres acteurs impliqués à aligner leurs interventions sur ce document pour rendre effective sa mise en œuvre.

N'Djaména, le 15 JAN 2018

Le Ministre de la Santé Publique


AZIZ MAHAMAT SALEH



TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	2	
<u>I. GENERALITES</u>	2	
<u>1.1. CONTEXTE POLITIQUE ET ADMINISTRATIF</u>	2	
<u>1.2. DONNEES GEOGRAPHIQUES</u>	2	
<u>1.3. DONNEES DEMOGRAPHIQUES</u>	2	
<u>1.4. DONNEES ECONOMIQUES</u>	2	
<u>1.5. REFERENTIEL AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT</u>	2	
<u>II. SITUATION SANITAIRE</u>	2	
<u>2.1. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION</u>	2	
<u>2.1.1. SANTE DE LA FEMME</u>		2
<u>2.1.2. SANTE DE L'ENFANT</u>		2
<u>2.1.3. SANTE DE L'ADOLESCENT</u>		2
<u>2.1.4. SANTE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES VIVANT AVEC HANDICAP</u>		2
<u>2.1.5. SANTE DES POPULATIONS NOMADES ET INSULAIRES</u>		2
<u>2.1.6. PRINCIPAUX DETERMINANTS DE LA SANTE</u>		2
<u>2.2. ANALYSE DE LA REPONSE DU SYSTEME DE SANTE</u>	2	
<u>2.2.1. GOUVERNANCE ET LEADERSHIP</u>		2
<u>2.2.2. RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE</u>		2
<u>2.2.3. MEDICAMENTS, AUTRES PRODUITS DE SANTE ET LABORATOIRE</u>		2
<u>2.2.4. INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET MAINTENANCE</u>		2
<u>2.2.5. FINANCEMENT DE LA SANTE</u>		2
<u>2.2.6. INFORMATION SANITAIRE ET RECHERCHE</u>		2
<u>2.2.7. PRESTATIONS DES SERVICES ET DES SOINS DE SANTE</u>		2
<u>III. SYNTHESE DES RESULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2</u>	2	
<u>IV. PROBLEMES PRIORITAIRES</u>	2	
<u>4.1. PROBLEMES DE SANTE DE LA POPULATION</u>	2	
<u>4.2. PROBLEMES LIES A LA REPONSE ACTUELLE DU SYSTEME DE SANTE</u>	2	
<u>V. RAPPEL DE LA STRATEGIE NATIONALE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE</u>	2	
<u>VI. RAPPEL DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE</u>	2	
<u>6.1. VISION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE</u>	2	
<u>6.2. FONDEMENT, VALEURS ET PRINCIPES</u>	2	
<u>6.3. ORIENTATIONS GLOBALES DE LA POLITIQUE NATIONALE</u>	2	
<u>DE SANTE</u>	2	

<u>VII.</u>	<u>OBJECTIFS, AXES D'INTERVENTION, ACTIONS PRIORITAIRES</u>	2
<u>7.1.</u>	<u>OBJECTIFS GENERAL ET SPECIFIQUES</u>	2
<u>VIII.</u>	<u>CHAÎNE DES RÉSULTATS</u>	2
<u>8.1.</u>	<u>ORIENTATIONS STRATEGIQUES</u>	2
<u>8.2.</u>	<u>DETERMINATION DES PROGRAMMES</u>	2
<u>IX.</u>	<u>PLANIFICATION DU PNDS</u>	2
<u>X.</u>	<u>FINANCEMENT DU PNDS</u>	2
<u>10.1.</u>	<u>HYPOTHESE D'ESTIMATION DES COUTS</u>	2
<u>10.2.</u>	<u>ESTIMATION DU COUT</u>	2
<u>10.3.</u>	<u>CADRAGE BUDGETAIRE</u>	2
<u>10.4.</u>	<u>PLAN DE FINANCEMENT DU PNDS3</u>	2
<u>10.5.</u>	<u>ANALYSE DES GAPS</u>	2
<u>XI.</u>	<u>CADRE DE MISE EN OEUVRE</u>	2
<u>11.1.</u>	<u>CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE</u>	2
<u>11.2.</u>	<u>PROCESSUS DE PLANIFICATION OPERATIONNELLE</u>	2
<u>11.3.</u>	<u>MECANISMES DE COORDINATION ET ORGANES DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE</u>	2
<u>11.4.</u>	<u>SUIVI ET EVALUATION</u>	2
<u>XII.</u>	<u>ANNEXES</u>	2

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Catégories et proportions de populations cibles	2
Tableau 2 : Indicateurs démographiques	2
Tableau 3: Indicateurs de lutte contre le paludisme	2
Tableau 4 : Densité de personnel de santé par région en 2016	2
Tableau 5 : Les hôpitaux des districts par région	2
Tableau 6 : Les infrastructures actuelles de la première ligne des soins (CS)	2
Tableau 7: Evolution du crédit alloué à la santé par grandes masses en million des FCFA de 2013 à 2016.	2
Tableau 8 : Evolution des financements extérieurs par rapport à la dotation de l'Etat de 2013 à 2016 (en millions de FCFA).	2
Tableau 9 : Situation d'Exécution Budgétaire de 2013 à 2015 (en millions de F CFA)	2
Tableau 10 : Evolution des dépenses des ménages de 2013 à 2016 (en million de FCFA).	2
Tableau 11: Nombre de personnes couvertes par l'assurance maladie	2
Tableau 12 : Nombre des adhérents aux mutuelles de santé (2013 à 2016)	2
Tableau 13 : Etat de fonctionnalité des zones de responsabilité par délégation sanitaire régionale	2
Tableau 14: Etat de fonctionnalité des hôpitaux des districts sanitaires.	2
Tableau 15: Indicateurs des facteurs de risques comportementaux	2
Tableau 16 : Situation des maladies sous surveillance en 2015	2
Tableau 17: Objectifs du PNDS3	2
Tableau 18: Evolution de quelques indicateurs d'impacts (2018 -2021)	2
Tableau 19 : Estimation du coût annuel du PNDS 3 par pilier	2
Tableau 20 : répartition du budget du PNDS3 par programme	2
Tableau 21: Gap de financement selon les différents scénari	2
Tableau 22: Budget par orientation stratégique	2

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution des différentes formes de malnutrition au Tchad	2
Figure 2 : Circuit d’approvisionnement en médicaments	2
Figure 3 : Disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires	2
Figure 4. Evolution des dépenses totales de santé DTS par habitant et par an (en USD).	2
Figure 5. Evolution de la dépense publique de santé en % du PIB	2
Figure 6. Evolution du Budget annuel du MSP en Milliards de Francs CFA	2
Figure 7. Evolution de l’engagement d’Abuja pour le Tchad (2001-2014)	2
Figure 8: L’évolution de la part du paiement direct dans la dépense totale de santé (en %).	2
Figure 9 : Evolution des taux d’utilisation des services à la consultation curative de 2011 à 2015	2

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ATS:	Agent Technique de Santé
AVC:	Accident Vasculo-cérébral
AVP:	Accident de la Voie Publique
BET:	Borkou-Ennedi-Tibesti
CDMT:	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CNLS:	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CNAR:	Centre national d'appareillage et de rééducation
CPE:	Consultations Préventives Enfant
CPN :	Consultation Périnatale
CPoN:	Consultation Post Natale
CS:	Centre de Santé
CSU:	Couverture Sanitaire Universelle
DGPL :	Direction Générale de la Pharmacie et Laboratoire
DNTA :	Direction de Nutrition et de Technologie Alimentaire
DOSS:	Direction de l'Organisation des Services de Santé
DS:	District Sanitaire
DSIS:	Direction des Statistiques et de l'Information Sanitaire
DSR	Délégation Sanitaire Régionale
DVSE:	Direction de la Vaccination et de la Surveillance Epidémiologique
EDS-MICS :	Enquête Démographique et de Santé & Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
EDST :	Enquête Démographique et de Santé au Tchad
ENASS :	Ecole Nationale des Agents Socio-Sanitaires
FBR :	Financement Basé sur les Résultats
FRNRMMNI :	Feuille de Route Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile
FSSH :	Faculté des Sciences de la Santé Humaine
HGRN :	Hôpital Général de Référence Nationale
HME :	Hôpital de la Mère et de l'Enfant
HTA :	Hypertension Artérielle
IDH :	Indice de Développement Humain
IHP+:	Partenariat International pour la Santé et Initiatives Apparentées
JANS:	Joint Assessment of National Strategy (Evaluation de la qualité d'un plan ou d'une stratégie nationale)
MEG:	Médicaments Essentiels Génériques
MSP:	Ministère de la Santé Publique
MTN:	Maladies Tropicales Négligées
NC:	Nouveau Cas
ODD:	Objectifs de Développement Durable
OMD:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG:	Organisation Non Gouvernementale
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PCA:	Paquet Complémentaire d'Activités

PCIME:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV:	Programme Elargi de Vaccination
PIB :	Produit Intérieur Brut
PMA :	Paquet Minimum d'Activités
PND:	PND: Plan National de Développement
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PNS :	Politique Nationale de Santé
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/IST
PTF :	Partenaires Techniques et Financiers
PTME :	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
RCS :	Responsable de Centre de Santé
RDC :	Recouvrement de Coûts
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH :	Ressources Humaines
RHS :	Ressources Humaines pour la Santé
SARA :	Service Availability and Readiness Assessment
SIS:	Système d'Information Sanitaire
SNCSU :	Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle
SONU :	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SONUB :	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
SONUC :	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets
SWEDD:	Sahelian Women Empowerment Demographic Dividend
TBN:	Taux Brut de Natalité
TDR	Test de Diagnostic Rapide
THA:	Trypanosomiase Humaine Africaine
ZR:	Zone de Responsabilité

RESUME EXECUTIF

Depuis environ trois décennies, le système de santé du Tchad est basé sur les soins de santé primaires (SSP) avec le district de sanitaire comme cheville ouvrière. Grâce à cette option la disponibilité et l'accessibilité des prestations essentielles de santé ont été améliorées en termes de couverture sanitaire et de prestations réalisées. Malgré ces acquis, les résultats des dernières enquêtes (EDS-MICS 2014-2015, Enquête sur la disponibilité des services et l'opérationnalité des structures - SARA...), montrent que les indicateurs de santé restent faibles. C'est le cas des taux de mortalités maternelles et infantiles qui sont les plus élevés de la sous-région (860 pour 100 000 naissances vivantes pour la mortalité maternelle et 72 ‰ pour la mortalité infantile). Afin d'améliorer ces résultats, le Tchad a révisé sa politique de santé pour l'adapter aux nouveaux contextes caractérisés par la vision du Tchad à l'horizon 2030, l'opérationnalisation des Objectifs de Développement durable (ODD), la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU)... Le Tchad a également élaboré plusieurs autres documents de politique nationale dont la Stratégie de la santé communautaire, l'organigramme du Ministère de la Santé Publique (MSP), et renforcé plusieurs programmes dont ceux relatifs aux maladies transmissibles et non transmissibles (notamment la Tuberculose, le VIH/SIDA, le Paludisme...), à la santé reproductive et aux maladies tropicales négligées (MTN).

Afin de traduire la Politique nationale de santé (PNS) 2016-2030 en acte, le MSP a procédé à l'élaboration du Plan national de développement Sanitaire Troisième Génération (PNDS3). La démarche d'élaboration de ce PNDS a été inclusive, participative et consensuelle et a vu la participation de l'ensemble des parties prenantes. Les étapes suivantes ont été suivies : (i) l'analyse de la situation sanitaire nationale, (ii) la définition des orientations stratégiques ; (iii) la définition des axes d'intervention et des priorités d'actions ; (iv) l'élaboration du cadre de mise en œuvre et du cadre de suivi-évaluation ; (v) la planification et la budgétisation axée sur les résultats avec l'outil OneHealth.

L'analyse de la situation sanitaire nationale a permis de mettre en exergue les principaux problèmes suivants : Le taux élevé de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile, la charge de mortalité et de morbidité élevée due aux maladies transmissibles et non transmissibles, l'ampleur de la malnutrition surtout chez les enfants ,la faible performance du système de santé dans ses six piliers fondamentaux (insuffisance des ressources humaines qualifiées et leur gestion ,l'insuffisance de médicaments de qualité et autres intrants ,l'insuffisance de coordination et gestion du secteur et le manque de la culture de la redevabilité, l'insuffisances des ressources financières et de leur utilisation, insuffisance de la couverture sanitaire surtout pour les populations des zones d'accès difficile et les insulaires , la faible qualité et la fiabilité des données du Système d'Information Sanitaire (SIS), l'insuffisance de l'offre des services de santé, etc.)

La mise en œuvre de ce nouveau plan contribuera à atteindre les résultats définis dans la Politique Nationale de Santé 2016/2030 :

a) Orientations stratégiques relatives à la gouvernance & leadership

Il s'agit de renforcer la gouvernance et de redynamiser la multisectorialité dans la mise en œuvre des activités sanitaires à tous les niveaux du système de santé.

b) Orientations stratégiques relatives au financement de la santé

Il question d'accroître les ressources financières du secteur de la santé et d'améliorer l'efficacité de leur utilisation, de promouvoir des mécanismes de protection de la population contre le risque financier lié au paiement ainsi que l'équité dans la répartition et l'affectation des ressources des soins de santé.

c) Orientations stratégiques relatives aux ressources humaines pour la santé

Il s'agit d'améliorer la gestion des ressources humaines en santé et de poursuivre le déploiement et redéploiement du personnel dans les différentes régions.

d) Orientations stratégiques relatives au SIS

Elles concernent le renforcement de la coordination et de leadership en matière de gestion de l'information sanitaire ainsi que des capacités institutionnelles et techniques des services concernés par ce domaine. Il s'agit aussi, de réviser la carte sanitaire pour rendre opérationnelle progressivement toutes les structures sanitaires.

e) Orientations stratégiques relatives aux infrastructures et équipements

Elles visent le renforcement de la coordination, du cadre stratégique et normatif et l'accroissement de la couverture en infrastructures sanitaires.

f) Orientations stratégiques relatives aux médicaments et autres produits de santé

Elles se focalisent sur le renforcement du cadre institutionnel, juridique, organisationnel et fonctionnel du secteur pharmaceutique, du Système d'Assurance Qualité des médicaments et autres produits de santé. Elles mettent aussi l'accent sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé afin de garantir bonne accessibilité géographique et financière aux populations ainsi que la lutte contre la vente illicite des médicaments.

g) Orientations stratégiques relatives aux prestations de soins et services de santé

Il s'agit d'améliorer la disponibilité, la qualité, l'utilisation et la capacité opérationnelle des services de santé à tous les niveaux du système de santé, de promouvoir la santé des jeunes, des adolescents et des personnes âgées, de renforcer les activités de santé à base communautaire ainsi que les stratégies de promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé et de se préparer et répondre aux urgences en santé.

La mise en œuvre du PNDS3 2018-2021 se focalisera sur une approche multisectorielle à tous les niveaux du système de santé. Le cadre institutionnel orientera la mise en œuvre du PNDS3 à travers les organes et Instances de coordination par niveau : Le Comité de Direction, les Conseils Régionaux et Départementaux de Santé, etc. Des plans opérationnels seront élaborés chaque année à tous les niveaux du système et validés par les différentes instances.

Le cadrage financier du PNDS3 2018-2021 a été fait en prenant en compte les données programmatiques utilisant l'outil de budgétisation OneHealth. L'estimation des financements disponibles pour le PNDS a été faite selon les trois (03) scénarii retenus dans le plan quinquennal de développement du Tchad 2016-2021 qui sont les suivants : le **Scénario de base ou «actuel»**, le **Scénario optimiste ou «d'un Tchad émergent»** et le **Scénario pessimiste ou «d'un Tchad en état de chocs extrêmes»**. Ces scénarii ont permis de dégager un budget prévisionnel du PNDS3 variant de 555 398 889 133 à 296 913 889 112 F. CFA entre le 1^{er} et le 3^e en passant du 1^{er} au 3^e scénario, avec un gap d'environ 50%.

INTRODUCTION

Le Gouvernement, dans le cadre de l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) s'est inspiré des documents internationaux et nationaux. Le PNDS constitue de ce fait, le premier d'une série des plans du gouvernement pour la mise en œuvre du volet santé de l'agenda de développement durable dans le pays à l'horizon 2030. Ainsi, Il sera le cadre de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé (PNS) et du Plan Stratégique de la Couverture Universelle en santé pour les quatre (4) prochaines années (2018-2021). Ces documents stratégiques constituent avec le Plan National de développement (PND), le cadre de référence pour le troisième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS3)

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 a été adopté le 15 septembre 2015. Articulé autour de 17 Objectifs de Développement Durable (ODD) et 169 cibles, les ODD visent à renforcer la paix partout dans le monde dans le cadre d'une liberté plus grande et à l'élimination de la pauvreté sous toutes ses formes et dans toutes ses dimensions, et de **permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.**

Se situant dans cette logique, le PNDS3 qui est bâti autour des 6 piliers du système de santé, se fixe comme objectif d'assurer à la population l'accès universel aux soins et services de santé de qualité, globaux, intégrés, continus et centrés sur la personne afin de contribuer efficacement au développement socio-économique du pays.

Elaboré grâce à une démarche inclusive, participative et consensuelle de l'ensemble des parties prenantes, le PNDS3 a connu cinq grandes étapes qui sont : (i) l'analyse de la situation sanitaire nationale, (ii) la définition des orientations stratégique; (iii) la définition des axes d'intervention et des priorités d'actions ; (iv) l'élaboration d'un cadre de mise en œuvre et du d'un cadre de suivi-évaluation et (v) la planification et la budgétisation axée sur les résultats avec l'outil OneHealth.

I. GENERALITES

I.1. CONTEXTE POLITIQUE ET ADMINISTRATIF

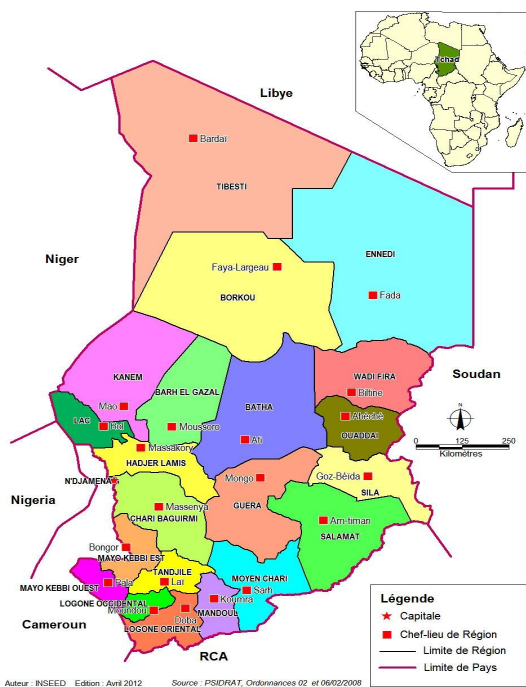
Le Tchad est un Etat unitaire et laïc. Le processus de décentralisation et de déconcentration des services vers les régions, départements et communes pour un développement harmonieux y est enclenché après la Conférence Nationale Souveraine de 1993. Le pays compte actuellement 23 régions dont celle de N'Djaména, 69 départements et 275 Sous-préfectures. Les régions sanitaires sont calquées sur les régions administratives et les districts sanitaires correspondent plus ou moins aux départements. Bien qu'il y ait une volonté manifeste de décentralisation, l'organisation administrative du Tchad reste fortement marquée par la centralisation des services de l'Etat dans la capitale.

Du point de vue politique, la Constitution du 31 Mars 1996, révisée le 06 juin 2005, prévoit un régime de type présidentiel. Le Président de la République incarne le pouvoir exécutif, il est élu pour un mandat de 5 ans. Une Assemblée Nationale détenant le pouvoir législatif est mise en place pour un mandat de 4 ans. Le pouvoir judiciaire est assuré par une Cour Suprême, un Conseil Constitutionnel et une Haute Cour de Justice et la Cour des Comptes. Il existe aussi un Haut Conseil de la Communication chargé de garantir la liberté de la presse et l'expression pluraliste des opinions et un Conseil Economique, Social et Culturel qui a un rôle consultatif. Enfin, les partis politiques, les associations de la société civile et les mass médias concourent au renforcement de la démocratie.

I.2. DONNEES GEOGRAPHIQUES

Le Tchad est un état continental, classé 5^{ème} parmi les pays les plus vastes du continent africain. Situé entre les 8^{ème} et 14^{ème} degrés de latitude Nord et les 14^{ème} et 24^{ème} degrés de longitude Est, il couvre une superficie de 1 284 000 km². 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 Tchad 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 la place à la savane puis au désert (avec quelques oueds).

L'hydrographie et le relief du Tchad font de ce pays un véritable bassin, bordé à l'Est et au Nord par des montagnes, on trouve également des montagnes au Sud-ouest La cuvette sédimentaire du Tchad est occupée par de nombreux lacs, dont le principal, le Lac Tchad 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. Au centre-est, on trouve de nombreux cours d'eau intermittents qui tendent à disparaître. Sur 23 régions que compte le pays, 10 sont enclavées en partie en saison pluvieuse. Il s'agit de la moitié du Salamat, d'une partie de l'Ouaddaï, du Guéra, du Moyen Chari, de Hadjer Lamis, du Lac, des deux Mayo-Kebbi et de la Tandjilé.

Le réseau routier tchadien est en plein essor pour le désenclavement intérieur et extérieur du pays. La majeure partie des grandes villes du Tchad comme Abéché, Mongo, N'Djaména, Bongor, Kélo, Moundou, Doba, Sarh et Kyabé sont reliées entre elles par des routes bitumées et plusieurs projets sont en cours pour relier le Tchad aux pays voisins. De par son enclavement, le Tchad est fortement dépendant de plusieurs axes, notamment l'axe Douala-N'Djaména et N'Djaména-Port Harcourt pour ses approvisionnements. Le réseau aéroportuaire comprend un aéroport international à N'Djamena et plusieurs aérodromes dans le pays.

Le Tchad est couvert sur une très grande partie par de réseaux de téléphonie mobile qui facilitent un accès rapide aux nouvelles technologies de l'information et de la communication. 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 des nouvelles chaînes de télévisions privées et l'existence de radios communautaires à travers presque tout le territoire national, la sensibilisation de la population à travers la communication audiovisuelle se développe considérablement. A cela s'ajoutent les modes de communication populaires: crieurs publics, griots, théâtre populaire ou communautaire, contes, diapo-langage, etc.

I.3. DONNEES DEMOGRAPHIQUES

La population du Tchad, selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH2) de 2009, était de 11.039.873 habitants. Elle est estimée en 2016 à 14.107.527 habitants parmi lesquels les hommes représentent 49,4% contre 50,6% pour les femmes. La population du Tchad est très jeune : les moins de 25 ans représentent 68% du total de la population tandis que les plus de 60 ans représentent 4,5%. Selon le milieu de résidence, 21,9% de la population vit en milieu urbain, 78,1% en milieu rural dont 3,4% sont des nomades.

La densité moyenne de la population est relativement faible (10,65 hab. /km²). Mise à part la région de N'Djaména qui est une particularité (2 356,72 hab. /km²), la densité de la population varie de 0,40 hab. /km² au Borkou-Tibesti à 95,67 hab. /km² au Logone occidental. Les Délégations sanitaires régionales (DSR) des Mayo Kebbi Ouest et Est, de la Tandjilé, du Mandoul et du Logone occidental ont une densité largement au-dessus de la moyenne nationale. Il s'agit essentiellement des régions qui offrent des conditions socioéconomiques favorables à l'implantation humaine. En effet, cette partie du pays reçoit au moins 1 000 mm de pluie par an et elle est drainée par 2 grands fleuves. Elle dispose d'une végétation abondante et des sols relativement riches. A l'opposé, les DSR du Kanem (5,70), du Salamat (5,41), du Batha (6,59), du Barh El Gazal (6,26), de l'Ennedi (0,98) affichent une densité nettement en dessous de la moyenne nationale. Cela s'explique en partie par le caractère désertique de ces régions à l'exception du Salamat.

Le taux d'accroissement moyen annuel de la population est de 3,5%. Selon les résultats du recensement, les naissances attendues représentent 4,1%, les grossesses 4,23%, les nourrissons de 0-11 mois 3,7%, les enfants de 0-59 mois 20,20%, les jeunes de moins de 15 ans 50,6% et les femmes en âge de procréer 21,76%.

Tableau 1 : Catégories et proportions de populations cibles sur 5 années.

	Population Totale	Grossesses attendues	Naissances attendues	Nourrissons de 0-11 mois	Enfants de 0-59 mois	Jeunes de moins de 15 ans	Jeune et Adolescent de 10 à 24 ans	Femmes en âge de procréer
		4,23%	4,10%	3,70%	20,20%	50,60%	18,20%	21,76%
2017	15 778 415	667 427	646 915	583 801	3 143 858	7 983 879	2 871 672	3 433 383
2018	16 346 438	691 454	670 204	604 818	3 301 980	8 271 298	2 975 052	3 556 985
2019	16 934 910	716 347	694 331	626 592	3 420 852	8 569 064	3 082 154	3 685 036
2020	17 544 566	742 135	719 327	649 149	3 544 002	8 877 551	3 193 111	3 817 698
2021	18 176 171	768 852	745 223	672 518	3 671 587	9 197 142	3 308 063	3 955 135

Source : DSIS

Le tableau suivant reprend quelques indicateurs démographiques.

Tableau 2 : Indicateurs démographiques

Indice synthétique de fécondité (ISF)	6,4
Taux brut de natalité (TBN)	3,6 %
Age moyen au premier rapport sexuel pour les filles	16.2
Femmes de 15-19 ans qui sont déjà mères ou enceintes	36%
% de grossesses attendus	4,23%

% d'accouchements attendus		4,1%
Taux de mortalité néonatale (décès pour 1000 naissances)		34 ‰
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000)		133 ‰
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)		860 pour 100 000
Espérance de vie à la naissance	Homme	51,6 ans RGPH2
	Femme	53,4 ans RGPH2

Source : EDST-MICS 2014-2015

Le Tchad est peuplé d'une **mosaïque de 256 ethnies**, regroupées en douze principaux groupes linguistiques inégalement réparties sur l'ensemble du territoire. Le français et l'arabe sont les deux langues officielles. Les religions pratiquées au Tchad sont l'islam, le christianisme et l'animisme.

I.4. DONNEES ECONOMIQUES

Le Tchad, qui a rejoint le groupe des pays producteurs de pétrole en 2003, est devenu fortement dépendant de cette ressource. Avant l'avènement de « l'ère pétrolière », l'économie tchadienne reposait essentiellement sur l'agriculture et l'élevage et le produit intérieur brut (PIB) avoisinait les 220 dollars par habitant en 2001-2002 (soit moins de la moitié de la moyenne de l'Afrique subsaharienne). En 2014, le PIB était estimé à 1024 dollars par habitant. A partir de 2015, l'économie du pays a commencé à être fortement touchée par la chute des cours du baril du pétrole, une dégradation du contexte sécuritaire dans la sous-région du lac Tchad et une baisse de la pluviométrie. Malgré les efforts du secteur public pour promouvoir la mécanisation agricole, une meilleure gestion des ressources en eau et une plus large diffusion des intrants agricoles et des pesticides, la production agricole tchadienne demeure très fortement dépendante des aléas climatiques.

L'élevage et l'agriculture ainsi que le commerce sont les autres secteurs porteurs de l'économie. 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 directement ou indirectement du coton).

En dépit d'un taux de croissance exceptionnel de l'ordre de 33,8 % dans le secteur pétrolier, le taux de croissance du PIB a chuté à 2,5 % en 2015 contre 6,9 % en 2014. Le taux d'inflation annuel moyen a atteint 4,2% en fin novembre 2015 alors qu'il était inférieur à 1% sur la même période en 2014. Cette augmentation de l'inflation tient à la baisse de la production agricole, à la dépréciation du franc CFA par rapport au dollar américain et à l'augmentation des coûts de commerce régional à cause des conflits qui sévissent dans la région. Les projets de développement dépendant des ressources pétrolières comme les infrastructures sont très affectés et certains sont suspendus à cause de manque des ressources. Les secteurs des services ont ressenti les effets de la détérioration du contexte sécuritaire, de la forte réduction des dépenses publiques et de l'accumulation de la dette vis-à-vis des fournisseurs.

Enfin, l'ensemble des recettes de l'État ont baissé de 37% entre 2014 et 2015. L'État est en train de mener des efforts d'ajustement budgétaire du fait de sa vulnérabilité aux chocs exogènes. Le Budget de l'Etat initial 2017 (LFI) correspond à 51,44% du Budget de l'Etat 2013 (LFR). Les Recettes prévisionnelles 2017 correspondent à 48,73% de celles de 2013, ce qui constitue un déficit important.

En dépit de la mise en œuvre de différentes stratégies de développement, le Tchad reste l'un des pays les plus pauvres au monde. En effet, selon l'Indice de Développement Humain (IDH), il est classé au 185^{ème} rang sur 188 en 2015 contre 184^{ème} en 2014. Les deux-tiers de la population (d'environ 14 millions d'habitants) vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Sur le plan régional, le Tchad est membre de la Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC) composée de six (6) Etats qui sont : le Tchad, la RCA, le Gabon, le Congo Brazzaville, la Guinée Equatoriale et le Cameroun qui partagent une monnaie commune, le franc CFA arrimé à l'Euro. Il est également membre de la Communauté Economique des Etats d'Afrique Centrale (CEEAC) dont l'intégration économique des onze (11) Etats membres (les six pays de la CEMAC plus l'Angola, le Burundi, la République Démocratique du Congo, Sao Tome et Principe et le Rwanda) tarde à se mettre en place.

Enfin, l'instabilité régionale met le Tchad dans une situation socio-économique et humanitaire difficile. Le pays accueille des centaines de milliers de réfugiés (environ 550.000 en 2015) en provenance de la République Centrafricaine, du Soudan (Darfour), du Nigéria et du Niger.

I.5. REFERENTIEL AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT

Le Gouvernement de la République du Tchad est conscient que le développement du pays est largement tributaire de la mobilisation et de la valorisation de son capital humain. Pour ce faire, il s'est fixé, dans son Plan Quinquennal de développement (PQ 2016 – 2020), comme objectif principal, d'améliorer l'état de santé de la population en mettant l'accent particulièrement sur : i) l'amélioration du pilotage du secteur de santé ; ii) l'accroissement de l'offre et la qualité des services de santé et iii) l'amélioration de l'état nutritionnel en faveur de la population en général et plus particulièrement des femmes et des enfants et ce, dans le contexte global du Développement Durable.

C'est dans cette perspective qu'a été élaborée la Politique Nationale de Santé (PNS) pour l'horizon 2016-2030 qui s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Programme de Développement Durable adopté par les Nations Unies et auquel le Tchad a souscrit en 2015. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 3) est le premier d'une série des PNDS destinés à la mise en œuvre de cette politique.

II. SITUATION SANITAIRE

II.1. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

II.1.1. SANTE DE LA FEMME

Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé & Multiple Indicators Cluster Survey (EDS-MICS) 2014 – 2015 montrent que le taux de mortalité maternelle est passé de 1. 099 pour 100.000 naissances vivantes (NV) en 2004 à 860 pour 100.000 NV en 2014, soit une baisse d'environ 20% sur une période de 11 ans. La cible fixée par le pays pour 2015 (OMD) était de 275 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce rythme de réduction qui est d'environ 2% l'an est trop lent. Sans efforts et investissements supplémentaires, plusieurs décennies seront nécessaires pour atteindre la cible fixée pour 2015.

Les facteurs à l'origine de cette forte mortalité sont entre autres : (i) l'âge de la femme (plus de grossesses précoces et/ou tardives : avant 18 ans et au-delà de 35 ans) ; (ii) le nombre élevé de grossesses (plus de 6 par femme) ; (iii) les grossesses rapprochées (moins de 2 ans entre 2 naissances) ; (iv) le faible pouvoir d'achat des ménages ; (v) l'éloignement du centre de santé ou le manque de routes pour atteindre les formations sanitaires ; (vi) l'ignorance des signes de danger de la grossesse par les femmes , les familles,

les accoucheuses traditionnelles et les communautés; (vii) le statut de la femme ; (viii) la qualité insuffisante des services obstétricaux (la plupart des accouchements sont faits par le personnel non formé) ; (ix) le manque de sensibilisation en faveur de la santé de reproduction ; (x) l'analphabétisme ; (xi) les us et coutume, (xii) l'insuffisance ou manque de couverture en services de SONU, etc.

Le taux de Couverture des premières et quatrièmes consultations prénatales (CPN1 et CPN4) sont passés pour la CPN 1 de 53% en 2004 à 64% en 2014 et pour la CPN4 de 23% en 2004 à 31% en 2014. Le taux de couverture en VAT 2 + des femmes enceintes est passé de 42% en 2004 à 56% en 2014. Le taux de couverture en accouchements assistés par du personnel qualifié est passé de 20,7% en 2004 à 34 % en 2014. Ce taux de couverture est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural où les tabous autour de l'accouchement sont encore très importants. Seulement 22% des accouchements ont eu lieu dans un établissement de soins en 2014. En 2015, les accouchements dystociques représentaient 6,82% du total des accouchements réalisés dans les formations sanitaires. La couverture pour la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) est très faible (39% en 2015 dans les structures sanitaires). Les services de consultations post natales (CPoN) ne sont pas fréquentés alors qu'une proportion importante de décès maternels et de décès de nouveau-nés surviennent dans la période néonatale et se produisent dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. Le taux de couverture de CPoN n'est que de 8.65% en 2015. La prévalence contraceptive moderne est passée de 1,6% en 2004 à 5% en 2014. Les besoins non satisfaits en contraceptifs de 28,3% en 2004 sont passés à 23% en 2014 avec un taux de couverture contraceptive moderne de 5%.

II.1.2. SANTE DE L'ENFANT

Entre 2004 et 2014, le taux de mortalité néonatale est passé de 48‰ à 34‰ pour une cible Objectif du millénaire pour le développement (OMD) fixée à 12‰. Le taux de mortalité infantile est passé de 102‰ à 72‰ soit une réduction moyenne annuelle de 3%. La mortalité des enfants de moins de 5 ans est passée de 163 à 133‰ sur la même période, soit 1.8% de réduction moyenne annuelle. La cible OMD était de 64‰. Toutefois, ces taux restent encore élevés. Cette situation est due au fait que les soins essentiels au nouveau-né sont très peu développés dans les formations sanitaires surtout celles du niveau périphérique. Seuls 74% des CS sont dotés de moyens de transport pour une évacuation rapide vers un hôpital.

Les taux de mortalité chez les enfants sont légèrement plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain. Si on considère le taux de mortalité infanto-juvénile, les écarts sont importants entre les régions : Il est plus faible dans le Wadi Fira (67‰) et beaucoup plus élevé dans le Logone Oriental (230‰). Il est plus faible parmi les ménages de quintiles de biens économiques les plus élevés que parmi ceux des ménages des quintiles les plus faibles.

Enfin, un intervalle inter génésique d'au moins 36 mois entre les naissances réduit le risque de mortalité infanto-juvénile : les enfants qui naissent moins de deux ans après la naissance précédente présentent le taux de mortalité le plus élevé (192‰ contre 71‰ pour les enfants qui naissent plus de 4 ans après la naissance précédente). Au Tchad 30% des enfants sont nés moins de 2 ans après la naissance précédente.

Les couvertures vaccinales sont encore très basses au Tchad. La couverture vaccinale complète avant le premier anniversaire est passée de 11% en 2004 à 25% en 2014 tandis que les taux de couverture par vaccin sont variables (le BCG est de 60%, les taux de Penta 1 et Penta 3 sont respectivement de 58% et 33%, soit une déperdition de 25%).

Par rapport à la prévention contre le paludisme, le pourcentage des enfants de moins de 5 ans qui dorment sous moustiquaire est passé de 33.30% à 36% entre 2013 et 2015 selon EDS MICS, soit un gain de 7.5%.

Cette couverture est encore très basse pour avoir un impact sur la morbidité et la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

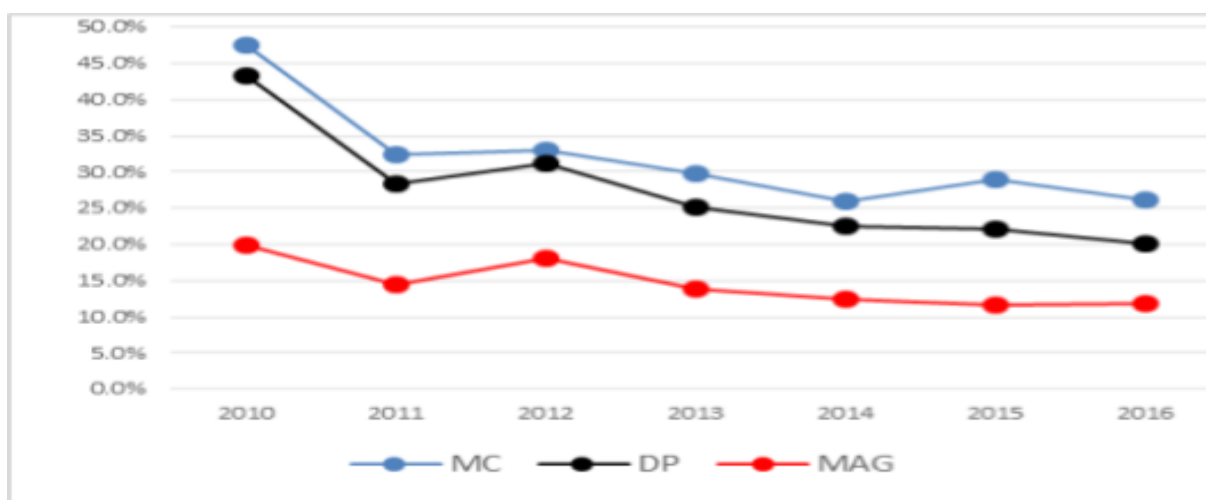
Tableau 3: Indicateurs de lutte contre le paludisme

Indicateurs	2013	2015
Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée d'action	33,30%	77%
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire	28,30%	36%
Pourcentage des femmes enceintes qui dorment sous une moustiquaire	28,70%	35%
Pourcentage de personnes résidant dans le ménage ayant dormi sous une moustiquaire	24,80%	33%
Pourcentage de personnes résidant dans le ménage ayant dormi sous une MIILDA	30,30%	33%
% des enfants de moins de 5 ans ayant pris des antipaludiques le jour même où le jour suivant le début de la fièvre	ND	17.6%
% des femmes ayant reçu au moins 3 doses de Traitement préventif du Paludisme durant la grossesse	ND	8%

Source : l'EDS-MICS 2014 – 2015

La malnutrition sous ses différentes formes demeure un problème de santé publique aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain (Enquête SMART 2016). Au plan national, la prévalence de la Malnutrition Aiguë Globale (MAG) ou émaciation est estimée à 11,9%, soit 277.800 enfants de moins de 5 ans. Cette prévalence est au-dessus du seuil d'alerte de 10% fixé par l'OMS. En outre, 26% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique ou retard de croissance et 20% d'insuffisance pondérale qui est la combinaison des 2 précédentes formes.

Figure 1 : Evolution des différentes formes de malnutrition au Tchad



L'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois n'est pratiquée que par 7.3% des femmes qui accouchent, tant les habitudes culturelles sont résistantes aux changements¹.

La malnutrition a un impact négatif sur la santé avec une contribution d'environ 43% des décès chez les jeunes enfants. Elle limite le développement cognitif des enfants et leur capacité de production économique à l'âge adulte. En 2012, il est estimé que la mortalité infantile associée à la sous-nutrition a réduit de 13 % la population active du Tchad alors que les coûts annuels associés à la sous-nutrition chez l'enfant sont estimés à 575 milliards de CFA, ce qui correspond à 9,5% du PIB du pays.²

II.1.3. SANTE DE L'ADOLECENT

La population du Tchad est relativement jeune. Les moins de 25 ans représentent 68% du total de la population. Par rapport à la sexualité des jeunes, l'âge médian à la première union des femmes de 25 à 49 ans est de 16,1 ans contre 22,8 ans chez les hommes. Chez les adolescents, 36% des femmes de 15 à 19 ans ont commencé leur vie féconde et 30% ont déjà un enfant. Cette entrée précoce dans la vie féconde, facilitée par un niveau d'instruction faible (62% des femmes n'ont aucun niveau d'instruction), favorise la morbidité et la mortalité chez la femme. A cela s'ajoutent les facteurs socioculturels dont le mariage précoce des filles avant l'âge de 15 ans dans certaines régions du pays. En effet 52% des adolescentes sont mariées à 16 ans et 71% des filles ont déjà un enfant à 19 ans. Cette situation a amené les hautes autorités du pays à prendre l'Ordonnance N°006/PR/2015 portant Interdiction du Mariage d'Enfants avant 18 ans.

Selon l'enquête STEPS WISE de 2008, la prévalence du tabagisme chez les jeunes est de 11,2 % et celle de l'alcoolisme est de 17%. L'enquête GYTS de 2008 réalisée par le MSP en collaboration avec l'OMS sur le tabagisme chez les jeunes en milieux scolaires publics et privés indique une tendance à la hausse.

La Médecine Scolaire cherche à mettre à la disposition des jeunes des milieux scolaires quelques services de santé génésique avec l'implication des pairs éducateurs mais cela reste très limité. Il en est de même de la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et les drogues.

On note cependant que la politique de santé des adolescents n'est pas très développée. Le cadre législatif n'est pas défini et on ne dispose pas d'informations sur les différents indicateurs de la santé des adolescents.

II.1.4. SANTE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES VIVANT AVEC HANDICAP

Il n'existe pas encore de véritables statistiques nationales sur la morbidité chez les personnes âgées et sur la prévalence et l'incidence des incapacités et des handicaps au Tchad. Selon le rapport mondial sur le handicap de l'OMS et de la Banque Mondiale, les personnes handicapées représentent environ 15% de la population mondiale et 80% d'entre elles vivent dans des pays à ressources limitées.

Le MSP ne dispose pas, pour ces deux sous-groupes de population, d'un programme spécifique. Ces programmes seront mis en place dans le cadre du présent PNDS.

II.1.5. SANTE DES POPULATIONS NOMADES ET INSULAIRES

Le Programme national pour la santé des populations nomades, insulaires et des zones d'accès difficiles (PNSN) a été créé en 2014 et a été lancé officiellement en 2016. Il a pour objectif de favoriser l'accès aux

¹ Enquête SMART 2016

² Le cout de la faim en Afrique- L'incidence sociale et économique de la sous nutrition chez l'enfant au Tchad-2016

Soins de Santé Primaire aux populations Nomades, Insulaires et des Zones d'Accès Difficile pour faire face aux obstacles spécifiques que connaissent ces populations. Le projet intervient chez les nomades, les insulaires, les populations des zones d'accès difficile, dans les camps des réfugiés et des camps des déplacés avec un programme intégré de santé humaine et animale. Le PNSN vient en appui aux CS pour les activités préventives comme le PEV, la CPN recentrées...

II.1.6. PRINCIPAUX DETERMINANTS DE LA SANTE

L'état de santé de la population tchadienne est influencé par plusieurs déterminants dont les principaux sont décrits ci-dessous :

Les conditions géo-climatiques. L'étendue du Tchad avec les grandes distances séparant les différentes localités influe négativement sur le développement d'un système de santé harmonieux. A cela s'ajoute le fait que certaines populations insulaires ou nomades sont difficiles d'accès. L'existence de trois zones climatiques fait que le profil des problèmes sanitaires varie du Nord au Sud avec une prédominance des pathologies vectorielles et des maladies hydriques dans le sud.

Le Tchad est enclavé au niveau interne et externe. Le pays s'ouvre à l'extérieur à travers le transport routier vers le Cameroun, le Bénin et le Nigeria (le port le plus proche, Port Harcourt au Nigeria, étant situé à environ 1750 km de la capitale). Au niveau intérieur la plupart des grandes villes du Tchad sont reliées entre elles par des routes bitumées dont certaines sont assez dégradées. Cette situation influe sur le transport des intrants et surtout, la circulation des personnes pendant la saison des pluies où des formations sanitaires sont difficiles d'accès. Les dunes de sable constituent également une entrave majeure pour le déplacement des patients en toutes saisons dans les régions désertiques.

Le taux d'analphabétisme est de 62% chez les femmes et 36% chez les hommes de 15 à 49 ans. Par rapport à la santé génésique, l'âge médian à la première union est de 23,4% pour les femmes de niveau supérieur contre 15,9% chez les analphabètes. Par rapport aux utilisatrices des méthodes contraceptives modernes, les femmes qui ont une instruction supérieure utilisent 7 fois plus de ces méthodes (21%) par rapport à celles qui ne sont pas instruites (3%).

La situation socioculturelle. Il existe dans le pays des pratiques socioculturelles qui influencent négativement la santé de la population. C'est le cas de l'excision des filles, du mariage précoce, du lévirat et du sororat, du maraboutage et de certains interdits alimentaires.

La situation économique. 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 de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation économique difficile a un impact sur le pouvoir d'achat des populations et réduit l'accès au service de santé.

L'hygiène, l'eau et l'assainissement. Selon les résultats de l'EDST-MICS (INSEED, 2014/2015), 56% de la population utilise une source d'eau améliorée. L'accès aux sources d'eau améliorées est d'environ 85% pour les ménages urbains contre seulement 48% pour les ménages en milieu rural. Le manque d'eau potable dans certaines régions du pays ainsi que des mauvaises pratiques de stockage de l'eau potable à la source, exposent les populations à des maladies hydriques (choléra, l'hépatite virale E, la fièvre typhoïde...). En 2014-2015, seulement 8% des membres de ménages utilisent des toilettes améliorées qui

ne sont pas partagées (28% en milieu urbain et 3% en milieu rural).

L'évacuation des ordures ménagères est un sérieux problème de santé publique. La situation actuelle se caractérise par l'insuffisance d'ouvrages pour l'élimination des ordures. Il en est de même pour l'évacuation des eaux usées et pluviales. Ces conditions précaires d'hygiène du milieu et d'assainissement constituent un facteur de risque important de morbidité et de mortalité pour la population.

Les autres déterminants de la santé. En dehors des déterminants développés plus haut s'ajoutent les facteurs suivants : le mode de vie sédentaire surtout dans les villes, le stress, l'inactivité physique, l'alimentation non équilibrée (l'ignorance et la méconnaissance des bonnes pratiques alimentaires dont la consommation des fruits et de légumes, l'indisponibilité des aliments et la barrière financière limitant la variation et l'utilisation des aliments), le surpoids (25% des adultes), la consommation du tabac (Proportion des adultes qui fument : 20,2%), de l'alcool (22.6%) et des autres drogues. Tous ces facteurs favorisent le développement des maladies non transmissibles comme l'hypertension artérielle (HTA), le diabète ou le cancer, qui sont en pleine expansion dans le pays.

II.2. ANALYSE DE LA REPOSE DU SYSTÈME DE SANTE

Cette section analyse la manière dont le système de santé est organisé pour répondre aux problèmes de santé de la population tchadienne tels que décrits dans la section précédente. Cette analyse se fera en prenant comme cadre conceptuel, les piliers du système de santé tels que proposés par l'OMS.

II.2.1. GOUVERNANCE ET LEADERSHIP

1. Dispositions légales et Cadre juridique du secteur de la santé

Le dispositif juridique dans le secteur de la santé est insuffisant. Les textes ne sont pas complets : c'est le cas du secteur privé à but lucratif qui repose sur des textes désuets ou inexistantes. Il manque des textes pouvant garantir la qualité des prestations du secteur privé comme le système d'accréditations. Beaucoup de lois adoptées dans le cadre de la réforme du secteur de la santé ne sont pas mises en œuvre à cause de l'absence des textes d'application (cas des lois sur les écoles régionales de santé, la réforme de l'Ecole Nationale des Agents sanitaires et sociaux, le code d'hygiène, la Santé de la reproduction, la lutte contre le SIDA, la réforme hospitalière, etc.). Les textes sur la pharmacie sont adoptés et publiés avec un retard important. Il n'existe pas un service chargé de la législation et du suivi de l'application des textes légaux et juridiques au MSP. Les ressources humaines compétentes existantes en la matière sont dispersées dans les services et les textes juridiques ne sont pas bien suivis par les services initiateurs. Cette situation est due à l'insuffisance des capacités institutionnelles du MSP pour l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des textes juridiques.

2. Planification Stratégique

Le processus de la planification stratégique a été participatif et inclusif depuis le PNDS 2 (2013-2016). Cependant, le cycle retenu pour la planification stratégique, cinq ans officiellement (mais quatre ans en réalité pour le PNDS3) en référence au cycle de développement retenu par le pays, est très court pour la mise en œuvre et pour l'organisation des activités de suivi et évaluation. Compte tenu de l'indisponibilité des cadres compétents du MSP déjà, en sous-effectif et qui sont impliqués dans le suivi de plusieurs dossiers) et la faible coordination du MSP dans l'élaboration des différents plans (PNDS et plan sectoriels), le processus d'élaboration de la planification stratégique prend beaucoup de temps. Ce qui explique la courte durée de sa mise en œuvre. Le PNDS2 prévu pour la période 2013-2015 a été prolongé d'un an.

Cette situation crée un décalage entre le cycle de planification du PNDS et celui des plans sous-sectoriels. En effet, les services ou projets/programmes nationaux de santé bénéficiant des appuis conséquents des partenaires techniques et financiers élaborent dans le délai leurs stratégies et plans stratégiques (santé communautaire, couverture sanitaire universelle, Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé, PSDRHS, etc.) et respectent bien le cycle quinquennal alors que les PNDS 1 et 2 restent sur des cycles de 3 à 4 ans.

Par ailleurs, le MSP a accusé des insuffisances pour organiser le suivi et l'évaluation du PNDS. Une des recommandations de l'évaluation du Pré-pacte signé par le gouvernement et ses partenaires du secteur de la santé consiste à utiliser les mécanismes de suivi et évaluation du PNDS pour faire le suivi des engagements contenus dans le Pacte. Ceci suppose que ces mécanismes soient fonctionnels sans cela le suivi des engagements du Pacte ne sera pas efficace.

3. Coordination

Plusieurs mécanismes de concertation et de coordination existent au sein du MSP (Comité directeur annuel du MSP, comité de direction hebdomadaire, réunion de concertation trimestrielle avec les PTF, comités de pilotage, comités directeurs des DSR et DS, cluster santé comité de suivi du PNDS, comité de suivi du pacte, comité de coordination inter-agence du PEV, comité technique national de lutte contre les épidémies, etc.). Les réunions de certains mécanismes de concertation et de coordination tels que les réunions multisectorielles mensuelles régionales et départementales, sont organisées régulièrement par les autorités administratives pour alimenter les réunions du 24 de chaque mois avec les hautes autorités du pays.

Par contre d'autres mécanismes sont peu ou pas du tout fonctionnels à cause soit des ressources humaines qualifiées très limitées ayant une surcharge de travail, soit de l'absence d'une programmation annuelle des activités de coordination par les services impliqués, soit encore de la difficulté de mobilisation des ressources financières nécessaires à leur organisation (cas du comité de suivi du PNDS2 ou du pacte, des comités de pilotage, etc.). Il ressort de ce qui précède que beaucoup reste à faire pour renforcer la coordination, la supervision formative et le suivi-évaluation dans le secteur de la santé. En effet, il n'existe pas de mécanismes formels de coordination (incluant la préparation des dossiers au niveau technique) dans le secteur, la supervision des activités sanitaires à tous les niveaux demeure toujours insuffisante, en raison soit du manque de planification réelle de ces activités, soit de l'insuffisance des ressources propres du MSP pour l'organisation du suivi rapproché des activités sur le terrain.

4. Le partenariat

Des conventions sont signées entre le gouvernement et les partenaires au fur et à mesure que les opportunités se présentent. Le partenariat s'est renforcé avec l'adhésion du Tchad au Partenariat International pour la Santé et Initiatives Apparentées (IHP+), suivi de la signature en 2011 d'un pré-pacte et en 2014 d'un pacte entre le Gouvernement et ses partenaires dont la mise en œuvre des engagements des parties devait permettre de faciliter l'exécution des PNDS 1 et 2. La mise en œuvre du pré pacte a été bien suivie contrairement à celle du pacte qui n'a fait l'objet que d'une seule réunion de suivi depuis sa signature. Une activité d'évaluation de ce pacte par le MSP est en cours de réalisation.

La dynamique de la multisectorialité dans la mise en œuvre des politiques et stratégies en matière de santé n'est pas évidente par manque d'implication des autres Ministères dans les questions relatives à la santé de la population. De même, le MSP n'est toujours pas associé dans l'élaboration des politiques sectorielles d'autres départements ministériels. Ce qui constitue des opportunités manquées pour renforcer l'approche de la santé dans toutes les politiques.

Le partenariat public et privé à but non lucratif (ONG et Confessions religieuses) s'est davantage renforcé grâce à la politique contractuelle adoptée en 2001 et révisée en 2014. Quant au secteur privé lucratif il n'est pratiquement pas impliqué dans la prise de décisions importantes dans le secteur de la santé. En outre, ce secteur n'est pas bien organisé et bien suivi par le MSP.

5. Les réformes sectorielles

Le MSP a engagé plusieurs réformes dans le secteur de la santé pendant la période de mise en œuvre des PNDS 1 et 2. Il s'agit notamment de :

- ✓ **la réforme de l'ENASS** qui devrait aboutir à la transformation de l'actuelle ENASS en une Ecole supérieure de santé publique ayant la mission de former les techniciens supérieurs de la santé pour renforcer les capacités opérationnelles des hôpitaux et autres structures de soins dans le pays ;
- ✓ **la réforme hospitalière** qui devrait aboutir à terme à l'autonomisation des hôpitaux régionaux pour leur permettre de disposer des ressources propres et suffisantes pour leur bon fonctionnement ;
- ✓ **la couverture sanitaire universelle** qui doit permettre d'améliorer l'accès aux services de santé de qualité à la population et en particulier aux personnes pauvres et indigentes au travers des assurances maladies, des mutuelles de santé et la caisse nationale de solidarité;
- ✓ **la Santé communautaire** (voir point 6) pour impliquer réellement les communautés dans la gestion de leurs problèmes de santé ;
- ✓ **la révision de l'organigramme du MSP** ayant abouti à la réorganisation du fonctionnement du MSP.

De manière générale, ces différentes réformes ont été revues au gré de changement à la tête du département. Parfois elles sont ajustées pour répondre aux orientations politiques sans tenir compte des ressources disponibles. Certaines réformes lancées depuis le PNDS1 n'ont toujours pas abouti ; c'est le cas de la réforme de l'ENASS, de la réforme hospitalière, de la réforme du secteur privé lucratif, etc. Cependant, quelques résultats ont été enregistrés en donnant plus de responsabilité et d'autonomie au niveau déconcentré aux hôpitaux régionaux et aux pharmacies régionales d'approvisionnement. Ils ont eu beaucoup d'impact sur le fonctionnement de ces services qui ont bénéficié des subventions appréciables octroyées par l'Etat.

Par contre, la réforme de l'enseignement qui a démarré également pendant la période du PNDS1 a connu un début d'exécution avec la création des écoles régionales de santé, n'a pas beaucoup évolué, malgré la relance de l'adoption de leurs textes organisationnels pour mieux définir leurs missions.

Enfin, il faut noter l'existence de la Direction de l'Organisation des Services de Santé, DOSS) qui est chargée de suivre les différentes réformes du MSP. Malheureusement, des moyens humains et matériels suffisants ne lui sont pas encore alloués pour remplir sa mission. Il faut en outre souligner le fait que le MSP manque de capacités techniques d'analyse prospective tenant compte de la vision globale de ce qu'on souhaite avoir dans le court, moyen et long termes avant de lancer une réforme.

6. Participation communautaire

La Participation communautaire a été mise en place depuis l'Initiative de Bamako. Les communautés ont été impliquées dans la gestion des services de santé à travers les Comités de Santé (COSAN) et les Comités de Gestion (COGES). Malheureusement, des abus émanant de ces organes (manque de transparence et de redevabilité, et inamovibilité des responsables) ont été à plusieurs reprises décriés suite aux supervisions menées par les DSR et les MCD. En outre, les rôles de ces comités sont très limités et

ne prennent pas en compte les soins au niveau communautaires. Cette situation a amené le MSP à adopter en 2015 la stratégie nationale de santé communautaire afin d'impliquer réellement les communautés dans la résolution de leurs problèmes de santé. Pour cela, l'on note l'engagement politique qui consiste en un recrutement de deux agents de santé communautaire par village (soit environ 40 000), l'existence d'un plan stratégique de mise en œuvre de la stratégie et d'un document harmonisé de formation en santé communautaire élaboré en 2016.

Cependant, malgré les efforts consentis, la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire connaît une certaine lenteur, en raison de; (i) la non fonctionnalité des mécanismes de suivi des activités communautaires ; (ii) l'insuffisance des ressources humaines au sein du MSP ;(iii) la mise en œuvre réelle des politiques et stratégies, (iv) l'absence de curricula pour la formation des agents de santé communautaire et, (v) la mise en place des systèmes propres aux programmes verticaux en santé communautaire.

7. Redevabilité/Contrôle

La culture de la gestion axée sur les résultats et de la redevabilité n'existe pratiquement pas en raison de la non mise en œuvre des mesures d'accompagnement prévues dans le Budget Programme. Le contrôle de la gestion des ressources a été renforcé grâce à l'Inspection Générale du MSP et aux missions ponctuelles du Contrôle d'Etat. L'Inspection Générale s'est vue renforcée en moyens logistiques et humains. Mais, ceux-ci demeurent encore insuffisants pour lui permettre de remplir convenablement sa mission. Néanmoins, cela a permis la restauration progressive de l'obligation de rendre compte, même si les effets positifs demeurent encore mitigés. Les sanctions proposées ne sont pas toujours appliquées en raison des interférences extérieures.

8. Décentralisation/déconcentration

Depuis les années 1980, les services de santé sont déconcentrés avec une délégation de pouvoir aux niveaux des délégations sanitaires régionales (DSR) et des districts sanitaires. Le nombre des districts sanitaires est en perpétuel augmentation. Il est de 138 en 2015. Comme résultat, le personnel et le plateau technique ne répondent pas aux normes de l'OMS et ne permettent pas d'assurer leur viabilité. Mais le manque de décentralisation effective limite la prise de décisions à ces niveaux pour améliorer la prise en charge de la population.

Les collectivités locales sont décentralisées, mais elles n'ont pas toujours le pouvoir de décisions sur les services de santé à cause du retard enregistré dans l'application des textes de la décentralisation de façon générale et de l'absence de définition claire de leurs responsabilités dans la gestion des services déconcentrés et décentralisés.

9. Dialogue politique en santé

Le Dialogue politique en santé a commencé au Tchad en 2012. Les organes du dialogue politique existants sont alignés sur les mécanismes de dialogue et de coordination décrits au paragraphe 3, sur la coordination du secteur de la santé. Il existe un plan de mise en œuvre des recommandations suivi par le MSP et ses partenaires.

II.2.2. RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

2.2.2.1 Effectifs des ressources humaines pour la santé

A la fin de l'année 2016, le MSP disposait de 8.149 personnels de santé. Conformément aux normes de l'OMS pour l'atteinte des ODD, les personnels sont repartis de manière inégale entre les régions comme le montre le tableau ci-dessous.

Ce tableau relève que la densité du personnel de santé au niveau national est estimée à 0,58 pour mille habitants en 2016 alors que la norme recommandée par l'OMS était de 2,3 pour mille habitants pour atteindre les OMD. Cette norme a évolué dans le contexte des ODD. Elle est actuellement de 4,45 pour les personnels de santé pour 1000 habitants³. Cette densité du personnel de santé au Tchad cache beaucoup de disparité entre les régions. En dehors des régions de Tibesti, N'Djamena et Ennedi Ouest dont les densités sont respectivement de 5,57, 3,05 et 1,49. Sur les 20 autres régions, 18 ont une densité de moins de 0,6 et les 2 autres ont une densité qui varie entre 0,7 à 0,8 pour mille. La densité de Tibesti s'explique par le fait que la Région étant désertique, est très peu peuplée (25 483 habitants) alors que les distances à parcourir sont importantes.

Ces données montrent que le Tchad est dans une profonde crise en ressources humaines pour la santé. Par rapport à la norme de 2,3 personnels de santé pour 1000 habitants, le déficit en RHS en 2016 est évalué à environ 24 385 agents. Les besoins en RHS générés par la nécessité d'atteindre les cibles des ODD creusent encore davantage ce déficit le faisant passer du simple au double.

Tableau 4 : Densité de personnel de santé par région en 2016

Régions sanitaires	Population (2016)	Médecins	Autres professionnels soignants ⁴	Professionnels des soins infirmiers (ATS, IDE)	Professionnels des soins obstétricaux (SFDE)	Personnel de santé non soignant ⁵	total personnel	Densité/région
Barh El Gazal	329 798	7	14	53	4	35	113	0,34
Batha	626 168	9	23	132	15	15	194	0,31
Borkou	119 968	7	13	30	5	30	85	0,71
Chari Baguirmi	741 499	14	50	76	42	32	214	0,29
Ennedi Est	137 540	11	10	24	7	67	119	0,87
Ennedi Ouest	77 707	4	9	14	5	84	116	1,49
Guéra	690 137	14	28	102	24	16	184	0,27
HadjerLamis	726 671	9	47	114	15	26	211	0,29
Kanem	427 378	10	24	86	6	99	225	0,53
Lac	556 087	10	27	98	24	22	181	0,33
Log. Occidental	883 304	17	78	140	32	105	372	0,42
Log. Oriental	999 056	21	45	130	27	42	265	0,27
Mandoul	805 134	14	41	91	12	28	186	0,23
Mayo K. Est	993 214	11	55	134	20	66	286	0,29
Mayo K. Ouest	723 609	15	42	112	11	30	210	0,29
Moyen Chari	753 783	23	63	114	34	59	293	0,39
N'Djamena	1 219 649	282	956	1119	246	1122	3725	3,05
Ouaddaï	924 482	17	160	131	17	45	370	0,40
Salamat	387 528	5	21	101	9	19	155	0,40

³<http://who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/>

⁴ Autres personnels soignants : Ce sont tous les professionnels non compris les médecins, les IDE, ATS et les SFDE. Ils sont au total 1 828.

⁵ Il s'agit de tout le personnel non soignant : administrateurs, comptables, secrétaires, personnel d'appui, etc.

Sila	496 697	10	26	64	8	18	126	0,25
Tandjilé	848 515	11	57	107	14	41	230	0,27
Tibesti	25 483	12	14	40	14	62	142	5,57
Wadi Fira	651 723	7	25	94	10	11	147	0,23
TCHAD	14 145 130	540	1 828	3 106	601	2 074	8 149	0,58

Source : DRH/MSP/2016

Le MSP a fourni des efforts dans la maîtrise des effectifs qui demeure relative. Des mesures ont été prises pour l'affectation des agents en arrière-pays. Parmi ces mesures, les plus caractéristiques sont : i) le décret N° 903 du 12 octobre 2006 pris pour fixer le statut particulier des corps des fonctionnaires du secteur de la santé et de l'action sociale. Ce décret a défini une stratégie de fidélisation du personnel qui est basée sur la sécurité et la promotion professionnelle ; ii) Le protocole d'accord signé en décembre 2011 entre les partenaires sociaux et le gouvernement accordant le versement aux personnels de santé de plusieurs types d'indemnités et avantages à partir de 2012 (logement, transport, zones austères, responsabilité, prime de garde, etc.) ; iii) le décret du 17 avril 2013 portant l'échelonnement indiciaire et défini les modalités de reclassement des corps et de reversement des fonctionnaires.

Malgré la mise en œuvre de tous ces dispositifs juridiques, les résultats de ces stratégies ne sont pas visibles. Il y a toujours une forte concentration des agents dans les grands centres urbains et surtout à N'Djamena où se retrouve environ 46% de l'ensemble du personnel de santé pour 9% de la population totale.

2.2.2.2 Cadre organique et gestion prévisionnelle des RHS

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines en Santé (PSDRHS) et pour un meilleur pilotage des effectifs du personnel, le pays a initié depuis 2012 la mise en place de la gestion prévisionnelle des RHS avec l'outil IRHIS. Cependant, ce logiciel n'est pas encore opérationnel à cause de la lenteur dans l'alimentation de la base des données sur le personnel.

L'effectif total du personnel de santé au Tchad qui était de 7543 (fonctionnaires, contractuels, décisionnaires) en 2012 est passé à 9 146 agents toutes catégories confondues pour tout le secteur de la santé en 2015. Ce nombre comprend aussi tous ceux qui travaillent pour les autres départements ministériels et le secteur privé. Ces efforts résultent entre autres : i) des accords signés entre le gouvernement et ses partenaires à travers le pré-pacte et le pacte concernant l'amélioration des conditions de travail du personnel de la santé et des affaires sociales, ii) la prise en compte dans la Loi des Finances des profils annuels prioritaires des agents sanitaires à recruter et iii) l'existence des documents nationaux (PNS, PNDS, Plan Stratégique de Développement des RH, etc.) qui donnent les estimations des besoins en ressources humaines qualifiées pour le MSP.

2.2.2.3 Production des ressources humaines pour la santé

1. Formation initiale

Suite aux constats de la faiblesse de production des écoles publiques, il a été créé quatre sites de formations initiale décentralisée à Abéché, Moundou, Sarh et N'Djaména et une école à Biltine. Les Ecoles de formation initiale décentralisées (FID) qui avaient pour mission initiale de former seulement des Agents techniques de santé (ATS) et des ETS accoucheuses, ont été érigées en Ecoles régionales de santé (ERS) où en plus des ATS, sont formés aussi les IDE et les SFDE.

Parallèlement, des initiatives privées se sont manifestées à partir de 1998 par la création des écoles privées de formation des professionnels de santé. Ainsi, ces dix dernières années, on a assisté à la

prolifération d'écoles de formation paramédicales privées qui ne respectent pas toujours les normes et standards. Selon le PDRHS (2013), il y a 25 écoles de santé privées (confessionnelles et privées à but lucratif). L'évaluation de 22 écoles privées sur les 25 reconnues en 2013 n'a retenu que 2 écoles de santé qui avaient la capacité de former un personnel selon les normes. Cette évaluation a révélé de grosses faiblesses dans le recrutement des étudiants (qui ont de très bas niveaux), le manque de personnel enseignant qualifié et de matériels didactiques, l'insuffisance de stages pratiques, les structures inappropriées etc.

Pour améliorer la qualité du personnel formé tant dans le secteur public que privé, le gouvernement a instauré l'examen unique de certification des Professionnels de santé en 2014 avec un taux de réussite par rapport aux inscrits de 14,76%. En 2016, cet examen a été élargi aux lauréats des écoles publiques mais le taux de réussite reste faible (17,47%). En 2014, les curricula de toutes les sections de formation des paramédicaux ont été révisés. Un Comité Technique d'Accréditation des Ecoles de Formation des Agents Sanitaires et Sociaux (CTAEFASS) a été mis en place en 2016. Ce comité a élaboré un plan et un manuel des procédures d'accréditation des écoles de formation des paramédicaux.

Dans tous les cas, le rythme actuel de production des ressources humaines pour la santé qui est d'environ 500 professionnels de santé est très insuffisant pour produire un nombre aussi important de personnel qualifié nécessaire pour combler le gap. A cela s'ajoute le faible quota de recrutement accordé au MSP par la loi des finances qui aggrave cette situation. Ces données montrent que la crise des RHS risque de compromettre durablement la capacité des services à produire les interventions essentielles dont la population a besoin et celle du pays à atteindre l'ODD 3 et la CSU en 2030

2. Formation continue

La formation continue en santé comprend des formations et séminaires de courte durée et les formations diplômantes. A ce jour le MSP ne dispose pas de statistiques sur les formations de courte durée (Ateliers et séminaires) aux différents niveaux du système de santé.

La pénurie de médecins spécialistes se fait sentir à tous les niveaux du système de santé. Mais il y a une amélioration ces dernières années avec la formation sur place en DES de chirurgie, gynécologie et pédiatrie. Dans le cadre de la formation post universitaire, l'appui des partenaires a permis de former 20 médecins entre 2011 et 2015 en gynécologie/obstétrique.

Le MSP a mis en place une Commission d'attribution de bourses d'études qui a envoyé entre 2014 et 2016, 145 médecins et 252 paramédicaux (IDE, SFDE et TS) en spécialisation.

Dans le cadre de formation complémentaire de jeunes médecins, 90 médecins ont bénéficié de formation en management de District sur la période 2012 à 2014. Parmi ces derniers 60 ont été mis en stage en chirurgie de base de 6 mois. Par manque de financement, ces formations sont suspendues depuis 2015.

Tous ces efforts ont permis d'améliorer la qualité du personnel et d'augmenter leur nombre, mais cela reste encore insuffisant.

L'analyse de la situation de la formation continue a relevé l'absence d'un cadre formel de formation continue bien que cela soit prévu dans le PDSRHS.

II.2.3. MEDICAMENTS, AUTRES PRODUITS DE SANTE ET LABORATOIRE

II.2.3.1. Cadre institutionnel et juridique

Conformément à la feuille de route pour la réforme du secteur Pharmaceutique, l'Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique s'est lancée dans un processus de réforme depuis 2012 en passant d'une direction technique à une direction générale (Décret N°1644/PR/PM/MSP/2014 portant organigramme du MSP). La Loi N°24/PR/2004 relative à la Pharmacie au Tchad n'est pas encore appliquée dans son intégralité. En effet, elle a déjà fait l'objet de sept (7) Décrets d'application, vingt cinq (25) arrêtés et deux (2) décisions. Il reste encore à élaborer huit (8) Décrets supplémentaires et vingt et six (26) Arrêtés pour son application intégrale.

La Communauté Economique et Monétaires de l'Afrique Centrale (CEMAC) à travers l'Organisation de la Coordination pour la Lutte Contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC), son organe d'exécution, a adopté la Politique Pharmaceutique Commune (PPC) conformément à l'acte additionnel N°07/13-CEMAC-OCEAC-CCE-SE-2 portant adoption de la PPC ainsi qu'une série des dispositifs règlementaires tels que: (i) Règlement N°02/13-UEAC-OCEAC-CM-SE-2 portant adoption des lignes directrices sur l'approvisionnement en médicaments essentiels ; (ii) Règlement N°03/13-UEAC-OCEAC-CM-SE-2 portant adoption des lignes directrices sur la pharmacovigilance, (iii) Règlement N°04/13-UEAC-OCEAC-CM-SE-2 portant adoption du manuel de procédures d'inspection pharmaceutique ; (iv) Règlement N°05/13-UEAC-OCEAC-CM-SE-2 portant référentiel d'harmonisation des procédures d'homologation des médicaments à usage humain

Ces dispositifs règlementaires ont fait l'objet de transposition dans les différentes procédures nationales notamment : une (1) procédure générale dite Procédure des Procédures, sept (7) Procédures d'Homologation, trois (3) Procédures d'Importation et cinq (5) Procédures d'Inspection.

II.2.3.2. Approvisionnement, stockage et distribution des médicaments et autres produits de santé

L'importation des médicaments par la Centrale Pharmaceutique d'Achats (CPA) se fait sur appels d'offre restreint après pré qualification des fournisseurs conformément aux procédures du code des marchés publics. L'importation porte sur des Médicaments Essentiels Génériques (MEG), sous la Dénomination Commune Internationale (DCI). Dans la nouvelle procédure, la pré-qualification des fournisseurs se fait de manière continue. Conformément à l'article 4 du Décret portant son statut, la CPA est fondée sur un partenariat entre les pouvoirs publics, les partenaires au développement, les communautés bénéficiaires et les autres intervenants qui participent à la mise en œuvre de la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN). Elle a pour objectif l'approvisionnement en MEG, réactifs et dispositifs médicaux, consommables biomédicaux et matériel médico-technique pour les formations sanitaires des secteurs public et privé à but non lucratif. Pour ce faire, l'Etat Tchadien alloue annuellement un budget pour l'achat et la distribution des médicaments. Ce budget a été de 1.700.000.000 FCFA en 2013 ; 1 800 000 000 FCFA en 2014 et, 500 000 000 FCFA en 2015. Cette baisse des fonds alloués à la CPA en 2015 est en grande partie due à la situation économique que traverse le pays.

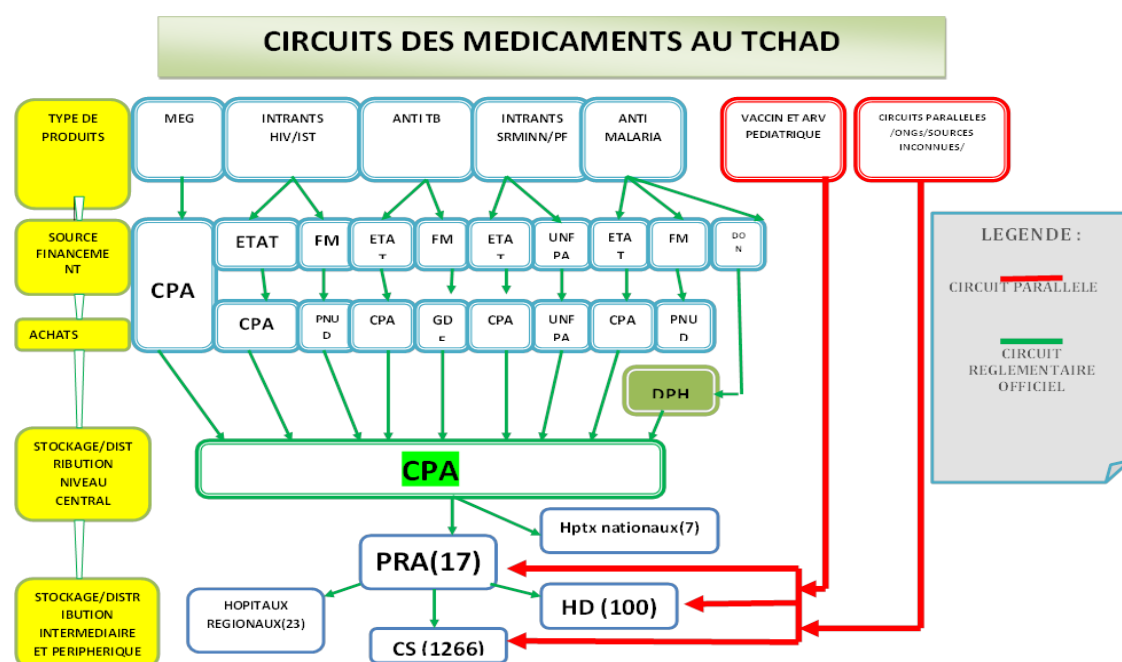
Il faut noter que les dispositions du partenariat entre l'Etat et les partenaires au développement relatives à la CPA ne sont pas toujours respectées. En effet, certains partenaires au développement approvisionnent directement les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA), les HD et CS en médicaments et dispositifs médicaux non homologués et de qualité douteuse qui échappent au Système Assurance Qualité mis en place par les autorités de la réglementation.

Il convient également de noter que depuis 2008, le gouvernement a mis en place une politique de gratuité des soins en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans. En 2012, cette politique de gratuité a été étendue aux urgences médicales. Les factures des produits pharmaceutiques livrés aux formations sanitaires par la CPA sont remboursées par l'Etat.

Les conditions de stockage et de distribution des produits au niveau des entrepôts de la CPA et des PRA ont connu une amélioration avec la construction des cinq chambres froides (CPA, PRA Mayo Kebbi, PRA Ouaddaï, Pra Logone Occidentale, PRA Zone N'Djamena.), l'achat de cinq véhicules de transport tout terrain pour la CPA, la PRA N'Djamena, la PRA Bongor, la PRA Moundou et la PRA Mongo. Il est à noter que ces véhicules ne sont pas tous adaptés aux transports des médicaments à l'exception d'un véhicule de la CPA et de la PRA du Mayo Kebbi et de la PRA Zone N'Djaména. Cependant les moyens logistiques ne sont pas encore suffisants pour un approvisionnement régulier des structures sanitaires. Le Système d'Information et de Gestion Logistique reste faible et constitue un obstacle à une bonne quantification des besoins.

Sur les 23 régions, 17 disposent des PRA dont 2 ne sont pas encore fonctionnelles. Les régions qui ne disposent pas de PRA sont : Mayo Kebbi Ouest, Hadjer Lamis, Ennedi-Est, Bar El Gazel, Tibesti et Chari-Baguirmi). Entre les PRA et les services desservis (HD, HR et CS), certains des CS sont à plus de 200 kms et parfois les pistes pour s'y rendre ne sont pas toujours bonnes. Cette situation fait que certains responsables des CS se ravitaillent au marché parallèle.

Figure 2 : Circuit d'approvisionnement en médicaments



Source :

annuaire statistique DSIS 2015. HN4, HR 22, HD 107, CS 1334

II.2.3.3. Disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires

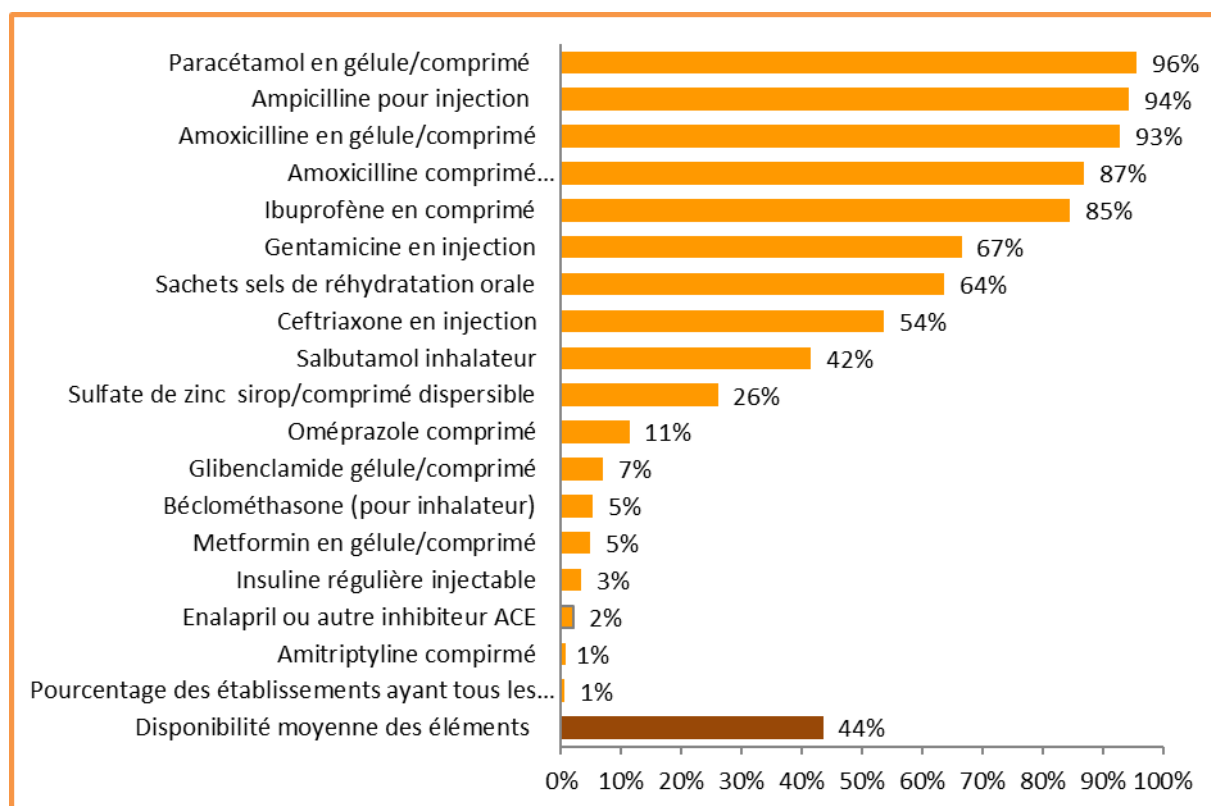
L'évaluation de la disponibilité des médicaments essentiels a été faite dans le cadre de l'enquête SARA à partir d'une liste de dix-sept (17) médicaments essentiels traceurs fournie par l'OMS en 2015. Selon les résultats de l'enquête, le Paracétamol est disponible dans le plus grand nombre de formations sanitaires

(99%). Il est suivi des antibiotiques tels que l'Ampicilline (94%) et l'Amoxicilline (94%). L'Ibuprofène est disponible dans 85% des établissements.

Les médicaments spécifiques pour la prise en charge des maladies non transmissibles commela Metformine, l'Insuline, l'Amitriptyline, le Glibenclamide, l'Enalapril et le Béclométazone sont présents dans peu de formations sanitaires ; leur prescription est surtout faite au niveau des hôpitaux.

En général, une structure sanitaire dispose en moyenne de 7 des 17 médicaments essentiels. La disponibilité moyenne des médicaments traceurs dans les formations sanitaires est de 44%. Environ 1% seulement des formations sanitaires disposent de l'ensemble des médicaments essentiels ayant été retenus pour cette évaluation.

Figure 3 : Disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires



Source : Rapport de l'Enquête SARA, 2015

II.2.3.4. Accessibilité financière aux médicaments essentiels et génériques

Dans le souci de faire de l'accessibilité financière aux médicaments une question réglementaire, les textes suivants ont été pris : (i) la convention CPA-Gouvernement exonérant les taxes sur les médicaments dans le secteur public et (ii) l'Arrêté N°372 du 22 août 2014 portant tarification des prix des médicaments qui a revu à la baisse les marges bénéficiaires sur les médicaments vendus par les PRA, les hôpitaux et les centres de santé.

Des subventions sont aussi accordées pour l'achat des médicaments spécifiques comme les antituberculeux, les ARV et les antipaludéens.

L'acquisition des médicaments par la mise en concurrence des fournisseurs nationaux et internationaux a permis d'avoir des médicaments de qualité et à bon prix. Il faut noter que la crise économique actuelle a un impact négatif non négligeable sur la situation financière de la CPA. Les créances non payées par le

gouvernement s'élèvent à plus de 10 milliards FCFA, avec pour conséquence directe la rupture des stocks de certaines molécules. Si cette situation perdure, la survie de la CPA sera menacée. Ainsi, les PRA, les hôpitaux de district (HD) et les CS sont obligés de s'approvisionner de temps en temps chez les grossistes privés agréés par le MSP avec un coût un peu plus élevé qu'à la CPA. Dans les formations sanitaires se trouvent alors des médicaments chers et non accessibles pour la population. Par ailleurs, ces structures s'approvisionnent aussi sur le marché illicite, ce qui est potentiellement dangereux pour la santé de la population.

La contribution du secteur privé non lucratif (confessionnel et associatif) dans la couverture sanitaire du pays est d'environ 25%.

II.2.3.5. Production locale de médicaments

A ce jour, il n'existe pas d'unités de production locale des médicaments dans le pays. La volonté des autorités de produire sur place des médicaments à faible coût et de bonne qualité a amené l'Etat à initier un projet de création d'une usine pharmaceutique pour fabrication locale (de huit molécules). La pose de la première pierre a été faite en 2012. A ce jour le projet n'a pu être concrétisé du fait de la crise économique et aux efforts consacrés à la lutte contre le terrorisme.

II.2.3.6. Médecine et pharmacopée traditionnelles

Dans le domaine de la pharmacopée, le Tchad a accusé un très grand retard. La Division de la Médecine Traditionnelle a été érigée en Direction de la Médecine et Pharmacopée Traditionnelle. Un certain nombre d'activités ont été réalisées notamment le recensement et la formation des tradipraticiens, le recueil des recettes et l'identification des plantes médicinales dans sept régions (le Mayo Kebbi Est, le Mayo Kebbi Ouest, le Logone Occidental, le Logone Oriental la Tandjilé, le Mandoul et le Kanem). Il est aussi à noter que le regroupement des tradipraticiens en associations et en confédérations est actuellement effectif. Les textes relatifs à la Médecine et à la Pharmacopée Traditionnelle ont été élaborés en 2016 et sont actuellement dans le circuit pour être adoptés.

II.2.3.7. Assurance qualité des médicaments

Le système d'assurance qualité des médicaments du secteur public est assuré d'une part par le Service Assurance Qualité de la Centrale pharmaceutique d'achat (CPA) et d'autre part par les différents services de la DGPL à savoir : le Service Médicaments (homologation des médicaments mis sur le marché national), le Service de Contrôle Qualité et le Service Pharmacovigilance (Surveillances des Effets Indésirables et rapportage des fiches de pharmacovigilance à UMC à travers Vigiflow).

Dans son nouveau Plan de Développement Stratégique, la Direction Générale de la pharmacie et du Laboratoire (DGPL) procédera à un Appel d'Offre International (AOI) pour la mise en concurrence et la pré-qualification d'une liste prédéfinie de Laboratoires de Contrôle de Qualité. Ainsi, tous les partenaires et le système national intervenant dans le domaine du médicament sont astreints à passer par ces laboratoires pré-qualifiés pour le contrôle de la qualité des médicaments distribués sur le territoire national du Tchad.

Le manque d'équipement de Laboratoire de Contrôle Qualité (LCQ) et de personnel qualifié est actuellement pris en compte par une budgétisation d'appareils légers et lourds respectivement dans le Plan de Développement Stratégique de la DGPL et le projet SWEDD (Sahelian Women Empowerment Demographic Dividend).

Quant à l'homologation, elle ne se fait pas conformément aux règlements de l'OCEAC. Il se dégage donc la nécessité de créer un pool de comité d'experts et la Commission Nationale du Médicament, de former le personnel à l'analyse des dossiers au format CTD (Commun Technical Document).

II.2.3.8. **Vente illicite des médicaments et circulation des médicaments contrefaits**

La prolifération du marché illicite des médicaments et la circulation de faux médicaments ont pris une ampleur sans égale à cause de l'insuffisance des moyens de contrôle et de la non-application des textes en vigueur. Les quantités des médicaments vendus dans la rue sont de plus en plus importantes. On retrouve les mêmes médicaments dans les formations sanitaires tant publiques que privées.

Les établissements comme les dépôts pharmaceutiques et grossistes illégaux s'installent constamment de manière anarchique sans l'aval de l'Autorité de la Réglementation Pharmaceutique rendant ainsi le marché accessible aux personnes non habilitées. Il faut ajouter à cela la porosité des frontières avec le flux des médicaments sans Autorisation de Mise sur le Marché tchadien (AMM) en provenance de tous les horizons.

II.2.3.9. **Problèmes liés aux RHS dans le secteur pharmaceutique**

A ce jour, le Tchad compte au moins 100 pharmaciens. Ce nombre est largement inférieur aux besoins de sorte que la gestion du médicament est actuellement en grande partie entre les mains des personnes non qualifiées. Les infrastructures, les moyens pédagogiques et de travaux pratiques liés à la formation au diplôme d'Etat de docteur en Pharmacie restent cependant très insuffisants. Il ya donc nécessité de nouer des coopérations avec des facultés nanties en vue de résoudre ce problème. Il est prévu dans les recommandations du PDS de la DGPL une coopération avec des Facultés de Pharmacie pour répondre aux problèmes de la qualité de la formation de la filière pharmacie en Faculté de Science et de la Santé de l'Université de N'Djaména.

II.2.3.10. **Résistance aux antibiotiques**

Le phénomène de résistance aux antibiotiques n'est pas bien connu du fait de l'absence de laboratoires d'analyse biologiques disposant des matériels pour tester la sensibilité des germes aux antibiotiques. Il est donc nécessaire qu'il soit étudié pour connaître les contours en vue d'entreprendre des actions nécessaires pour le résoudre. Il y a également nécessité de réviser les ordigrammes, de former les professionnels de santé aux ordigrammes et à l'usage rationnel, et d'évaluer régulièrement l'usage rationnel lors de la prescription et de la dispensation.

II.2.3.11. **Laboratoire**

L'analyse de la « capacité de diagnostic » qui a été faite lors de l'enquête SARA est basée sur 8 examens de laboratoire jugés essentiels pour une bonne prise en charge des malades dans les services. Il s'agit de : le taux d'hémoglobine, la glycémie, la capacité de diagnostic du paludisme, la bandelette urinaire pour la protéinurie, la bandelette urinaire pour la glycosurie, la capacité de diagnostic du VIH, le test de diagnostic rapide de la syphilis et le test urinaire de grossesse.

Au Tchad, dans les documents de politique sanitaire, le laboratoire ne fait pas partie à ce jour, des activités du PMA même si le TDR du paludisme est désormais présent dans la plupart des CS (83%). On note que de plus en plus de CS font quelques examens élémentaires.

Dans 85% des structures sanitaires, il existe un moyen de diagnostic biologique du paludisme. Cet examen est, avec le test de grossesse (57%) et la sérologie VIH, les examens les plus disponibles. Le reste des tests est réalisé dans moins de 15% des établissements. Sur les 8 examens de laboratoire, les formations sanitaires disposent d'environ 3 tests. Seulement 3% des établissements réalisent l'ensemble

des tests appréciés. Le taux d'hémoglobine est l'examen qui est le moins réalisé au niveau des hôpitaux (60% pour les HN et 62% pour les HR/HD/Cliniques). Ces structures de base réalisent également le test de grossesse (55%) et la sérologie VIH (49%).

D'une manière générale, les hôpitaux nationaux sont à même de réaliser 7 des 8 examens appréciés contre 6 pour les HR/HD/Cliniques.

II.2.4. INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET MAINTENANCE

II.2.4.1. Infrastructures sanitaires

1. Cadre institutionnel et réalisation des travaux

Pour tous les projets de construction des infrastructures, le Ministère de la Santé Publique est le Maître d'Ouvrage (MO) et le Ministère des Infrastructures est le Maître d'Ouvrage Délégué (MOD).

La mission du MOD consiste à (i) sélectionner les bureaux d'études, de contrôles et de supervisions compétents pour la réalisation de l'avant-projet sommaire et détaillé (APS et APD) ainsi que le suivi des travaux, (ii) préparer et lancer le Dossier d'Appels d'Offres (DAO) tout en sélectionnant les entreprises de construction qualifiées et, (iii) coordonner l'état d'avancement des travaux sur le chantier.

Le MO quant à lui coordonne les activités suivantes : (i) approuver les plans architecturaux et d'exécutions des travaux (électricité, plomberie sanitaires, etc.), (ii) procéder à la remise des sites des travaux, (iii) assister au processus de préparation et de lancement des DAO, (iv) faire le suivi parallèle et/ou conjoint avec le MOD, (v) participer aux réceptions techniques, provisoire et définitive des travaux, (vi) exprimer les besoins de construction des infrastructures et, (vii) programmer les infrastructures conformément à la carte sanitaire du pays.

Cependant, malgré les tâches qui lui sont assignées, le MSP en tant que MO est confronté aux difficultés de mise en œuvre dues aux conflits de compétence ou aux limites que montrent certains textes en vigueur qui ne lui permettent pas d'être mieux représenté dans le processus de passation de marchés, de suivi des travaux de construction et même pendant les réceptions des travaux. Le plan des infrastructures n'est pas encore lié aux plateaux techniques de ces dernières.

2. Normes en matière d'infrastructures sanitaires

Le problème majeur souligné au cours de la mise en œuvre des PNDS 1 et 2 est la mauvaise conception des plans architecturaux des infrastructures sanitaires qui ont le plus souvent pour conséquences l'inadéquation avec les équipements lors de l'installation de ceux-ci. Il faut aussi relever le problème de faible implication des techniciens du MSP dans le suivi des travaux de construction. Comme conséquences, on constate souvent une installation non appropriée des réseaux électriques, de la plomberie sanitaire, des fluides médicaux, etc. A cela, il faut ajouter le problème d'insuffisance des normes de construction des infrastructures qui constituent un handicap majeur dans la conception architecturale. Par ailleurs, le pays ne dispose pas de carte sanitaire. Cette situation ne permet pas une implantation harmonieuse des structures de santé (Hôpitaux et centres de santé) dans les DS.

Actuellement le Tchad a un réseau de structures de santé au-dessus de ses moyens. Cela est dû au non-respect des normes en matière de création des districts sanitaires, des zones de responsabilités et des formations sanitaires ne permettant pas la viabilité de ces différentes entités.

3. Etat des infrastructures du niveau périphérique

Le niveau périphérique comprend 138 districts sanitaires dont 107 fonctionnels. Parmi les 107 DS, 72 ne disposent pas d'un hôpital de district, soit 52%. Le nombre des DS sans HD est présenté par région dans le tableau suivant :

Tableau 5 : Situation des hôpitaux de district par région, en 2016

Délégations Régionales Sanitaires	Total de DS	Nombre de DS sans HD	%
Bahr El Gazal	4	3	75%
Batha	5	2	40%
Borkou	2	1	50%
Chari Baguirmi	6	2	33%
Ennedi Est	3	1	33%
Ennedi Ouest	5	3	60%
Guéra	5	1	20%
Hadjer Lamis	7	4	57%
Kanem	5	4	80%
Lac	6	4	66%
Logone Occidentale	5	1	20%
Logone Orientale	10	4	40%
Mandoul	8	2	25%
Mayo Kebbi Est	10	6	60%
Mayo Kebbi Ouest	9	7	77%
Moyen Chari	8	4	50%
N'djamena	14	10	71%
Ouadaï	4	2	50%
Salamat	3	1	33%
Sila	4	3	75%
Tandjilé	7	4	57%
Tibesti	2	1	50%
Wadi Fira	6	2	33%
TOTAL	138	72	52%

Sources : DIES /MSP 2016

Il est important de signaler que 12 HD sont achevés en 2016 et attendent d'être équipés et que 14 HD sont en cours de construction.

La répartition des zones de responsabilité et des CS est reprise dans le tableau suivant : Sur les 1652 Zones de responsabilité (ZR) existantes, 1 334 dispose d'un centre de santé, soit 80%. Cependant, sur les 1334 CS fonctionnelles, 445 ne sont pas construits selon les normes, soit 33%. Le nombre total des CS à construire (ZR sans CS et CS non conformes aux normes) est de 763, soit 46% des besoins en CS par rapport à l'ensemble des ZR existantes. On note par ailleurs que 20 CS viennent d'être achevés, mais ils sont encore non équipés et 66 CS sont en cours de construction.

Tableau 6 : Les infrastructures actuelles de la première ligne des soins (CS)

Délégations Sanitaires Régionales	Nombre de DS	Nombre des ZR fonctionnelles	Nombre des ZR avec CS construit	% des ZR avec CS construit
Bahr El Gazal	4	65	60	92%
Batha	5	63	47	74%
Borkou	2	13	11	84%
Chari Baguirmi	6	72	52	72%
Ennedi Est	3	10	7	70%
Ennedi Ouest	5	19	7	36%
Guéra	5	77	58	75%
Hadjer Lamis	7	63	54	85%
Kanem	5	145	127	87%
Lac	6	105	93	88%
Logone Occidental	5	66	56	84%
Logone Oriental	10	126	114	90%
Mandoul	8	81	62	76%
Mayo Kebbi Est	10	116	102	87%
Mayo Kebbi Ouest	9	96	87	90%
Moyen Chari	8	96	71	73%
N'djamena	14	58	46	79%
Ouaddaï	4	109	73	66%
Salamat	3	38	37	97%
Sila	4	43	26	60%
Tandjilé	7	91	81	89%
Tibesti	2	9	7	77%
Wadi Fira	6	91	56	61%
TOTAL	138	1652	1334	80%

Sources : *DIES/MSP 2016*

4. Etat des infrastructures du niveau intermédiaire

Par rapport aux hôpitaux régionaux, sur les 23 régions que compte le pays, seuls 6 sont aux normes (Sarh, Moundou, Doba, Koumra, Abéché et Bongor). Les 17 autres nécessitent une nouvelle construction. Cependant, sur les 17 HR à construire, 4 sont déjà achevés (Pala, N'Djaména, Biltine et Amdjarass) et prêts à être équipés et 3 autres (Koumra, Ati et Amtiman) sont en cours de construction. Ce qui donne un nombre de 11 hôpitaux régionaux (HR) à construire pour être aux normes. Pour les HME par contre, sur les 23 régions que compte le pays, seul l'HME de N'Djaména est fonctionnel. Celui d'Abéché est en cours de construction. Ainsi, pour atteindre la couverture en matière d'HME, il est prévu d'en construire de 21, soit un HME par DSR. 17 PRA existent sur les 23 dont le pays a besoin. Sur les 17 qui existent, 02 ne disposent pas encore des structures et du personnel. Les régions qui ne disposent pas de PRA sont : Mayo Kebbi Ouest, Hadjer Lamis, Ennedi-Est, Bar El Gazel, Tibesti et Chari-Baguirmi). Parmi les PRA existantes, certaines devront être reconstruites pour les mettre aux normes nationales (bâtiments

administratifs, entrepôts de stockage et logements). Chacune des 23 DSR devrait disposer d'un bâtiment administratif et d'un bâtiment servant de logement ; Or seuls 13 sont aux normes.

5. Etat des infrastructures du niveau central

Les infrastructures sanitaires du niveau central sont : 5Hôpitaux Nationaux, 1 Centre National de Traitement des Fistules, 1 dépôt sub-national pour les vaccins, 1 centrale pharmaceutique d'achat (CPA), 1 Centre National d'Appareillage et de Rééducation (CNAR), 1 Centre national de transfusion sanguine (CNTS) ,1 magasin central, etc. Les infrastructures administratives sont : le siège du MSP, les bureaux des programmes et projets du MSP, les logements des médecins, et l'ENASS. Il est important de signaler que sur les seize (16) programmes nationaux, huit ne disposent pas de bureaux. Certains services nécessitent des extensions (Siège MSP, ENASS, programmes...).

Le Siège du Haut Conseil d'Accès au Fonds Mondial et du Centre de Traitement du Cancer ont leurs dossiers dans le circuit d'approbation.

Certains travaux de construction des infrastructures sont en arrêts à cause de la conjoncture économique que traverse le pays. Cette situation concerne les infrastructures à tous les niveaux du système de santé y compris ceux dont les marchés de construction sont déjà approuvés et qui n'attendent que le financement (cas de l'usine pharmaceutique de N'Djaména).

Le centre national de traitement des fistules dont les travaux ont démarré depuis 2016 fait partie des marchés de construction en arrêt.

II.2.4.2. Equipements médico-sanitaires

1. Cadre institutionnel des équipements médico-sanitaires

L'acquisition des équipements médico-sanitaires se fait essentiellement sur le budget de l'Etat. Certains sont donnés par des partenaires. Aussi, le MSP est chargé de définir les caractéristiques techniques et les répartitions de ces équipements conformément aux besoins exprimés par les DSR.

2. Normes en matière d'équipements médico-sanitaires

Il n'existe pas de normes en matière d'équipements médico-sanitaires dans le pays. Cette situation explique en grande partie le fait que l'un des problèmes majeurs constatés lors de la mise en œuvre des PNDS 1 et 2 a été l'inadéquation entre les plans architecturaux des infrastructures sanitaires construites et les équipements médico-sanitaires. Il convient de noter également l'absence des documents des stratégies et des normes dont l'une des conséquences est la disparité des marques des équipements fournis par les partenaires. Le manque des normes en équipements impacte dès lors sur la maintenance préventive et curative ainsi que sur le choix des équipements qui ne sont pas adaptés aux nouvelles technologies et aux besoins des différentes structures sanitaires.

3. Etat actuel des équipements dans les formations sanitaires

Depuis 2012, le MSP a équipé 16 HD, 100 CS, sans oublier l'HME et l'Hôpital de la Renaissance. Le MSP a également renforcé les équipements des certains hôpitaux régionaux, hôpitaux de district, centre de santé revitalisés et les hôpitaux nationaux à travers le pays. Malgré ces efforts consentis, beaucoup de

structures sanitaires achevées attendent d'être équipées. Il s'agit de 4 HR, 12 HD, 20 CS. A cela, il faut aussi ajouter la remise à niveau des plateaux techniques de ces structures avec des équipements adéquats et adaptés aux nouvelles technologies.

Il faut aussi signaler que les programmes d'infrastructures et de dotation des formations sanitaires en matière d'équipements ne sont pas toujours bien coordonnés du fait des retards accusés dans le délai contractuel des constructions et le manque d'implication du maître d'ouvrage dans le suivi des travaux.

En plus, ces programmes ne prennent pas en compte la disponibilité et la qualité du personnel existant pour leur utilisation optimale.

4. Disponibilité de l'eau, de l'électricité, hygiène et assainissement et moyens de communication

Selon l'enquête SARA, 61% des formations sanitaires disposent d'une source d'eau améliorée, 76% disposent des installations sanitaires améliorées, 15% disposent d'une source d'énergie, 21% des équipements de communication et 4% d'un ordinateur/internet/email. La faible couverture en eau potable et surtout en électricité a un impact négatif sur la qualité des soins.

II.2.4.3. Maintenance des infrastructures et des équipements médico-sanitaires

Le Tchad dispose d'un document de politique de maintenance des infrastructures et des équipements médico-sanitaires. Cependant, sa mise en œuvre n'est pas suffisante. En conséquence, on assiste à un raccourcissement de la durée de vie de certains équipements tels que les appareils de radiographie et de laboratoire. Il est aussi important de signaler que ce document de politique nécessite d'abord une évaluation avant son actualisation au vu de l'évolution technologique et au nombre des structures sanitaires de plus en plus important.

Pour sa mise en œuvre, un plan de maintenance a été élaboré. Ce plan prend en compte les structures sanitaires par catégorie et selon l'importance des travaux à réaliser. Pour les infrastructures sanitaires par exemple, la maintenance est faite soit par le MSP ou par le Secrétariat Général du Gouvernement (SGG) qui le plus souvent n'implique pas le Maître d'Ouvrage.

Aussi, dans le document de la politique, il est prévu la formation des techniciens et la décentralisation des services de maintenances dans les régions. Ces services de maintenance doivent se limiter aux travaux de maintenance préventive et doivent coordonner leurs activités avec le niveau central qui demeure leur référence. A ce jour, les services de maintenance régionaux sont inexistant, ce qui amène dans la plupart des cas les responsables des structures sanitaires à faire appel à des techniciens peu qualifiés. Les interventions sont organisées depuis le niveau central. On note qu'il y a une insuffisance de ressources humaine en santé, en quantité et en qualité, pour développer des services de maintenances tant dans le niveau central qu'au niveau périphérique. A cela, s'ajoute l'insuffisance des équipements nécessaires pour assurer l'entretien des équipements médico-sanitaires.

L'absence de standardisation des équipements tels que les réfrigérateurs pour la chaîne de froid rend la maintenance très difficile.

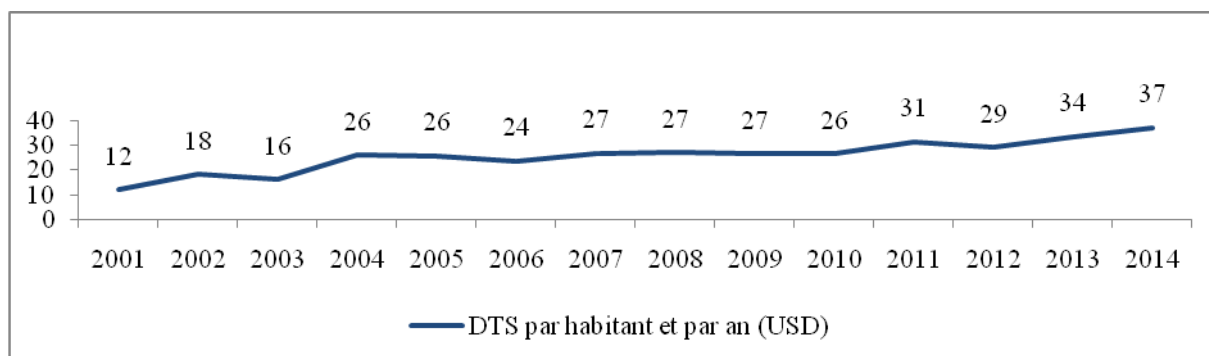
II.2.5. FINANCEMENT DE LA SANTE

Le financement du secteur de la santé est analysé à travers les Dépenses totales de santé (DTS); le système de collecte des fonds ; les mécanismes de mise en commun et protection contre les risques ; les modalités d'achat, ainsi que l'efficience et l'équité dans la répartition des ressources

II.2.5.1. Dépense totale de santé

Les DTS regroupent les dépenses effectuées par l'Etat, les partenaires, les ménages et les privés (Entreprises et Assurances...). Ces dépenses sont estimées par l'Organisation Mondiale de la Santé de 2001 à 2014 pour un montant qui varie de 12 à 37 USD par habitants/an. La courbe suivante nous montre l'évolution des dépenses de santé par habitant et par an en dollars avec une estimation du taux de conversion : 1 USD=500Fcfa.

Figure 4. Evolution des dépenses totales de santé DTS par habitant et par an (en USD).



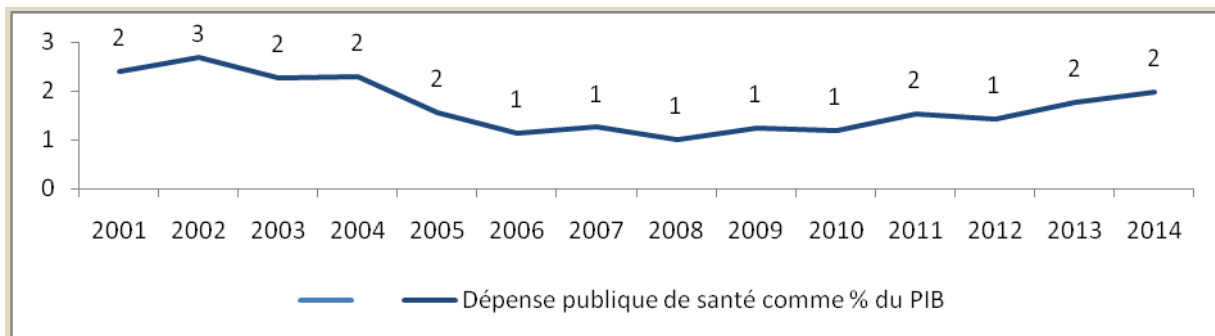
Source : (<http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>)

L'analyse de cette courbe fait ressortir que durant la période couverte par les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Tchad n'a pas atteint les 40 dollars de dépense totale de santé (DTS) par habitant suggérée par la commission de macroéconomie et santé mise en place par l'OMS en 2001, même si entre 2001 et 2014, la DTS par habitant et par an a augmenté d'environ 200% en passant de 12 à 37 USD. Les données de 2015 et 2016 ne sont pas encore disponibles. Cependant, il est attendu que ces dépenses totales de santé baissent au cours de ces deux dernières années compte tenu des difficultés économiques auxquelles le pays fait face. Cette situation intervient au moment où le pays s'engage à atteindre la Couverture sanitaire universelle (CUS) dans le cadre du programme de développement durable adopté par les Nations Unies en Septembre 2015. Des études récentes montrent que la dépense publique de santé devrait atteindre 86 USD par habitant et par an pour améliorer les chances de faire des progrès vers la couverture sanitaire universelle⁶.

En revanche, la dépense publique de santé en % du PIB n'a presque pas évolué au cours de la même période. La figure suivante montre l'évolution des dépenses publique de santé en % du PIB pour la période 2001-2014.

Figure 5. Evolution de la dépense publique de santé en % du PIB

⁶<https://www.chathamhouse.org/publication/shared-responsibilities-health-coherent-global-framework-health-financing%20#sthash.FBxJ5WpB.dpuf>



Source : (<http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>)

En ce qui concerne la dépense de santé en % du PIB, on constate que les pays qui font des progrès significatifs vers la CSU ont des dépenses publiques de santé qui représentent environ 4% du PIB. Le graphique ci-dessus nous montre que le Tchad n'a atteint que 3% en 2003 et depuis lors, la dépense de santé en % du PIB oscille entre 1 et 2 %.

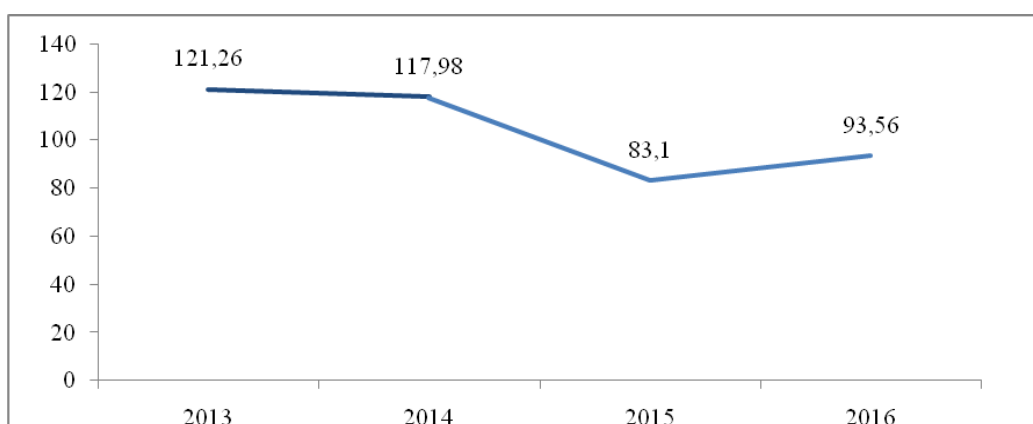
II.2.5.2. Sources de financement

Comme signalé précédemment, le secteur de la santé publique est financé à travers quatre sources : (i) l'Etat, (ii) les partenaires et (iii) les ménages et (iv) le financement privé. Cependant, seuls les financements de l'Etat et des partenaires sont inscrits dans le budget du MSP.

L'Etat finance les dépenses de santé, à travers l'allocation d'un budget au MSP. La loi des finances répartit annuellement le Budget Général de l'Etat aux différents départements ministériels notamment celui de la santé sur la base du Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) central, tout en tenant compte des priorités et orientations nationales, ainsi que du contexte macroéconomique du pays. Outre, le financement de l'Etat, le MSP bénéficie des financements des partenaires sous forme de dons et de prêts.

La figure suivante montre l'évolution du Budget du MSP de 2013 à 2016.

Figure 6. Evolution du Budget annuel du MSP en Milliards de Francs CFA



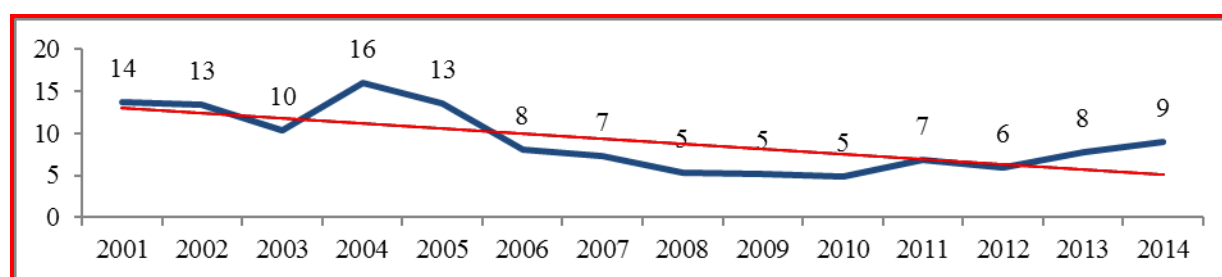
Source : MFB/DGB/MSP

L'analyse de la courbe du budget du MSP nous montre que les dépenses de la santé depuis 2013 sont en pleine régression de manière générale avec une forte chute en 2015 tandis que les besoins de la population sont croissants d'une part et, d'autre par l'adoption par le pays exige des dépenses de santé plus importantes. Ces réductions sont survenues suite à la crise économique et financière due à la chute

du prix de baril du pétrole au niveau mondial. Le budget de la santé a baissé de 22,84% entre 2013 et 2016.

Par rapport aux respects des engagements pris à Abuja par les Chefs d'Etat africains en 2012 pour consacrer au moins 15% du budget global de l'Etat au secteur de la santé, les données disponibles montrent une évolution en dents de scies avec une tendance générale à la baisse.

Figure 7. Evolution de l'engagement d'Abuja pour le Tchad (2001-2014)



Sources des données : <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>

La figure ci-dessus révèle cependant que le Tchad a atteint le pic en 2004 avec 16% des dépenses de santé par rapport aux dépenses totales du gouvernement.

Cependant il faut noter que les autres départements de l'Etat effectuent des dépenses de santé qui ne sont pas maîtrisées par le MSP. Il s'agit notamment du Ministère de la Défense Nationale (Médecine et santé Militaire), les ministères de l'Enseignement Supérieur et de l'Education Nationale (Médecine scolaire, universitaire et sportive), et les Grands Projets Présidentiels (des infrastructures et des équipements).

Le crédit alloué au Ministère de la Santé Publique est présenté en grandes masses par poste budgétaire (dépenses du personnel, dépenses des biens matériels, dépenses des services, les transferts et les investissements.). Le tableau ci-dessous nous décrit l'évolution du budget de la santé pour les quatre dernières années.

Tableau 7: Evolution du crédit alloué à la santé par grandes masses en million des FCFA de 2013 à 2016.

Rubriques	2013	2014	2015	2016	Total	%
Dépenses du personnel	29 743	30 585	31 342	33 342	12 5012	30%
Dépenses des biens matériels	5 593	8 078	3 640	2 783	20 094	5%
Dépense des services	5 643	6 733	1 360	642	14 177	3%
Transferts /Subventions	36 896	42 930	25 938	12 969	118 733	28%
• Hôpitaux	15 583	17283	12114	6644	51 624	43%
• Programmes	16 130	15530	8697	3798	44 155	37%
• Autres	5 183	10117	5127	2527	22 954	20%
Investissements	43 786	29 660	20 829	46326	140 596	34%
Total	121 661	117 986	83 109	96 062	41 8612	100%

Source : MFB/ MSP.

L'analyse du tableau fait ressortir que les postes budgétaires du MSP ont connu des baisses en valeur absolue depuis 2014 à l'exception des charges du personnel de santé. Cette situation si elle continue, aura un impact négatif sur la capacité du MSP à mettre en place de nouveaux services de santé pour combler le déficit.

L'analyse de ce tableau montre également que le poste budgétaire pour les dépenses d'investissement occupe le premier rang avec 34%, suivi de celui des dépenses du personnel avec 30% et les transferts/subventions 28%. Les dépenses du fonctionnement sont très faibles avec un total de 8% dont 5% pour les dépenses des matériels et 3% pour les services.

Le financement extérieur se fait sous forme d'appui (dons et prêts) des Partenaires Techniques et Financiers principalement pour les projets et programmes. Le tableau ci-après indique l'évolution des financements extérieurs de 2013 à 2016.

Tableau 8 : Evolution des financements extérieurs par rapport à la dotation de l'Etat de 2013 à 2016 (en millions de FCFA).

Année	Financement Extérieur pour le MSP.	Dotation du MSP	% par rapport à la dotation du MSP
2013	20 350	121 264	16,7%
2014	8 589	117 986	7,2%
2015	20 824	83 103	25%
2016	37 196	93 560	39,7%

Source : MFB/MSP

Ce tableau montre également qu'en valeur absolue, l'aide extérieure destinée à la santé a augmenté entre 2013 et 2016 même si elle a connu une baisse en 2014. Ainsi, l'augmentation de la part de l'aide internationale dans la dotation du MSP, passant de 16,7% à 39,7% est à la fois plus liée à l'augmentation de l'aide internationale (en valeur absolue) et à une baisse des ressources domestiques consacrées à la santé.

Le bilan financier à travers le tableau ci-dessous nous décrit la situation financière suivant l'exécution du budget du Ministère de la Santé Publique, en termes d'engagements validés est acceptable durant les trois dernières années (2013-2015).

Tableau 9: Situation d'Exécution Budgétaire de 2013 à 2015 (en millions de F CFA)

Rubriques	2013			2014			2015		
	P	E	TE (%)	P	E	TE (%)	P	E	TE (%)
Personnel	29 743	29 742	100	30 585	30 585	100	31 342	31 342	100
Biens matériels	5 593	5 517	98	8 078	8 038	99	3 640	3 540	97
Services	5 643	5 586	99	6 783	6 039	89	1 360	1 211	89
Biens et Services	11 236	11 159	99	14 861	14 078	94	5 000	4 751	93
Transferts et subventions	36 893	36 324	98	42 930	40 571	94	25 938	25 728	99

Investissements	25 033	25 033	100	29 660	20 497	69	0	0	
Financement Extérieur	20 350	N.D	N.D	8 589	N.D	N.D	20 824	N.D	N.D
TOTAL	125 896	104 865	99	126 625	105 730	89	83 104	61 821	99

Source : DF/MSP.

NB : P = prévision ; E = exécution ; TE = Taux d'exécution.

Ce bilan financier fait ressortir une baisse des allocations budgétaires entre 2013 et 2015 (de 125 896 048 000 FCFA en 2013 et 83 103 752 000 FCFA en 2015, avec un taux d'engagement dégressif de 99,55% en 2013 ; 89,47% en 2014 et 99,25% en 2015. Cependant le taux d'exécution du financement extérieur n'a pas été rapporté, puisque le MSP ne détient pas les rapports financiers des PTF.

En plus des engagements de l'Etat et les financements extérieurs, inscrits dans le budget du MSP, les ménages contribuent également au financement de la santé notamment par le biais du recouvrement des coûts au niveau des formations sanitaires. Cette contribution des ménages n'est pas inscrite dans le budget de l'Etat. Les recettes du Recouvrement des coûts (RdC) sont utilisées comme un budget additionnel pour le fonctionnement des formations sanitaires notamment pour la prise en charge des contractuels et personnel d'appui ainsi que les primes du personnel soignant et pour le paiement des médicaments. Le tableau suivant fait ressortir l'évolution de ces RdC pour les 4 dernières années.

Tableau 10 : Evolution des dépenses des ménages de 2013 à 2016 (en million de FCFA).

Année	Dépenses des ménages	Dotation du MSP	% des RdC
2013	3 808	121 264	3,14%
2014	8 166	117 986	6,92%
2015	8 743	83 104	10,52%
2016	8 455	93 561	9,03%

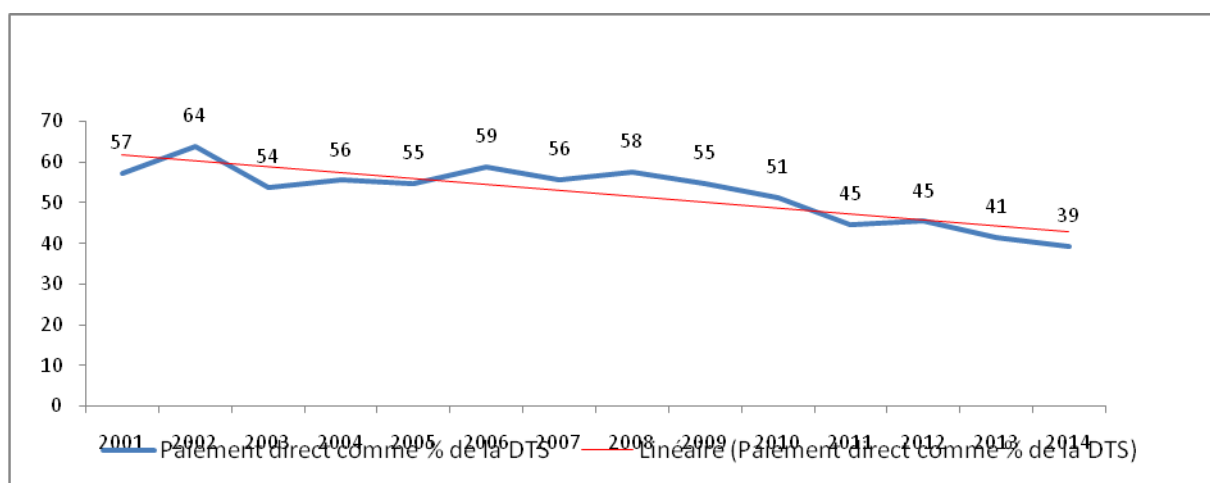
Source : Annuaire statistique sanitaire 2015 / SPB/ MSP.

Sous réserve de la complétude et de la qualité des données, on constate que la contribution des ménages a plus que doublé entre 2013 et 2016, malgré l'instauration de la gratuité des soins d'urgence dans les formations sanitaires. Ces taux restent élevés pour la majorité de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté. Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) seront nécessaires pour confirmer ou non cette tendance.

II.2.5.3. Mise en commune des fonds et protection contre le risque financier

Il n'existe pas de mécanismes de mise en commun des fonds pour le secteur de la santé. L'évolution de la part du paiement direct dans la dépense totale de santé entre 2010 et 2014 est présentée par la figure suivante.

Figure 8: L'évolution de la part du paiement direct dans la dépense totale de santé (en %).



Sources des données : <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>

Selon l’OMS, la part du paiement direct dans la dépense totale de santé doit être inférieure à 15-20% de la dépense totale de santé. La figure ci-dessus montre que le paiement direct au Tchad affiche une tendance à la baisse entre 57 et 39% entre 2001 et 2014 avec un taux modal de 64% en 2002. Le taux de la dernière année où la donnée est disponible (2014) est d’environ 2 fois plus élevé que la limite supérieure selon les estimations de l’OMS. Le risque des dépenses catastrophiques de santé reste encore très élevé au Tchad. A ce jour, il n’existe pas d’études faites pour déterminer l’ampleur de l’incidence des dépenses catastrophiques ni celle des dépenses appauvrissant de santé.

Un certain nombre des mécanismes de protection contre le risque financier existent dans le pays, mais ils sont tous à un état embryonnaire. Il s’agit des mécanismes assurantiels et des mécanismes assistanciers. Les sociétés d’assurance maladie qui existent sont : STAR nationale et SAFAR.

La population couverte par ces mécanismes en 2016 était estimée à **14 223 (soit seulement 0,10%)** comme le montre le tableau suivant.

Tableau 11: Nombre de personnes couvertes par l’assurance maladie

Institutions	2013	2014	2015	2016
STAR NATIONALE	4770	4025	3053	3222
SAFAR	5364	7285	11038	11770
Total	10 134	11 310	14 091	14 223
Population totale	12 745 650	13 200 844	13 670 084	14 152 314
% des assurés	0,080%	0,085%	0,10%	0,10

Source : Star Nationale/Safar

Les mutuelles de santé sont encore au début de leur expérience et sont limitées à quelques régions. Elles couvrent une population de 50 988(soit seulement 0,36%).

Tableau 12 : Nombre des adhérents aux mutuelles de santé (2013 à 2016)

Désignation	2013	2014	2015	2016
Nombre des adhérents	22 095	36 230	43 072	50 988
Population totale	12 745 650	13 200 844	13 670 084	14 152 314
% de la pop couverte	0,17%	0,27%	0,32%	0,36%

Source : DOSS/MSP

Il ressort de ce qui précède qu'il n'existe pas au Tchad de programme d'assurance maladie destiné à couvrir l'ensemble de la population. Les données ci-dessus indiquent que de 2013 à 2016, le taux annuel de la population assurée et celui de la population couverte par les mutuelles, rapporté à la population totale, n'atteint pas 1%.

Les mécanismes d'assistance qui existent sont essentiellement la gratuité des soins d'urgence et la gratuite ciblée qui concerne la femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans. Concernant les mutuelles, le remboursement des factures des soins prestés se fait sous forme des médicaments. Ceci pose deux problèmes : (i) les créances du gouvernement vis à vis de la CPA sont de plus en plus importantes ce qui constitue une menace pour la survie de la Centrale ; (ii) la baisse des recettes du recouvrements des coûts dans les formations sanitaires a un impact négatif sur les ressources disponibles pour racheter les produits et pour financer le fonctionnement des formations sanitaires.

II.2.5.4. Modalités d'achats

De façon générale, l'allocation des ressources financières de ces dernières années (2013-2016) est faite sans tenir compte des besoins réels exprimés par le MSP dans son projet de budget. En plus, ces budgets subissent souvent des coupes drastiques lors des collectifs budgétaires notamment le poste des investissements (19% en 2013, 3,36% en 2014 et une suppression totale en 2015). Le budget 2016 du MSP a été engagé avec un grand retard (en novembre 2016) du à la crise financière et seuls les crédits délégués aux régions et la subvention de l'Hôpital de la Renaissance ont été effectivement exécutés en fin décembre 2016.

Les principaux postes budgétaires pour le MSP sont : (i) les dépenses du personnel, (ii) les dépenses de fonctionnement, (iii) les transferts et subventions et, (iv) les dépenses d'investissements.

Les dépenses totales de personnel sont destinées à couvrir les charges salariales du personnel de santé, le recrutement de nouveaux agents toutes catégories confondues et les divers avantages (indemnités et primes de responsabilités, avancement, reclassement...) au cours d'un exercice dans le cadre d'une couverture progressive en RHS.

Les dépenses de fonctionnement (Biens et Services) concernent l'ensemble des dépenses de l'Etat les Evacuations Sanitaires, les missions de supervision, la formation, les ateliers, l'acquisition des matériels et fournitures des bureaux, etc. Les dépenses de fonctionnement sont destinées aux directions centrales du MSP, aux DSR et aux hôpitaux régionaux qui n'ont pas des subventions directes. Cette catégorie des dépenses devrait croître considérablement compte tenu des besoins réels des DSR et DS. Malgré l'inscription de ces dépenses dans le budget de l'Etat, les crédits ne sont pas facilement mobilisables pour réaliser les activités ci-dessus citées.

Les subventions et transferts permettent de financer les hôpitaux, les programmes et centres nationaux de santé, la Gratuité des soins d'urgence, l'achat et la distribution des médicaments, les fonds de contributions au financement des programmes et autres institutions dont les besoins deviennent de plus en plus croissants. Les subventions ont pour objectif de permettre aux hôpitaux d'assurer une prise en charge médicale effective et efficace des patients.

Les dépenses d'investissement permettent de couvrir les projets d'investissement, en matière de construction, réhabilitation, contrepartie des projets et divers équipements. Cette rubrique a subi des coupes budgétaires drastiques ces dernières années et les projets d'investissement du MSP font l'objet des reports d'année en année.

De façon générale, on note d'une part que les fonctions de fournisseur d'achats et de fournisseur des services sont assumées par le MSP et d'autre part, les modalités d'achats pratiquées dans le secteur de la santé sont assez passives. Elles n'incitent pas à la performance, ni à l'efficacité dans l'utilisation des ressources, ni à l'amélioration de la qualité des soins.

Le financement basé sur les résultats ou financement basé sur la performance (FBR/PBF), a été lancé au Tchad avec le financement de la Banque Mondiale pour une période de deux ans (mai 2011- juin 2013). Ce système a couvert huit districts sanitaires dans quatre Délégations Sanitaires Régionales. Une nouvelle phase a démarré en janvier 2015 et couvre onze DS dans 6 DSR.

II.2.5.5. Équité et Efficacité dans l'utilisation des ressources financières

La répartition du budget du MSP entre les régions et les districts est faite sur base des mesures prises par le MSP compte tenu de la fonctionnalité des nouvelles structures sanitaires et des stratégies en matière de lutte et prévention des maladies et du budget général disponible. Cependant cette répartition qui ne tient pas compte des spécificités de chaque région et surtout de la population couverte, ne permet pas de garantir l'équité dans l'affectation des ressources. En plus l'affectation du budget de l'Etat consacré à la santé aux différentes régions ne tient pas compte des interventions des partenaires positionnées sur les terrains. Cette situation expose à des risques d'iniquité dans l'affectation des ressources existantes mais aussi à des doublons et gaspillage.

Comme cela a été mentionné précédemment, l'insuffisance de coordination entre les programmes de construction des infrastructures et ceux d'équipements et l'inefficacité des programmes de maintenance exposent à une réduction de la durée de vie des équipements, ce qui ne favorise pas l'efficacité dans l'utilisation des ressources. On note également des équipements laissés à l'abandon dans les formations sanitaires souvent mal arrangés ou même exposés aux intempéries parce que les utilisateurs ne sont pas conscients de leurs coûts, voir leur utilité.

Des incoordinations qui accentuent l'inefficacité sont également enregistrées dans la gestion des différents piliers du système de santé. C'est le cas des infrastructures et des RHS. En effet, la mise en place de nouvelles infrastructures et la dotation en équipements ne s'accompagnent pas toujours de renforcement des capacités des RHS pour leur utilisation optimale. Ceci conduit également à une diminution de la durée de vie de ces derniers.

La gestion axée sur les résultats reste encore à promouvoir dans le secteur de la santé au Tchad. Les budgets ordinaires alloués aux services ne sont pas liés aux objectifs et résultats à atteindre. Toutefois, suivant les directives de la CEMAC en matière des réformes des finances publiques et des gestions efficaces et efficaces, le Ministère de la Santé Publique a été retenu avec cinq autres départements ministériels comme ministère pilote pour la mise en place du budget programme basé sur les résultats, avec l'élaboration d'un Plan annuel de Performance pour chacun des ministères concernés.

L'amélioration de l'efficacité dans l'utilisation des ressources existantes peut contribuer à atténuer tant soit peu les effets de la crise économique que traverse le pays.

II.2.6. INFORMATION SANITAIRE ET RECHERCHE

Le Tchad a souscrit à des engagements internationaux dont les Objectifs de Développement Durables (ODD) qui ont de nombreuses implications dans le domaine de la santé. Le besoin de faire un suivi et une évaluation efficace de ces initiatives a engendré des actions de renforcement du Système Statistique

National (SSN) en général et du système d'information sanitaire (SIS) en particulier. Le SIS étant reconnu comme un pilier du dispositif de suivi et évaluation de toutes les politiques et stratégies de développement en matière de santé, bénéficie d'une attention particulière de la part du MSP et de ses partenaires techniques et financiers.

L'analyse du SIS a permis d'identifier quelques problèmes qui sont : - i) la faiblesse dans la coordination et la planification liée à la non fonctionnalité de la commission nationale du SIS ; - ii) l'insuffisance des ressources ; - iii) la faible qualité des données produites ; - iv) l'insuffisance des outils de collecte produits par le SIS ; - v) la faible complétude et promptitude ; - vi) l'insuffisante décentralisation du SIS dans les régions, - vii) et la multiplicité de système parallèles de collecte de données sur le terrain. Les dispositifs actuels d'information sanitaire qui ont bénéficié d'un large consensus entre toutes les parties prenantes lors de la révision des outils en 2013, restent relativement bien adaptés pour assurer une bonne production de données de qualité pour le secteur de la santé. Toutefois, la disponibilité des ressources humaines en nombre et en qualité sera un élément clé du développement du système d'information sanitaire au même titre que les ressources financières et matérielles.

II.2.6.1. **Gestion de l'information de routine**

Le fonctionnement du SIS de routine, objet d'un consensus mis en place en 1985 s'est dégradé au fur et à mesure du temps et est marqué par une faible coordination, une faible qualité des données, une insuffisance en ressources humaines (personnel qui manque souvent de formation spécifique dans le domaine des statistiques), matérielles et financières. En outre, viennent s'ajouter la non appropriation du SIS par certains responsables du niveau opérationnel faute de motivation et l'insuffisance en production et en approvisionnement des outils de gestion du SIS, (source de rupture intempestive sur le terrain) et la circulation simultanée des anciens et nouveaux outils crée la confusion dans les services. A cela s'ajoute la décentralisation de la composante informatique en périphérie pour la saisie des RMA qui n'est opérationnelle que dans certains districts sanitaires par manque de ressources pour assurer la formation et les supervisions des équipes aux différents niveaux. Et enfin, les équipements disponibles ne sont pas adaptés. C'est pour cela que, la transmission des données est difficile et cela a un impact direct sur la complétude et la promptitude, d'où le retard de plus d'une année dans la production de l'annuaire statistique.

Eu égard à cette situation, de nombreux programmes et projets, soucieux d'avoir des informations en temps réel et de leurs exigences, ont développé des systèmes parallèles pour produire leurs propres données. Par conséquent, la multitude d'outils de collecte de données surcharge les prestataires de soins, fragilise davantage le SIS de routine et réduit sa crédibilité.

Pour permettre de disposer d'un système d'information sanitaire intégré, performant à tous les niveaux, plusieurs réformes du SIS ont été initiées par le Ministère de la Santé Publique dont celle de 2013. Sur la base d'un consensus entre toutes les parties prenantes, les indicateurs et les outils du SIS ont été révisés et une feuille de route a été élaborée et adoptée. En adoptant une démarche participative au cours de son élaboration, le MSP a pris en compte les besoins de tous les acteurs du SIS.

La feuille de route (2012-2014) avait pour ambition de revitaliser et moderniser le SIS de routine. Elle a connu un début d'exécution avec le renforcement de la DSIS en personnel, l'achat des ordinateurs dédiés au SIS qui ont permis la décentralisation de la saisie des RMA avec le nouveau logiciel GESIS, la formation des 3 cadres de la DSIS en SIS.

Cependant, on note que l'ensemble des acteurs du système de santé et les partenaires n'ont pas mis en place les mécanismes nécessaires pour accompagner de manière efficace la mise en œuvre de ces réformes, raison pour laquelle, celles-ci n'ont pas donné les résultats escomptés.

Dans le cadre de revitalisation et de modernisation du SIS (2012-2014), le MSP s'est engagé à transformer l'allocation en subvention pour permettre au SIS de faire face à l'épineuse question d'approvisionnement en outils. Il était de même pour les partenaires qui devraient mutualiser les ressources consacrées au recueil d'informations sanitaires au SIS pour assurer les ressources nécessaires à son fonctionnement. La non tenue de ces engagements n'a pas permis d'aller jusqu'au bout dans la mise en œuvre des réformes du SIS.

Toutefois, si la dernière feuille de route reste toujours pertinente de par son contenu, il convient de signaler que le MSP ne dispose pas toujours d'une stratégie globale de développement du système nationale d'information sanitaire.

La commission nationale du système d'information sanitaire a pour rôle le pilotage du SIS, le plaidoyer, l'harmonisation et la validation des indicateurs et outils de collecte de données. Plus spécifiquement, la commission est responsable de la qualité des informations sanitaires et le premier responsable des données diffusées. Malheureusement la commission a rencontré des difficultés pour son fonctionnement à cause de sa composition et de la non disponibilité de ses membres.

Les principaux produits issus de la collecte et du traitement des données sont les annuaires statistiques sanitaires au plan national (Tome A) et au plan régional (Tome B). Ces productions sont le plus souvent diffusées sous format papier, ce qui retarde leur parution et rend leur accessibilité difficile aux utilisateurs.

Le fait que l'information ne soit pas facilement accessible aux décideurs, aux cadres des différentes directions, aux gestionnaires des données et aux opérateurs sur le terrain ne favorise pas la culture de prise de décisions sur des bases factuelles. Pour y parvenir, le système d'information sanitaire doit s'efforcer de produire de l'information de qualité en temps réel, accessible et utilisable par tous les acteurs pour une prise de décisions éclairées en vue de l'amélioration de la santé des populations.

La faiblesse de la coordination et du leadership ou du moins la faible collaboration avec le secteur privé à cause de la non fonctionnalité de la commission nationale du SIS, fait qu'il y a des sérieuses difficultés pour l'intégration du secteur privé dans la production de l'information de routine. Cette situation entraîne la déperdition d'une bonne partie de l'information sanitaire quand on sait que ces dernières années les populations surtout celles des grandes villes, s'orientent de plus en plus vers ces formations sanitaires privées. Le MSP à travers la DSIS doit instaurer un cadre propice de collaboration et d'échanges avec le secteur privé pour collecter les données épidémiologiques de manière la plus complète possible.

II.2.6.2. Surveillance épidémiologique

Le pays dispose d'un système de surveillance hebdomadaire pour détecter les flambées épidémiques et d'organiser des ripostes appropriées. Ce système repose sur des équipes régionales qui collectent des informations et les envoient de manière hebdomadaire au niveau central. Les données collectées alimentent les réunions hebdomadaires et permettent de prendre des décisions rapides en cas de besoin. Cela exige la disponibilité d'un système d'information sanitaire performant.

Toutefois, il existe encore des défis importants à relever en matière de surveillance épidémiologique parmi lesquels : i. la faible capacité des structures sanitaires à fournir des services essentiels de santé de qualité et de l'information sanitaire fiable en temps réel, ii) la faible capacité d'analyse de données et de riposte face aux épidémies et iii) l'absence d'un système de surveillance communautaire fiable. Ces insuffisances sont particulièrement ressenties dans les formations sanitaires du 1^{er} échelon.

II.2.6.3. Carte sanitaire

Le processus d'élaboration d'une carte sanitaire entamée en 2006, n'a pas donné des résultats escomptés. Sa mise à jour est problématique car les données de base issues de la collecte de données sont jugées de faible qualité et le personnel formé à cet effet n'est plus en place. L'absence d'une carte sanitaire ouvre la voie à des découpages des DS en zones de responsabilité qui ne respectent pas ou peu les critères/normes nationaux de découpage. Aussi, l'immixtion (ou influences) des politiques et autres personnalités contribuent-elle à la création anarchique des centres de santé et districts sanitaires. Ces interventions intempestives sapent les efforts du MSP dans sa planification à rendre opérationnelles les structures de santé (CS et hôpital de DS) et du coup annihilent les efforts d'équité dans la répartition géographique des services de santé.

II.2.6.4. Enquêtes nationales

Au Tchad, les enquêtes sont réalisées par l'INSEED et les autres Instituts de recherche, les Partenaires au développement et autres Ministères sectoriels. Les principales enquêtes nationales réalisées ces dernières années sont : l'Enquête Démographique et de Santé au Tchad (EDS) 1 et 2, l'Enquête sur la Consommation des ménages et le Secteur Informel (ECOSIT), Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) sur le VIH/SIDA, l'enquête Démographique de Santé à Indicateur Multiples (EDS-MISC) et les SMART. Ces enquêtes sont organisées selon une périodicité variable : 5 ans pour l'EDS, 4 à 5 ans pour l'ECOSIT, 2 ans pour le CAP. Le MSP est souvent associé pour fournir les compétences nécessaires et quelquefois des ressources financières complémentaires pour l'organisation et la conduite de ces enquêtes nationales. Des efforts restent à faire pour que les enquêtes nationales soient réalisées conformément aux planifications du MSP.

Les résultats de ces enquêtes ont permis au Ministère de concevoir les politiques, les stratégies et plans nationaux de développement (PNS, PNDS3, Stratégie Nationale de la CSU, etc.) sur la base des données factuelles et probantes issues de ces enquêtes. Cependant, son institutionnalisation reste un défi pour le MSP, car la collecte de données et la mise à jour de ces outils nécessitent la mobilisation d'énormes ressources matérielles, financières et humaines.

Le Tchad n'élabore pas régulièrement les comptes nationaux de la santé. Ces derniers n'ont été produits qu'une seule fois pour l'année 2011. L'enquête SARA qui détermine la disponibilité des services et la capacité opérationnelle des services de santé n'a été également réalisée qu'une seule fois en 2015

II.2.6.5. Recherche en santé

La déclaration de Ouagadougou souligne que la recherche pour le secteur de la santé est un domaine important qui doit exiger une attention accrue des Etats. A l'instar des autres ministères, le MSP doit également réactiver ses propres mécanismes et outils de recherche. Cependant, force est de constater que les services en charge de la recherche opérationnelle en santé ne disposent pas de ressources nécessaires (humaines, financières...) pour organiser les enquêtes et les évaluations.

Par ailleurs, en l'absence d'une stratégie du MSP, les appuis des partenaires au développement dans le domaine de la recherche ciblent souvent les programmes et services de santé selon leurs domaines de prédilection. En général, les données issues des recherches sont insuffisamment utilisées par les services centraux pour la prise de décision car certains de ces documents, non moins importants, sont peu diffusés.

II.2.7. PRESTATIONS DES SERVICES ET DES SOINS DE SANTE

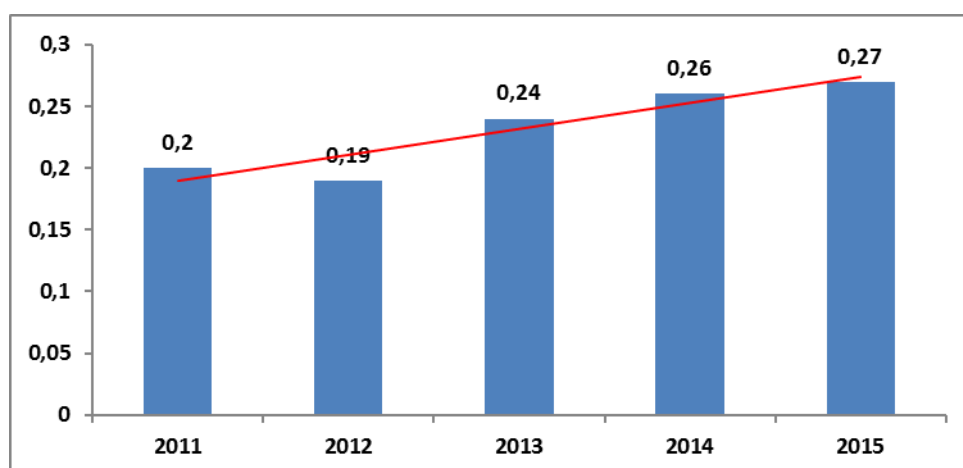
II.2.7.1. Organisation de l'offre et utilisation des services de santé

Le système de santé tchadien est de type pyramidal à 3 niveaux : un niveau central, un niveau intermédiaire et un niveau périphérique. **Le niveau central** comprend les services centraux et les institutions nationales dont cinq hôpitaux nationaux. **Le niveau intermédiaire** comprend 23 Délégations Sanitaires Régionales (DSR) les Etablissements Publics Hospitaliers des Régions (hôpital régional), les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA)... **Le niveau périphérique** est composé de 138 Districts Sanitaires (DS) dont 107 fonctionnels. Chaque DS dispose des Etablissements de soins qui sont l'hôpital de District et les Centres de santé. En outre, une offre des soins au niveau communautaire dont la stratégie vient d'être adoptée est en début de mise en œuvre.

II.2.7.2. Utilisation des services curatifs

En 2015 il a été notifié 3717488 nouveaux malades au 1^{er} niveau des soins (centres de santé). Le taux d'utilisation des services est passé de 0.20 à 0.27 nouveaux cas (NC) par habitant et par an avec une moyenne annuelle de 0,23 NC par habitant et par an. Cette moyenne est inférieure aux normes de l'OMS attendues qui sont de 1 NC/habitant et par an pour le milieu urbain et 0,5 NC/habitant par an pour le milieu rural. On note que les régions du Borkou, Ennedi et Tibesti ont le taux d'utilisation des services le plus faible.

Figure 9 : Evolution des taux d'utilisation des services à la consultation curative de 2011 à 2015



Source : *Annuaire statistique 2011-2015*

II.2.7.3. Organisation des soins de santé primaires

1. Organisation des soins de santé au niveau communautaire

La pyramide sanitaire au Tchad a prévu trois niveaux des soins comme cela est décrit dans la section précédente. Cependant, quelques interventions à base communautaire sont assurées par certains programmes nationaux notamment celles relatives à la distribution de masse de l'Ivermectine dans la lutte contre l'onchocercose, la chimio prévention saisonnière du paludisme, la prise en charge des cas de paludisme, la distribution des moustiquaires et la sensibilisation. Mais ces interventions sont limitées dans quelques districts sanitaires. A noter qu'une politique de santé communautaire et des stratégies spécifiques viennent d'être adoptées en 2016.

2. Zones de responsabilités et Centres de Santé

Sur le plan organisationnel, le pays est divisé en zones de responsabilité au 1er niveau de la pyramide sanitaire. Une zone de responsabilité doit desservir entre 5000 habitants (zones de faible densité) et 10.000 habitants (zones à forte densité) autour d'un rayon de 10 km ou 2 heures de marche. Sur cette base, le pays devrait compter en 2016, 1800 zones de responsabilité et donc autant des centres de santé. Or, à ce jour le système de santé dispose de 1652 zones de responsabilité dont 1334 seulement sont fonctionnelles, parmi lesquelles certaines ne respectent pas les critères d'implantation des centres de santé.

En se référant au tableau ci-dessous, aucune région ne présente une couverture sanitaire complète. Six régions sont les plus déficitaires : Sila, Ennedi ouest, Mandoul, Moyen Chari, Chari-Baguirmi, Ouaddaï. Si les investissements de l'Etat ont permis de construire des infrastructures sanitaires adéquates, celles construites par quelques partenaires au développement et la communauté ne répondent pas souvent aux normes. Par ailleurs, on constate sur le terrain que depuis 2010, les nouveaux centres de santé construits (135) sont bien équipés alors que les anciens disposent des équipements vétustes nécessitant un renouvellement complet. Concernant la disponibilité des ressources humaines, tous les centres de santé au niveau rural comptent au plus un agent qualifié alors qu'il en faudra deux par centre de santé. Dans certaines régions il y a encore des CS tenu par du personnel non qualifié alors qu'en milieu urbain, on dénombre une pléthore de personnel qualifié. On estime qu'environ 50% du personnel de santé des grandes agglomérations nécessitent un redéploiement.

Tableau 13: Etat de fonctionnalité des zones de responsabilité par délégation sanitaire régionale

Délégations Régionales	Sanitaires	Zones de Responsabilité		
		Total	Fonctionnelles	Gap
1. Batha		63	47	16
2. Wadi Fira		91	56	35
3. Borkou		13	11	2
4. Guéra		77	58	19
5. Kanem		145	127	18
6. Lac		105	93	12
7. Logone Occidental		66	56	10
8. Logone Oriental		126	114	12
9. Ouaddaï		109	73	36
10. Salamat		38	37	1
11. Tandjilé		91	81	10
12. Chari Baguirmi		72	52	20
13. Hadjer Lamis		63	54	9
14. N'Djaména		58	46	12
15. Mayo Kebbi Est		116	102	14
16. Mayo Kebbi Ouest		96	87	9
17. Mandoul		81	62	19
18. Sila		43	26	17
19. Moyen Chari		96	71	25
20. Barh El Gazal		65	60	5
21. Ennedi Ouest		19	7	12
22. Ennedi Est		10	7	3
23. Tibesti		9	7	2
TCHAD		1652	1334	318

Source : DSIS 2015

Au niveau du 1^{er} échelon, les centres de santé assurent une liste d'activités qui est composé de : consultations curatives primaires, consultations préventives des enfants sains de 0-4ans, vaccination des enfants de 0 à 11 mois, consultation prénatale, accouchements normaux, Planification Familiale, prise en charge des maladies chroniques, éducation sanitaire, communication avec la population, activités communautaires, système de référence/contre-référence pour les patients ne pouvant pas être pris en charge au premier échelon.

Le fonctionnement des centres de santé est assez insuffisant du fait d'un certain nombre de facteurs. Les résultats de l'enquête SARA de 2015 montrent que l'indice moyen de capacité opérationnelle générale des services de soins est de 56%.

En considérant les différents scores, pour les CS, les éléments d'équipement ont le meilleur score (81,3%) contre 39,3% pour les médicaments essentiels. L'indice de capacité opérationnelle des services généraux varie entre 54,1% pour les CS à 84,7% pour les hôpitaux nationaux.

3. Hôpitaux des districts

L'hôpital de district assure la prestation des services de soins de santé primaires de 2^{ème} échelon en assurant le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). Il sert de référence aux échelons plus bas du système de santé. Ce paquet comprend : consultations de référence, prise en charge des urgences médicochirurgicales et accouchements compliqués, hospitalisation des cas référés par le 1^{er} échelon, fonction diagnostique (laboratoire et imagerie médicale), système de référence/contre référence. A noter que dans la plupart de ces hôpitaux des districts la mise en œuvre de PCA pose problème pour plusieurs raisons : le manque d'infrastructures adéquates, l'insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité, l'insuffisance d'équipements et l'insuffisance des services de diagnostic (laboratoire, imagerie, etc.)

Selon l'enquête SARA (Service Availability and Readiness Assessment)⁷ de 2015, les équipements essentiels et les éléments de précautions standards sont les composantes de capacités opérationnelles qui présentent les scores moyens les plus élevés (81,8% et 77,7%). Les capacités de diagnostic et la disponibilité des médicaments essentiels ont les plus faibles scores moyens avec respectivement 43,6% et 30,9%.

Tableau 14: Etat de fonctionnalité des hôpitaux des districts sanitaires en 2015.

Délégations Régionales	Sanitaires	District Sanitaire		
		Total	Fonctionnel	Gap
1. Batha		5	4	1
2. Wadi Fira		6	5	1
3. Borkou		2	2	0
4. Guéra		5	5	0

⁷L'enquête SARA mesure un certain nombre d'indicateurs liés aux services de santé. Parmi ceux-ci on peut citer :

- ✓ La disponibilité des services de santé mesure la présence ou non des infrastructures sanitaires, du personnel de santé et de l'utilisation des services. Ainsi, l'indice de disponibilité des services est mesuré sur base des trois sous-indices que sont l'indice de la disponibilité de l'infrastructure sanitaire, l'indice de disponibilité du personnel et l'indice d'utilisation des services.
- ✓ La Capacité opérationnelle générale des services mesure la capacité des établissements de soins à fournir des services de base. Elle s'apprécie par la disponibilité et le fonctionnement de certains éléments requis pour une bonne prestation des services de santé. Les Indices et scores moyens de capacité opérationnelle générale des services : c'est une moyenne calculée sur la base des scores des différents items que sont les éléments d'aménagements et de confort indispensable, les éléments d'équipements essentiels, les éléments de précaution standard, les éléments de capacité de diagnostic et les médicaments essentiels.

5. Kanem	5	5	0
6. Lac	6	6	0
7. Logone Occidental	5	4	1
8. Logone Oriental	10	8	2
9. Ouaddaï	4	4	0
10. Salamat	3	3	0
11. Tandjilé	7	5	2
12. Chari Baguirmi	6	6	0
13. Hadjer Lamis	7	5	2
14. N'Djaména	14	4	10
15. Mayo Kebbi Est	10	7	3
16. Mayo Kebbi Ouest	9	8	1
17. Mandoul	8	6	2
18. Sila	4	4	0
19. Moyen Chari	8	5	3
20. Barh El Gazal	4	4	0
21. Ennedi Ouest	5	2	3
22. Ennedi Est	3	3	0
23. Tibesti	2	2	0
TCHAD	138	107	31

Source : DSIS 2015

L'hôpital de district est organisé en services de : consultation externe, bloc opératoire, salles d'accouchement, laboratoire, imagerie, services d'hospitalisation et morgue. A cause de l'insuffisance des ressources humaines et d'équipements, ces services ne sont pas tous opérationnels même si les infrastructures sont disponibles dans la plupart des cas. Selon l'enquête SARA, le score moyen pour tous les éléments traceurs de chirurgie de base est de 47%. Seulement 1% des établissements de santé disposent de tous les éléments traceurs pour les services de chirurgie de base. Il est à noter que la prise en charge des urgences chirurgicales est faible ; cela s'explique d'une part par l'insuffisance du plateau technique et d'autre part par l'insuffisance de formation des jeunes médecins généralistes en chirurgie de base. A ce problème s'ajoute la quasi absence des anesthésistes dans les hôpitaux de district.

En matière de transfusion sanguine, tous les établissements ne satisfont pas à tous les critères définis dans le cadre de l'enquête SARA. Selon les types d'établissement le score moyen est de 66% pour les hôpitaux nationaux et 57% pour les autres hôpitaux et cliniques. Le score est plus élevé en milieu urbain (57%) qu'en milieu rural (41%). Le secteur privé réalise mieux que le secteur public les tests de compatibilité (50% contre 31%), la sécurité d'approvisionnement de sang (59% contre 42%), et l'approvisionnement suffisant en sang (82% contre 58%).

4. Soins de santé centrés sur la personne

Les soins de santé centrés sur la personne représentent une approche des soins qui fait délibérément des individus, des familles et des communautés des acteurs et des bénéficiaires de systèmes de santé fiables, capables de répondre humainement et globalement aux besoins et préférences des individus et des communautés. La notion des soins de santé centrés sur la personne s'oppose à celle des soins de santé centrés sur la maladie. Les soins de santé centrés sur la personne constituent un levier important pour avancer vers la CSU. Leur mise en œuvre nécessite : (i) une plus grande autonomisation des personnes desservies par le secteur de la santé, (ii) une forte collaboration entre les usagers, les communautés et les prestataires des services de santé, (iii) une plus grande collaboration entre les différents niveaux du système de santé, (iv) des réformes visant à mettre en place des dispositifs de financement qui contribuent

à défracter les services de santé. La notion des soins de santé centrés sur la personne est assez récente n'est pas suffisamment partagés parmi les différents acteurs du système de santé. Le Tchad a entrepris de faire un état des lieux de la question pour générer les données qui permettront de dégager des voies et moyens pour avancer dans ce domaine.

5. Equité dans l'offre des soins de santé primaires

Le découpage sanitaire du pays a prévu l'implantation des services de santé dans toutes les régions. Cependant, les critères de découpage n'ont pas tenu compte de certaines spécificités géographiques et sociales. C'est pourquoi des disparités existent entre les régions notamment pour les zones d'accès difficile, les insulaires et pour l'accès des nomades aux services. L'ampleur de ces disparités n'est pas encore documentée. La problématique de l'offre des soins en milieu carcéral reste encore entière.

Pour permettre l'accès des services et des soins à toute la population, des mécanismes de financement et stratégie ont été mis en place, notamment à travers la gratuité ciblée des soins aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de santé nomade. Malgré cela, l'accès aux services et des soins reste faible ; c'est pourquoi, le pays a opté pour la mise en œuvre de deux nouvelles initiatives, à savoir : la politique de santé communautaire et la stratégie nationale de couverture sanitaire universelle.

II.2.7.4. Offre des soins de santé de référence secondaire

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). Son plateau technique est supérieur à celui d'un hôpital de district. L'hôpital régional est organisé en services spécialisés suivants : médecine, chirurgie y compris le bloc opératoire, la gynéco-obstétrique, la pédiatrie, l'ophtalmologie, l'odontostomatologie, l'ORL, l'imagerie, le laboratoire et la pharmacie. A ce jour, le pays compte six hôpitaux régionaux disposant des infrastructures appropriées. Les 17 autres régions ne disposent pas d'un hôpital régional avec des infrastructures, ni plateaux techniques nécessaires. Seulement quatre hôpitaux disposent de tous les services spécialisés recommandés avec la présence des techniciens supérieurs. Les rares médecins spécialistes (chirurgien, gynécologue, pédiatre) y compris les expatriés ne sont présents que dans trois hôpitaux régionaux.

La capacité opérationnelle générale des services telle que évaluée dans l'enquête SARA est confondue à celle des hôpitaux des districts (score de 56%).

II.2.7.5. Offre des services des services et soins de santé tertiaires

Le niveau tertiaire des soins comprend cinq hôpitaux nationaux tous situés à Ndjamena. Il s'agit de : l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN), l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME), l'hôpital de la Renaissance, l'hôpital de l'amitié Tchad/Chine (HATC) et le Centre Hospitalo-universitaire (CHU) le Bon Samaritain. Ils jouent le rôle d'hôpitaux universitaires et de centres de référence pour les hôpitaux des régions. Leur capacité technique permet d'assurer la formation et la recherche médicale. La disponibilité des services spécialisés varie d'un hôpital à l'autre et leur permet d'être complémentaires. Selon l'enquête SARA, la capacité opérationnelle générale des services dans les hôpitaux nationaux représente les scores de 93% pour les équipements, 85% de capacité de diagnostic, 84,5% des services généraux et 100% des précautions standard.

II.2.7.6. **Organisation et offre des services de santé du secteur privé**

Les services de prestations des soins du secteur privé sont composés des services de santé à but non lucratif surtout confessionnels (centres de santé et hôpitaux) et des cliniques privées à but lucratif. Au Tchad, on dénombre à ce jour 11 hôpitaux et 226 centres de santé privés confessionnels ; à cela s'ajoutent, 24 cliniques, 66 cabinets médicaux et 109 cabinets des soins privés à but lucratif. Les services de santé des armées disposent d'un réseau de formations sanitaires à Ndjamena et dans les provinces. Ces formations sanitaires sont fréquentées par la population civile dont il faut tenir compte dans les statistiques sanitaires et définir un partenariat avec le MSP. Mis à part le CHU Bon Samaritain, 8 sur les 11 hôpitaux privés ont le statut des hôpitaux de district. Les hôpitaux et les centres de santé privés respectent le découpage sanitaire pour compléter la couverture sanitaire. Ainsi, ils offrent des services au même titre que les formations sanitaires du secteur public. Il est à noter que ces formations sanitaires offrent souvent des prestations de qualité meilleure. Mais, face à la conjoncture financière actuelle défavorable, certains de ces hôpitaux éprouvent des difficultés car les ressources extérieures dont elles bénéficient deviennent de plus en plus rares les obligeant à solliciter l'appui de l'Etat pour leur fonctionnement.

II.2.7.7. **Référence et contre référence**

Le système de santé tel que défini dans la PNS est un système intégré, avec une interdépendance des trois niveaux. Le centre de santé réfère les malades aux services des soins de l'hôpital de district à la consultation ou à la maternité de référence grâce à une fiche de référence. L'hôpital de district adresse aux médecins spécialistes des hôpitaux régionaux les malades dont l'état de santé le nécessite. Il en est de même des hôpitaux régionaux qui orientent les malades au niveau des hôpitaux nationaux. Après sa prise en charge, le patient référé peut être réorienté avec une fiche de contre référence pour la continuité des soins au service d'origine. Ce système de référence et de contre référence garantit la disponibilité de l'information sur le malade tout le long de la chaîne de soins. Il arrive que des références ne soient pas pertinentes et de ce fait, elles peuvent entraîner un dysfonctionnement à différents niveaux. Aussi, il est constaté que la contre- référence entre ces niveaux ne se fait pas comme recommandé.

La fonctionnalité 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 toujours respectées par les patients.

Depuis 2011, des progrès notables ont été enregistrés pour rendre opérationnel ce système de référence et de contre-référence. En effet, le gouvernement a doté tous les hôpitaux et même certains centres de santé éloignés des ambulances. Cependant, certains problèmes persistent telles que la maintenance de la logistique, la prise en charge des chauffeurs et la dotation en carburant, etc.

II.2.7.8. **Services de santé de la reproduction**

1. **Services de Planification Familiale**

L'utilisation des services de planification familiale reste faible car le taux d'utilisation des méthodes de contraception moderne est de 5% en 2014 (EDS-MICS 2014-2015)..

Sur la base des résultats de l'enquête SARA, 80% des structures sanitaires du 1^{er} niveau (CS), 76% des services de 2^e niveau (hôpitaux de district, hôpitaux régionaux et cliniques) et 40% des hôpitaux nationaux offrent les services de planification familiale. Les formations sanitaires de la zone urbaine (89%) offrent plus de services de PF que celles de la zone rurale (78%) où se trouvent plus de 80% de la population. Environ une structure privée sur deux, pratique la PF soit (47%).

Les méthodes offertes par le plus grand nombre de structures sont la contraception injectable (70%), le préservatif masculin (69%), les pilules contraceptives orales combinées (66%), et les pilules contraceptives progestatives (57%). Le dispositif intra-utérin (DIU) et le préservatif féminin sont offerts par un peu plus d'une formation sanitaire sur trois (34%).

En se référant aux six éléments traceurs de l'enquête SARA, plus de 70% d'établissements de santé disposent de tous les éléments. En général, les établissements de santé ont 5 des 6 éléments traceurs pour la planification familiale, soit un score de disponibilité globale de 83%.

De manière spécifique, il ressort que plus de 90% des établissements de santé disposent de contraceptifs injectables, plus de 86% de tensiomètre, de préservatifs masculins, de pilules contraceptives orales combinées. La plus faible capacité est enregistrée dans la formation en PF des agents de santé au niveau des agents formés à la PF. En effet, seulement 78% des formations sanitaires disposent d'agents formés à la PF et 70% disposent des directives pour la PF. Ce qui corrobore l'insuffisance relevée dans le rapport de l'évaluation des besoins en SONU (2011).

2. Soins prénatals recentrés

Selon les normes en matière de politique de santé de la reproduction, les soins prénatals se focalisent sur l'assurance, le soutien et le maintien du bien-être maternel tout au long d'une grossesse et d'un accouchement. L'OMS recommande au moins 4 visites prénatales au cours de la grossesse. En 2015, 492506 nouvelles inscrites, ont été enregistrées par les centres de santé.

L'enquête SARA révèle que les services de soins prénatals sont offerts dans plus de 96% des structures sanitaires. Les quatre éléments traceurs utilisés sont disponibles dans plus de 90% des établissements. Par type d'établissement 98% des centres de santé offrent des services de soins prénatals contre 63% des structures de 2ème niveau. Cette proportion est de 98% pour les structures de la zone rurale contre 87% pour celles de la zone urbaine.

Les résultats de l'enquête permettent de constater que peu d'établissements de santé (1%) disposent de tous les éléments indispensables pour les soins prénatals. On note une insuffisance d'agents formés en soins prénatals (47%) ; seulement 46% des structures sanitaires disposent des directives en soins prénatals. Ces données posent un sérieux problème de la qualité des soins prénatals offerts dans les différentes formations sanitaires.

3. Services de prévention et de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) est un domaine prioritaire de la lutte contre l'infection à VIH/SIDA au Tchad. Son objectif est de réduire la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant qui est susceptible de se faire pendant la grossesse, le travail et l'accouchement mais aussi au cours de l'allaitement maternel.

Les stratégies proposées pour réduire la propagation du VIH/SIDA au Tchad visent à intégrer progressivement les activités de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) dans le paquet minimum d'activités (PMA) et le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) des formations

sanitaires : maternités et centres de santé, lors des consultations prénatales (CPN), des accouchements assistés, des consultations post natales et des consultations des nourrissons. Selon l'enquête SARA, globalement, 58% des établissements offrent des services de PTME. Les services de conseil et le dépistage pour les femmes enceintes séropositives et de dépistage VIH aux enfants nés des mères séropositives sont offerts respectivement dans 57% et 49% des établissements sanitaires. Le service de conseil sur la planification familiale aux femmes enceintes séropositives n'est offert que par 42% des établissements sanitaires. La prophylaxie ARV pour femmes enceintes séropositives est offerte dans 28% des établissements sanitaires et la prophylaxie ARV aux nourrissons nés des mères séropositives dans 22% des formations sanitaires.

En ce qui concerne la capacité opérationnelle de services PTME, 48% des établissements disposent des directives et 76% du personnel formé sur ces directives PTME alors que 41% de personnel est formés sur les directives alimentation nourrisson/jeune enfant. L'offre de diagnostic du VIH est de 80%. Les sirops ne sont disponibles que dans 12% des établissements et la prophylaxie ARV chez la femme enceinte est disponible seulement dans 16% des cas. Le DBS pour nouveau-né séropositif n'est disponible que dans 5% des établissements.

Seulement 1% des établissements sanitaires qui offrent le service PTME disposent de l'ensemble des éléments traceurs et chaque établissement dispose d'au moins 4 éléments, soit un score moyen de 41%. Comme conséquence, seules 42% de femmes enceintes séropositives sont sous protocole PTME et 12 % des enfants nés de mère séropositive bénéficiant de soins pédiatrique pour prévenir la transmission du VIH.

4. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base

L'enquête sur la disponibilité des Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence(SONU) en 2011 a relevé qu'aucune des 23 régions n'a atteint le nombre requis de formations sanitaires offrant des SONU. Lorsqu'une structure sanitaire, en l'occurrence un centre de santé (CS) dispose et fournit les sept fonctions énumérées ci-dessous, elle est dite structure SONU de base ou SONUB. Ces fonctions sont : i) administration parentérale d'antibiotiques, ii) administration parentérale d'ocytociques, iii) administration parentérale d'anticonvulsivant, iv) accouchement assisté par voie basse, v) extraction manuelle du placenta, vi) évacuation des produits résiduels ou débris ovulaires et vii) réanimation néonatale.

Selon l'enquête SARA 2015, cinq des sept fonctions constituant les SONUB sont exécutées par plus de 80% des structures sanitaires ; 92% des établissements de soins offrent un service d'accouchement assisté par voie basse ; l'évacuation utérine après accouchement est de 91% l'extraction manuelle du placenta est de 91% et la réanimation néonatale de 84%. L'administration parentérale d'ocytociques est pratiquée par 64% contre seulement 26% pour l'administration parentérale d'anticonvulsivants. 19% des établissements réalisent à la fois les sept fonctions SONUB. En milieu rural l'offre de service d'accouchement est plus élevée (95%) qu'en milieu urbain (80%) par rapport au nombre de service de santé.

5. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) prennent en compte, en plus des sept fonctions des SONUB, la transfusion sanguine et les césariennes pour un total de neuf fonctions. Pour l'analyse de la capacité opérationnelle des services, les groupes d'éléments traceurs suivant ont été pris en compte : i) Personnel et directives ; ii) Equipements et, iii) Médicaments et produits.

Selon les résultats de l'enquête SARA 2015, 92 % des hôpitaux disposent de personnel formé en chirurgie et 74% en anesthésie. On manque toutefois des directives SONUC au niveau des établissements (62%). Par rapport aux équipements moins de 27% des établissements ont la capacité de prendre en charge les prématurés. On note également une faible disponibilité en équipement d'anesthésie (20%). Seuls 47% des établissements utilisent du sang sécurisé.

Le score moyen est de 60% (chaque établissement dispose de 12 à 13 éléments traceurs). Ainsi, 60% des hôpitaux de 2^{ème} et 3^e niveau (hôpitaux de district, hôpitaux régionaux et nationaux) assurent à la fois la césarienne et la transfusion sanguine. Les cliniques réalisant la césarienne représentent 6% et la transfusion sanguine 8%.

6. Prise en charge des fistules obstétricales

La fistule obstétricale qui est l'une des formes les plus sévères de la morbidité maternelle touche toutes les régions du Tchad. La problématique de la fistule va au-delà des aspects sanitaires car la plupart des victimes de la fistule obstétricale vivent un drame social. La proportion de femmes déclarant souffrir ou avoir souffert d'une fistule est de 2,1% selon l'EDS-MICS 2014-2015.

La prise en charge des cas de fistule obstétricale a tout d'abord démarré à travers une Unité fonctionnelle au sein de l'hôpital de la Liberté, ensuite le Centre national de Santé de la Reproduction et de Prise en Charge des Fistules a pris la relève de la prise en charge de fistule obstétricale. Elle se fait à ce jour de façon continue au Centre National de Traitement de Fistule de Ndjamena et à l'Antenne de prise en charge de Fistule de l'hôpital régional d'Abéché. En plus de la prise en charge de routine, des campagnes sont organisées dans les antennes Sarh, Mongo, Moundou et Mao. Le nombre

7. Transfusion sanguine

Le rôle de la transfusion dans des circonstances pathologiques mettant en jeu le pronostic vital, ainsi que dans l'amélioration de la qualité de vie au cours des maladies chroniques n'est plus à démontrer. Cependant au Tchad, la transfusion sanguine encore à l'état embryonnaire puisqu'elle n'est pas efficace et présente encore des risques de transmission de maladies infectieuses. Et les efforts faits par le gouvernement pour doter notre pays de grands hôpitaux modernes, n'a pas fondamentalement impacté son statut. En principe l'implantation des hôpitaux régionaux et/ou de références devraient s'accompagner également de la construction des Centres de Transfusions et/ou Banque de Sang adaptés et modernes pour répondre aux exigences quantitatives et qualitatives des besoins en sang et ses dérivés, à la hauteur des pathologies spécifiques et de plus en plus complexes, dont la prise en charge adéquate se fait de plus en plus dans nos nouveaux hôpitaux.

8. Services de la vaccination

La politique nationale de vaccination a pour objectif de développer des stratégies visant à mettre en œuvre des activités pour la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination. Il s'agit plus spécifiquement de l'amélioration des taux de couverture en VPO 3, PENTA 3, VAR, VAT 2+ et BCG qui sont les antigènes traceurs.

L'offre des services de vaccination de l'enfant est assurée par 91% des formations sanitaires. Le PEV étant inclus essentiellement dans la liste des activités couvertes par la gratuité, il est offert par 96% des CS contre 23% des structures du 2^e niveau. Par rapport à l'instance gestionnaire, l'offre est plus élevée dans les services publics que privés (92% contre 85%). L'offre des services de vaccination est de 95% en milieu rural contre 74% en milieu urbain.

La capacité opérationnelle des établissements de santé à fournir des services de vaccination des enfants et des femmes enceintes a été évaluée en fonction de la disponibilité des 14 éléments traceurs suivants en 3 groupes : personnel et directives, équipement, médicaments et produits. Concernant la disponibilité de ces éléments traceurs dans les établissements qui offrent des services de vaccination des enfants et des femmes enceintes, la proportion des formations sanitaires ayant tous les éléments est de 48%. Généralement, elles disposent de 12 des 14 éléments, soit une disponibilité moyenne de 94%. On note une faible disponibilité en source d'énergie (68%), en réfrigérateur (66%) et en agents formés au PEV (70%). La disponibilité en vaccin varie entre 78% et 84%. En pratique certains CS situés à proximité des DS prennent les vaccins directement au DS et les ramènent en fin de journée.

L'utilisation de ses services demeure très faible car seulement 25% des enfants de 11 mois sont complètement vaccinés⁸ au Tchad.

9. Services de santé de l'enfant : soins préventifs et curatifs

Les soins préventifs et curatifs font référence aux soins qui sont offerts gratuitement aux enfants de moins de 5 ans et qui permettent de leur assurer une bonne croissance. Le diagnostic et la prise en charge des maladies de l'enfance devraient être faits dans tous les établissements de santé alors que la surveillance de la croissance de l'enfant se fait exclusivement dans les CS. L'offre des services de soins préventifs et curatifs pour les enfants de moins de 5 ans est disponible dans 97% des formations sanitaires. La surveillance de la croissance de l'enfant est assurée par 73% d'établissements selon l'enquête SARA. Les services de soins préventifs et curatifs sont offerts par 99% des CS et 75% des hôpitaux. L'offre est plus élevée dans les établissements publics (98% contre 95%) et en milieu rural (99% contre 91%).

Parmi les établissements de santé, 22% disposent d'agents formés à la surveillance de la croissance des enfants et 36% en PCIME. Cela dénote de la non-maîtrise de la surveillance de la croissance de l'enfant pour laquelle les matériels nécessaires à l'activité ne sont pas disponibles partout. Moins de 1% des formations sanitaires disposent de tous les éléments et en moyenne, elles disposent d'environ 10 à 11 des 19 éléments traceurs soit un score moyen de disponibilité global de 56%. Par ailleurs, le score moyen pour l'ensemble des établissements est de 56%. On ne note pas de différence entre le public et le privé. Entre le milieu rural et le milieu urbain, la différence n'est pas significative (55% contre 58%).

10. Services de santé de l'adolescent

Les services de santé de l'adolescent sont un ensemble de services offerts aux personnes âgées de 10 à 19 ans. Il s'agit de la santé génésique des adolescents qui est prise en charge par le programme de la santé de la reproduction et de la médecine scolaire, universitaire et sportive.

Selon l'enquête SARA, les services de santé de l'adolescent sont offerts par 96% des établissements. De façon spécifique, 58% des structures offrent les préservatifs, moins de 40% les contraceptifs oraux combinés et 13% le Traitement anti rétroviral (TARV). L'offre de service de santé de l'adolescent est plus forte dans les CS (99%) que dans les hôpitaux (61%). L'offre est plus élevée en milieu rural (99%) qu'urbain (86%) ; plus forte dans le public que le privé (97% contre 91%). La capacité opérationnelle des services de santé de l'adolescent est très faible car très peu de personnel est formé (entre 26% et 37%) dans les différents domaines. Seulement 52% des établissements font le diagnostic du VIH. Le préservatif masculin est disponible dans 76% des établissements. 3% des établissements disposent de tous les éléments traceurs. Chaque structure possède entre 2 et 3 éléments soit un score moyen de 41%.

⁸EDS-MICS 2014-2015

11. Services de santé des personnes âgées

Le système de santé ne dispose pas, pour ce sous-groupe de populations, d'un programme spécifique. Il serait souhaitable d'envisager pour la période du présent plan le développement des politiques et stratégies permettant d'assurer la prise en charge des personnes âgées qui représentent 4,5 % de la population totale.

II.2.7.9. Lutte contre la maladie

1. Lutte contre les maladies transmissibles

a. Lutte contre le paludisme

Le paludisme constitue de loin la première cause de morbidité et de mortalité tant au niveau des CS que des hôpitaux. Selon le rapport PNLP 2015, le paludisme représente 34% de motifs de consultations, 30% d'hospitalisations et 35% de décès dans les formations sanitaires. Toutes les tranches d'âges sont touchées par cette pathologie. La répartition des cas confirmés par tranche d'âges est la suivante : (i) 15,2 % chez les nourrissons de 0-11 mois, (ii) 33,1% chez les enfants de 1 à 4 ans, (iii) 18,9% chez les sujets de 5 à 14 ans (iv) 32,8% chez les personnes âgées de 15 ans et plus. Le paludisme constitue aussi la première cause indirecte de mortalité maternelle car 9.1% des cas est observée au sein de ce groupe qui constituent 5,51% de la population nationale. ,

Mais ce taux reste sous-estimé car la plupart de cas sont traités en dehors des formations sanitaires et beaucoup d'enfants meurent à domicile. Le programme national de lutte contre le paludisme(PNLP) se fixe comme objectif de réduire de moitié la mortalité et la morbidité imputables au paludisme particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Pour atteindre cet objectif, les principaux axes stratégiques retenus sont les suivants : (i) la prévention, (ii) la prise en charge et, (iii) le renforcement/ amélioration des interventions d'appui à la gestion du programme

Le paludisme est diagnostiqué et traité dans toutes les formations publiques et privées tant en milieu urbain que rural. Le diagnostic du paludisme est basé sur le test rapide de diagnostic (93%) ou les symptômes (90%). De même, 96% des établissements de santé sont en mesure de faire la confirmation du paludisme (test de dépistage rapide ou goutte épaisse). Le test de diagnostic rapide (TDR) est disponible de manière indistincte dans plus de 94% des formations sanitaires. La microscopie n'est pratiquée que dans 21% des services. 17.6% des enfants de moins de 5 ans ont reçu des antipaludiques le jour même où le jour suivant le début de la fièvre. Le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte est offert dans 87% des formations sanitaires mais seulement 8% des femmes enceintes ont reçu au moins 3 doses de TPI durant leur grossesse.

La chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) est réalisée dans 22 districts sanitaires avec une couverture de plus de 100% en 2016. Le traitement préventif intermittent a permis de couvrir avec deux doses 54,31% de femmes enceintes au lieu de quatre doses attendues au cours des CPN. Les activités de pulvérisation intra domiciliaire n'ont pas été réalisées.

Concernant la prévention du paludisme par l'utilisation des moustiquaires imprégnées, le rapport EDS-MICS 2014-2015 montre que 42,5% des ménages disposent d'une moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA) pour deux personnes et que 45,6% et 34,7% respectivement des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes ont dormi sous MILDA la veille de l'enquête.

b. Lutte contre la Tuberculose

La tuberculose reste un problème de santé publique au Tchad avec une prévalence estimée à 209 cas pour 100 000 habitants et une incidence de 151 pour 100 000 habitants (rapport OMS 2013) soit un nombre attendu de 20 492 cas de tuberculose en 2015.

La lutte antituberculeuse est intégrée à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Tous les hôpitaux fonctionnels assurent le dépistage et la prise en charge des cas de la tuberculose. Il faut noter qu'au 1^{er} niveau, les activités de lutte antituberculeuse se résument à l'identification des cas de toux de plus de 15 jours et à leur orientation vers les hôpitaux. De plus en plus les responsables des CS font le suivi des malades en phase ambulatoire. La confirmation du diagnostic et la prescription des antituberculeux sont strictement réservés aux hôpitaux. Le diagnostic basé sur la radiographie est peu disponible (3%). Le test rapide Gene Xpert utilisé dans la plupart des cas pour le diagnostic de la tuberculose multi-résistante est disponible actuellement dans six régions (N'Djamèna, Bongor, Moundou, Sarh, Amtiman et Abéché). La couverture en appareil Gene Xpert va progressivement s'étendre à tous les hôpitaux des chefs-lieux des régions. En raison du faible plateau technique, le laboratoire National de Référence des Mycobactéries (LNR) du PNT n'est pas à mesure de réaliser les activités de culture des mycobactéries et de test de sensibilité des mycobactéries aux antituberculeux de 1^{ère} et 2^{ème} ligne. Il est à noter qu'une stratégie de décentralisation de diagnostic et prise en charge de la tuberculose est en cours de mise en œuvre à titre pilote dans 30 centres de santé confessionnels et 112 centres de santé publique.

En 2015, 12 026 nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues ont été notifiés sur environ 20 000 cas estimés par l'OMS soit 60% du taux de dépistage (objectif : au moins 70%). Le taux du succès de traitement chez les nouveaux cas de tuberculose est de 74% (8205/11052 x 100) (objectif : 85%) et 17% des patients tuberculeux mis sous traitement sont des perdus de vue (objectif : moins de 10%). La capacité de diagnostic de la tuberculose chez l'enfant est faible et la prise en charge de la tuberculose multi résistante est à ses débuts. L'implication de la communauté dans la lutte antituberculeuse est insuffisante. Toutefois, le recrutement des relais communautaires pour l'orientation des suspects de la tuberculose et le suivi des patients tuberculeux tant dans la population générale que chez les nomades est en cours d'exécution à travers l'ONG nationale « BASE ».

Le Tchad compte parmi les pays où la charge de la double infection TB/VIH est élevée. Selon le rapport de l'OMS de 2014, l'incidence de la coïnfection TB/VIH est estimée à 33 cas pour 100 000 habitants et 11 cas de décès pour 100 000 habitants sont attribuables à la coïnfection TB/VIH.

La recherche de l'infection par le VIH parmi les patients tuberculeux s'est améliorée progressivement pendant les trois dernières années. La proportion des cas de coïnfection TB/VIH détectés parmi les patients tuberculeux est restée stable. Depuis ces dernières années, le nombre de patients tuberculeux dépistés dans les centres de dépistage et de traitement (CDT) pour le VIH est croissant.

La prise en charge de la coïnfection TB/VIH parmi les tuberculeux au Tchad en 2015 montre que sur 12026 cas de TB notifiés, 7919 cas sont testés pour le VIH ; Le taux de dépistage du VIH chez les tuberculeux est de 65% (7919/12026) (objectif : au moins 90%). Parmi les patients tuberculeux testés pour le VIH, 1752 sont positifs soit 22,12%.

c. Lutte contre le VIH/SIDA

La prévalence du VIH/SIDA qui était de 3,3 % en 2005 (EDST1), est passée à 2,5% en fin 2013 (estimation ONUSIDA) pour atteindre 1,6% en 2014-2015 (Réf : EDST MICS 2014-2015).

La pandémie du SIDA est de type évolutif et généralisé marqué principalement par la persistance des comportements à risque, de l'accès limité aux soins et aux services de prévention, du taux élevé d'analphabétisme, de la pauvreté, de la persistance des pesanteurs socio culturelles, etc. Selon les estimations de l'ONUSIDA en 2012, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 210 000 personnes et 88 047 ont besoin de traitement anti rétroviral. L'effectivité de la gratuité de la prise en charge (ARV, Ios, examens biologiques) a été instaurée depuis 2007. Le nombre de sites de PEC qui était de 10 avant la gratuité est passé à 86 en 2015 pour atteindre 90 en 2016. 109 centres de dépistage volontaire (CDV) sont fonctionnels en 2015.

Le nombre de PVVIH sous ARV qui était de 7215 en 2007 est passé à 44 207 selon l'Etude sur la réactualisation exhaustive de la file active des personnes vivant avec le VIH sous traitement ARV en décembre 2016.

L'offre de service de conseil et dépistage du VIH est disponible dans 56% des établissements de santé. Tous les HN (100%) et 89% des autres hôpitaux (HR, HD et Cliniques) offrent le service de conseil et dépistage du VIH. Sur l'ensemble des CS, 54% font le conseil et le dépistage du VIH. Les possibilités d'offre de service des établissements publics et privés sont quasiment les mêmes (56% et 57%). L'offre de service de conseil et dépistage varie en fonction du milieu de résidence soit 77% en milieu urbain contre 51% en milieu rural. Le score moyen de capacité opérationnelle est de 73% pour l'ensemble des établissements. Il est de 80% pour les hôpitaux et 72% pour les CS. Ce score moyen est approximativement le même pour les établissements publics et privés soit respectivement 73% et 70%.

2. Lutte contre les maladies non transmissibles

La situation épidémiologique des Maladies Non Transmissibles (MNT) n'est pas encore bien documentée et donc peu élucidée. L'annuaire des statistiques sanitaires du pays fait ressortir chaque année des cas de diabète, des maladies cardio-vasculaires, des cancers et des pathologies chroniques respiratoires dans nos structures hospitalières. On constate que les maladies non transmissibles (pathologies cardiovasculaires, rhumatismes, diabète, cancers, insuffisances respiratoires, drépanocytose, affections psychiatriques etc.) deviennent préoccupantes par leur fréquence et leur gravité croissante. Les facteurs favorisant la recrudescence des MNT sont notamment le tabac, l'alcool, l'alimentation non équilibrée, l'inactivité physique, le stress et l'obésité. Ces facteurs de risque, toutefois pas si rependu au Tchad, jouent un rôle important dans l'émergence de ces maladies.

Une enquête menée dans la ville de N'Djaména en octobre 2008 a montré que 31,7% de la population adulte présentent au moins trois facteurs de risque de développer une MNT.

Tableau15: Indicateurs des facteurs de risques comportementaux

Facteurs de risques chez les adultes au Tchad	Hommes	Femmes	Total
Fumeur du tabac (%).	20,2%	1,2%	11.2%
Pourcentage des adultes qui consomment de l'alcool actuellement (ceux qui ont bu de l'alcool au cours des 30 derniers jours)	22,6%	10.6%	17%

Pourcentage des adultes ne pratiquant aucune activité physique intense	61.2%	87.3%	74,0%
Adultes qui consomment moins de 5 portions de fruits et légumes par jour (%)	88.5%	80.3%	84,8 %
Adultes ayant une tension artérielle élevée (PAS \geq 160 et/ou PAD \geq 100 mm Hg ou actuellement sous traitement médical pour tension artérielle élevée) %	8,3	12,7	10,2 %
Pourcentage des adultes atteints de surcharge pondérale ou d'obésité (IMC 25 Kg/m ²)	29,9%	43,7%	36 ,3%

Source : OMS, Enquête STEPS 2008 Tchad.

Face à ces situations, un certain nombre de mesures visant à combattre les maladies non transmissibles (MNT) ont été prises notamment : la ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (CCLAT) en 2006 et l'adoption par l'Assemblée nationale de la Loi antitabac N°10/PR/10, promulguée le 10 juin 2010. Cependant, les textes d'application de cette loi ne sont pas encore tous disponibles. La loi 22 portant réglementation et contrôle des stupéfiants, promulguée en 1995 qui tarde encore à connaître un début d'exécution faute de décrets d'application. Un projet de loi en 2013 sur l'alcoolisme est en ce moment dans le circuit d'adoption.

De manière globale, une Direction des Maladies Transmissibles et non Transmissibles est en charge de la lutte avec l'élaboration en cours d'une stratégie nationale de prise en charge des MNT. La prise en charge des maladies non transmissibles est intégrée dans les paquets de services aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les structures sanitaires de premier niveau ne sont pas adaptées pour prendre en charge ces affections (et celles de 2 et 3 niveau ?)

a. Lutte contre les maladies cardiovasculaires

Entre 2011 et 2015, le nombre de cas d'HTA enregistrés dans les formations sanitaires est passé de 1 138 à 5 756. Pour la même période le nombre d'AVC a progressé de 55 en 2011 à 735 en 2015. Alors que le nombre d'HTA a pratiquement doublé en 3 ans, celui des AVC a plus que triplé.

Très peu de services spécialisés existent pour la prise en charge des cas des maladies cardiovasculaires. Le pourcentage de structures disposant des directives et du personnel qualifié n'est pas élevé : 60% et 40% pour les hôpitaux nationaux et 35% et 18% pour les autres. Au niveau des CS, aucun ne dispose de personnel formé sur le dépistage et le traitement des maladies cardiovasculaires (MCV). Les médicaments sont peu disponibles, en particulier l'oxygène (disponible dans 82% des autres hôpitaux).

Le score moyen de 33% pour les CS est dû à la disponibilité des équipements standards pour tous les services. Seuls 20% des hôpitaux nationaux et 3% des autres hôpitaux disposent de l'ensemble des éléments traceurs. Ce qui confirme la faible capacité de prise en charges de MCV dans les formations sanitaires. Les structures urbaines sont favorisées par rapport à celles rurales (43% contre 35%). Même les services de réadaptation fonctionnelle pour la prise en charge des séquelles (hémiparésie, paralysie faciale etc.) ne sont pas assez développés.

b. Lutte contre le diabète

La prévalence du diabète au Tchad est de 12,9% chez les personnes de plus de 55 ans en milieu urbain (Health and Sci. Vol 16 (3) (July – August - September 2015). En 2011, 254 nouveaux cas de diabète ont été diagnostiqués au niveau des hôpitaux de district, 242 cas en 2012 et 448 cas en

2013, 851 cas en 2014 et 2759 cas en 2015. Entre 2011 et 2015 le nombre de cas a été ainsi multiplié pratiquement par 10.

Un programme de lutte contre le diabète a été créé en 2013 mais il n'est pas encore opérationnel. Les hôpitaux nationaux (HN) offrent tous un service de diagnostic et de prise en charge du diabète, mais seuls 79% des hôpitaux régionaux et de district et cliniques sont à mesure de diagnostiquer le diabète et d'en assurer une prise en charge. Il n'y a pas de différence entre les établissements publics et privés quant à l'offre de service.

Au niveau national, 51% des établissements de santé offrent des services de diagnostic et / ou de prise en charge du diabète. Pour la capacité de prise en charge, seuls 5% des structures disposent des instructions et seulement 3% du personnel est formé à la prise en charge du diabète. Peu d'établissements (moins de 8%) disposent des antidiabétiques oraux. Le score moyen est de 38%, ce qui revient à 4 à 5 éléments traceurs en moyenne par établissement.

c. Lutte contre les maladies respiratoires chroniques

Les données sur les maladies respiratoires chroniques (MRC) ne sont pas spécifiquement documentées. Elles sont confondues avec toutes les pathologies respiratoires. Les MRC sont prises en charge à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Pour certaines maladies comme l'asthme, il existe un schéma thérapeutique standard au niveau des CS qui prévoit la référence des patients au niveau des hôpitaux après une première prise en charge par l'infirmier. Cependant, il n'existe pas au niveau national un programme spécifique qui définit une liste des équipements standards et des médicaments spécifiques pour la prise en charge de ces maladies aux différents niveaux du système des soins. Au niveau national, 52% des établissements de santé offrent des services de diagnostic et / ou de prise en charge des maladies respiratoires chroniques.

d. Lutte contre les cancers

Le Tchad ne dispose pas encore d'un registre de cancer pour générer des données précises sur cette pathologie. Cependant, selon l'étude réalisée par CIRC en 2012, la situation des cancers au Tchad se présente comme suit : 6078 nouveaux cas de cancers (soit 3646 chez les femmes et 2432 chez les hommes) et 4034 décès (soit 2 637 chez les femmes et 1397 chez les hommes). Selon ces données, le taux de létalité de cancer au Tchad est de 66,37%, ce qui explique la gravité de cette maladie.

Devant l'ampleur de ce fléau, un Programme National de lutte contre les cancers est mis en place en 2014. Celui-ci a élaboré un plan de lutte contre les cancers qui a été adopté en décembre 2016. Cependant, certains établissements publics et privés effectuent quelques activités de diagnostic et de traitement de cancers. Les associations de lutte contre les cancers également œuvrent en sensibilisant et encourageant le dépistage à travers des séances de dépistage de masse de cancer du col de l'utérus et du sein.

Un projet de détection précoce des cancers a démarré en 2016 dans les structures hospitalières publiques qui impliquent les trois hôpitaux nationaux, à savoir : HME, HGRN et HATC avec la formation en oncologie des médecins, une unité de prise en charge pédiatrique et le renforcement des unités d'anatomo - pathologie et des équipements en imagerie.

Pour ce qui concerne le diagnostic et la prise en charge du cancer du col, moins de 3% des établissements offrent cette prestation. Par contre, aucune structure de prise en charge thérapeutique du cancer pédiatrique et de l'adulte n'existe dans nos structures hospitalières. Il en est de même pour les soins palliatifs.

e. **Lutte contre les accidents de circulation et leurs conséquences**

Les accidents de la voie publique à travers le pays impliquent les motos et les véhicules à quatre roues. L'OMS a déclaré la décennie 2011-2020 années de sécurité routière. Les données disponibles concernent les mois de mars 2014 et 2015 et impliquent les blessés en motos sans casques admis à l'Hôpital Général de Référence Nationale et l'hôpital de l'Amitié Tchad-Chine. Il montre que 80% des accidents des voies publiques impliquent des motos et 100% des décédés sont sans casques et font suite à des traumatismes crâniens. 80% des victimes sont des adolescents et des jeunes.

3. **Lutte contre les maladies tropicales négligées**

Les maladies tropicales négligées (MTN) constituent toujours un problème de santé publique au Tchad car elles sont invalidantes et ont des impacts socio-économiques négatifs sur les populations. Les MTN (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 Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) et la leishmaniose. Les cinq premières peuvent bénéficier d'une chimioprophylaxie 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 schistosomiasis, les géo-helminthiases, la lèpre, le trachome, la dracunculose et la trypanosomiase humaine africaine. Par contre les autres pathologies endémiques n'ont pas de cartographies établies (leishmaniose, dengue).

La prévalence des schistosomiasis intestinales varie de 0 à 30,4% dans les différents districts. Seuls deux districts présentent des prévalences au-dessus de 10% (Goré à 14% et Sarh à 30,4%). Les schistosomiasis urinaires, à l'opposé de celles intestinales semblent constituer un réel problème de santé publique au Tchad car la prévalence atteint 80,4% dans les districts endémiques. Les prévalences des helminthiases transmissibles par le sol varient de 0 à 18%.

Pour accorder plus de considération et d'attention à ces maladies, le MSP a élaboré un plan directeur de lutte couvrant la période 2017-2021. Pour l'onchocercose, des résultats très satisfaisants des évaluations épidémiologiques et entomologiques prouvent que le pays est en phase de pré-élimination. Aussi, le Tchad a atteint le seuil d'élimination de la lèpre (au niveau national, le taux de détection est de 0,3 cas pour 100 000 habitants) en tant que problème de santé publique, mais la répartition des cas est très variable d'une région à une autre.

4. **Soins ré-éducatifs : Soins de réadaptation fonctionnelle (appareillage orthopédique, rééducation fonctionnelle et kinésithérapie).**

La réadaptation fonctionnelle est composée de diverses disciplines médicales et paramédicales (médecine physique réadaptation, kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, appareillage orthopédique). Elle s'adresse aux personnes atteintes d'incapacité fonctionnelle suite à une maladie, un accident de voie publiques ou domestique ou un accident cardio-vasculaire (AVC), qui prennent de l'ampleur et constituent une des principales raisons des évacuations sanitaires à l'étranger.

Le secteur de la réadaptation fonctionnelle est encore très peu développé au Tchad. Le Centre National d'Appareillage et de Rééducation (CNAR) prend en charge des personnes en situation d'handicap physique.

Certains services sont sous tutelle du MSP : ce sont le service de rééducation de l'Hôpital Général de Référence Nationale et le service de rééducation fonctionnelle de l'Hôpital de l'Amitié Tchado-Chinoise, le service de rééducation fonctionnelle des hôpitaux de Bongor, de Moundou, de

Sarh et de Mongo. D'autres services sont sous tutelle des confessions religieuses et des privées. Il s'agit du Centre d'Appareillage et de Rééducation de Kabalaye (CARK) N'Djamena, du Centre des Handicapés de Moundou, du centre des handicapés de Doba du centre de Bitkine et e l'Unité de Pala

La santé ré-éducationnelle est relancée grâce à la validation d'un plan national de réadaptation fonctionnelle. Cependant ce service est limité par l'insuffisance du personnel qualifié, d'insuffisance adéquates et de la faible disponibilité des équipements nécessaires pour assurer la rééducation fonctionnelle des tous les centres, y compris la capacité d'appareiller sur place certains cas de handicaps.

5. Services de prévention et de prise en charge de la malnutrition

De manière globale 44,2% de la population vit dans l'insécurité alimentaire et la malnutrition aigüe globale des enfants de moins de 5 ans atteint le seuil critique de 15% dans 6 des 23 régions. Le nombre des Unités Nutritionnelles Ambulatoires (UNA) et Thérapeutiques (UNT) est passé de 142 en 2010 à 607 en 2016 et celui des Unités Nutritionnelles Supplémentaires (UNS) de 38 en 2010 à 355 en 2016. L'augmentation du nombre des enfants malnutris aigus sévères pris en charge qui est passé de 59260 en 2010 à 180176 en 2016 s'explique par la multiplication du nombre des Unités Nutritionnelles et a capacité des prestataires dans le dépistage des cas. La prévalence de la malnutrition reste encore préoccupante. Face à cette situation et dans le but de réduire la prévalence des différentes formes de la malnutrition, le Tchad a adopté en 2015 la Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation. Son Plan d'Action Intersectoriel (PAINA) est en cours de validation.

L'augmentation de la notification des enfants malnutris évoquée ci-dessus est liée au processus d'intégration de la prise en charge de la malnutrition aigüe dans le PMA et la disponibilité des ATPE en encourageant la fabrication locale.

6. Qualité des soins et sécurité des patients

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. Le mauvais accueil dans les formations sanitaires est la conséquence de l'absence d'une charte de malade.

L'utilisation peu indiquée des antimicrobiens, surtout à des doses inadéquates ou le recours abusif aux injections dans des cas où des formes orales auraient été plus indiquées, témoignent de pratiques inadaptées. Les prestations de soins chirurgicaux au niveau périphérique 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 les complications liées à certaines 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.

Les résultats de l'évaluation de la qualité des soins de santé réalisée récemment dans trois hôpitaux de référence tertiaire (Hôpital de la Mère et de l'Enfant, Hôpital de l'Amitié Tchad-Chine et le Centre

Hospitalier Universitaire le Bon Samaritain), ont révélé que les infrastructures, les matériels et équipements, la connaissance et les compétences des prestataires semblent encore insuffisants pour offrir des soins de qualité aux patients. Les problèmes relatifs au niveau du plateau technique, aux ruptures des médicaments, des produits et consommables de même que l'insuffisance tant en quantité qu'en qualité du personnel persistent et méritent d'être pris en compte pour améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux⁹.

Le ministère de la santé publique avec ses partenaires ont organisé un atelier portant sur la qualité des soins afin d'élaborer un guide de sécurité des patients. Ce guide s'articule autour de quatre aspects à savoir : (i) la check-list de matériels pour les interventions chirurgicales, (ii) la charte de malades, (iii) la charte de l'hôpital, (iv) l'accueil des malades.

7. La surveillance épidémiologique et la Gestion des épidémies, urgences et catastrophes

Le Tchad a mis à jour la liste des maladies sous surveillance selon les normes de l'OMS qui prennent en compte 144 maladies qui sont : Méningite, Rougeole, Tétanos néonatal (TNN), Fièvre jaune, Choléra, Ver de Guinée, Grippe aviaire, Hépatite E, Grippe à H1N1, Poliomyélite (PFA), paludisme, Malnutrition aigüe (modérée et sévère), Piqures des scorpions et MVE à virus Ebola. Depuis 2015 les décès maternels sont intégrés à la liste des maladies et événements sous surveillance.

Ces maladies font l'objet d'une surveillance hebdomadaire active permettant de détecter des flambées épidémiques et d'organiser des ripostes appropriées. Bien que la collecte des données s'opèrent dans des conditions acceptables, quelques faiblesses subsistent et concernent surtout la promptitude des données dont les retards sont imputables surtout au problème de communication avec les régions de l'extrême nord du pays.

Le Comité Technique National de Lutte contre les Epidémies avec l'appui des partenaires, élabore régulièrement un plan de contingence pour permettre la mobilisation des ressources nécessaires à la riposte des épidémies récurrentes.

Tableau 16: Situation des maladies sous surveillance en 2015

N°	Maladies sous surveillance	Cas	Décès	Létalité
1	Méningite	225	32	14,22
2	Rougeole	1823	33	1,81
3	Tétanos néonatal	192	62	32,29
4	Suspicion de fièvre jaune	422	7	1,66
5	Fièvre jaune	ND	ND	0
6	Choléra	ND	ND	ND
7	Cas de rumeurs de Ver de Guinée	1798	ND	0
8	Ver de Guinée confirmé	9	ND	0
9	Malnutrition aigüe modérée	206792	48	0,02
10	Malnutrition aigüe sévère	114865	31	0,03
11	PFA	463	ND	0
12	Suspicion de paludisme	1213100	1805	0,15
13	Paludisme confirmé	702925	1693	0,24
14	MVE à virus Ebola	-	-	0

Source : Service de surveillance épidémiologique 2015

⁹ Ministère de la Santé Publique. Rapport d'évaluation de la Evaluation de la qualité des soins maternels, néonataux et pédiatriques intégrés dans 3 hôpitaux de référence de N'Djaména. Mai 2017.

Après les années 2010 et 2011 marquées par une grande épidémie de choléra, une riposte énergique a permis d'enrayer l'épidémie. Depuis lors, une épidémie est survenue en 2014 avec 172 cas dont 10 décès et a été vite contrôlée. Pour la poliomyélite à virus sauvage, les multiples campagnes nationales des activités vaccinales supplémentaires ont permis d'enrayer la circulation avec aucun cas notifié depuis le 2 juin 2012, soit quatre ans, faisant du Tchad un pays libre de PVS. Quant à l'épidémie de la méningite à méningocoque, les campagnes de 2012 par le vaccin MENAFRIVAC a permis de la contrôler laissant la place aux cas sporadiques de méningites à pneumocoques chez les enfants (225 cas ont été notifiés en 2015 avec 32 décès). Pour la rougeole, grâce aux campagnes de suivi, la tendance est également à la baisse, avec toutefois quelques poches d'épidémies ayant nécessité des ripostes.

8. Promotion de la santé

La promotion de la santé se définit comme le processus qui permet aux individus d'accroître leur contrôle sur leur santé et de l'améliorer. L'OMS recommande une stratégie Régionale qui couvre une période de dix ans. La stratégie met l'accent sur les actions multisectorielles de promotion de la santé dans tous les problèmes, programmes et secteur touchant à la santé publique. Le but de cette stratégie est de poursuivre et intensifier les actions de promotion de la santé afin de contribuer à la réduction des principales causes évitables de maladies, des incapacités et des principales affections imputables aux maladies transmissibles et aux maladies non transmissibles, à la violence et aux traumatismes, à des affections maternelles et infantiles, ainsi qu'à des menaces nouvelles et réémergences pour la santé publique.

Pour le Tchad un document de stratégie est élaboré en 2016 mais qui n'est pas encore été mis en œuvre. Entre temps, les actions sont menées dans le cadre des programmes nationaux existants. Le plan intégré de communication est en cours de validation. Pour mieux coordonner les actions de promotion, une direction de la santé environnementale et de la promotion de la santé a été créée.

Par son caractère transversal, la communication devrait appuyer tous les programmes pour l'atteinte du Développement Durable au niveau national et international ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui.

Dans le domaine d'assainissement l'insuffisance des ouvrages d'assainissement et le non-respect des règles élémentaires d'hygiène sont entre autres des facteurs qui favorisent la survenue des maladies telles que : les maladies diarrhéiques y compris, le choléra, la poliomyélite, la gale, la conjonctivite et d'autres maladies. Malgré les efforts consentis dans le secteur d'eau, d'assainissement et d'hygiène, beaucoup reste à faire dans ce domaine. 55% des ménages ont accès à l'eau de consommation dont 85 % en milieu urbain contre 47 % en milieu rural ; 7% des ménages ont accès à des toilettes dont 86% en milieu urbain et 19% en milieu rural. Seulement 8% des ménages ont accès à l'électricité.

9. Etat de mise en œuvre du règlement sanitaire international

Le Règlement sanitaire international 2005 (RSI 2005), entré en vigueur le 15 juin 2007 est un accord juridique international qui a force obligatoire pour les Etats membres de l'OMS. Il a pour objectif de prévenir la propagation internationale des maladies, de s'en protéger, de la maîtriser et d'y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux.

Le Tchad, Etat Partie du RSI, victime de plusieurs menaces et des événements de portée internationale a décidé d'initier un processus qui lui a permis de mener une étude documentaire des principales capacités nationales requises en vertu du RSI. C'est ainsi qu'un plan d'action et de mobilisation des parties prenantes pour l'accélération de la mise en œuvre du RSI a été élaboré (RSI 2005), mais son actualisation reste une nécessité. En termes de capacité d'Action/Réponse/Riposte, le Tchad dispose d'un certain nombre d'atouts diffus et peu coordonnés pour une prompt mobilisation en cas d'urgence.

En termes de capacité de préparation, le Tchad dispose des opportunités mais aussi de faiblesses. Il dispose d'une cartographie des risques sanitaires mais ne dispose pas des stratégies pour une intervention en situation d'urgence de grande envergure, qui tiennent aussi compte des besoins de routine.

Les réponses souvent tardives aux épidémies, l'émergence inattendue de l'épidémie d'Ebola a désorganisé le système de santé en Afrique et la difficulté de mise en œuvre du RSI ont emmené l'OMS et les Etats membres à adopter une attitude proactive pour éviter des désastres. Pour cela, elle préconise la mise en place d'un centre d'Opérations d'Urgences en Santé Publique (COUSP) dans un certain nombre de pays dont le Tchad. A cet effet, un comité interministériel est mis en place pour élaborer les textes statutaires du COUSP.

SYNTHESE DES RESULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2

Le PNDS2 a couvert la période de 2013 à 2015. Il a été prolongé jusqu'en 2016. La fin de sa mise en œuvre correspond ainsi globalement à celle de la période des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). La mise en œuvre du PNDS 2 a apporté des progrès sensibles dans l'amélioration de la santé de la population même si certains résultats réalisés n'ont pas atteint la cible dans le cadre des OMD. C'est le cas de la mortalité maternelle et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Dans le domaine des infrastructures et de l'équipement, le gouvernement a construit et rendu fonctionnels entre 2010 et 2016, l'hôpital de la Renaissance, 2 maternités, 1 HR à Doba, 25 hôpitaux de district (HD), 153 CS, 3 dépôts sub-nationaux pour les vaccins à N'Djaména, Moundou et Sarh, une banque de sang et 18 unités transfusionnelles, 2 PRA et 255 logements de fonction pour les médecins. Cependant certaines structures terminées attendent d'être équipées : il s'agit d'1 HD, 4 HR, 10 CS, du Centre des fistules. D'autres chantiers sont en cours d'exécution : il s'agit, de 60 CS, de 2 HD et de l'hôpital Mère/Enfant d'Abéché. Entre 2013 à 2016, environ 300 ambulances sont déployées sur l'ensemble du territoire national.

L'amélioration de la prestation des services a été accompagnée des efforts dans le domaine des ressources humaines. De 2012 à 2015 le nombre de médecins est passé de 528 à 696, des infirmiers (IDE+ATS) de 3375 à 3563, des SFDE de 416 à 532 et des pharmaciens de 69 à 79.

En matière de formation initiale, une deuxième faculté de médecine a été créée à Abéché. 300 étudiants ont été envoyés au Cuba pour des études de médecine. L'ENASS a formé 616 agents diplômés d'Etat et les quatre écoles régionales, 2166 agents paramédicaux. Le DES de gynécologie, de pédiatrie et de chirurgie générale sont ouverts à N'Djaména avec 32 étudiants. 75 bourses de spécialité ont été attribuées aux médecins et 175 aux paramédicaux en 2015 et 2016.

Tous ces efforts ont eu un impact positif sur le développement du système de santé. Le nombre de DS est passé de 121 à 136 et ceux fonctionnels de 78 à 104 soit une amélioration de 33% ; Le nombre des zones de responsabilité a augmenté de 1450 à 1719 et les zones fonctionnelles sont passées de 1160 à 1478 avec une augmentation de 27,4%.

En termes d'amélioration de la santé de la population, on note parmi les résultats les plus importants le fait que le Tchad est exempt de poliovirus sauvage depuis 2012, alors que la méningite et la rougeole sont sous contrôle. Le taux de mortalité maternelle est passé de 1099 pour 100 000 naissances vivantes en 2004 à 860 en 2014, soit une réduction de 25%. Les couvertures en CPN1 et CPN4 sont passées respectivement de 53% et 23% à 64% et 31% soit une amélioration de 11% et 8%. Durant la même période la couverture des accouchements assistés s'est améliorée en passant de 20,7% à 34%.

Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 102‰ en 2004 à 72 ‰ ; en 2014 soit une réduction de 30%. La couverture des enfants complètement vaccinés avant leur premier anniversaire s'est augmentée de 14% en passant de 11% en 2004 à 25% en 2015 et le taux de couverture en Penta était de 58%¹⁰. La prise en charge des malnutris aigus a été renforcée avec la création des centres de prise en charge dont le nombre est passé de 142 en 2010 à 610 en 2016 avec une augmentation de 330%.

La prise en charge des PVVIH aussi s'est améliorée. Les ARV sont régulièrement disponibles et le nombre de malades sous ARV est passé de 7215 en 2007 à 44207 au 31 décembre 2016. La prévalence du VIH a baissé de 3,3%¹¹ en 2005 à 1,6% en 2014.

¹⁰ EDS MICS 2014-2015

¹¹ EDST II

Des progrès ont été enregistrés dans les domaines de la prévention, diagnostic et du traitement du Paludisme. Plus de 6.711.585 moustiquaires imprégnées ont été distribuées à la population mais seulement 36% des enfants de moins de 5 ans et 35% des femmes enceintes dorment sous moustiquaires imprégnées. En 5 ans le nombre de malades traitées est passé de 12.72.841 à 1.490.518.

Des efforts conséquents ont permis d'améliorer le diagnostic des tuberculeux multi bacillaires dont le nombre est passé de 3.849 en 2012 à 5.724 en 2016 avec une augmentation de 48,7%. Le taux de succès thérapeutique est de 74% en 2016. Cependant, plusieurs problèmes restent encore à résoudre. Ces derniers sont synthétisés dans la section suivante.

Des efforts conséquents ont permis d'améliorer le diagnostic des tuberculeux pulmonaires à microscopie positive dont le nombre est passé de 3.849 en 2012 à 5.724 en 2016 avec une augmentation de 48,7%. Le taux de succès thérapeutique est de 68% en 2012 à 76% en 2016.

III. PROBLEMES PRIORITAIRES

Cette section reprend les principaux problèmes retenus à l'issue de l'analyse de la situation. Ils sont regroupés en : (i) problèmes de santé de la population et, (ii) problèmes liés aux différents piliers du système de santé.

III.1. PROBLEMES DE SANTE DE LA POPULATION

- 1. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est encore élevé au Tchad. Il est passé de 102‰ à 72‰ entre 2004 et 2014. Dans le même temps, le taux de mortalité néonatale a connu une baisse plus lente passant de 48‰ à 34‰.** La faible couverture des interventions à haut impact sur la santé de l'enfant explique en grande partie le peu de progrès enregistrés dans ce domaine.
- 2. Bien qu'elle ait baissé ces dernières années, la mortalité maternelle est encore élevée. Elle est passée de 1.099 à 860 pour 100 000 naissances vivantes entre 2004 et 2014.** Le ratio de mortalité du Tchad est le deuxième plus élevé de la sous-région derrière celui de la République Centrafricaine (882 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes). Le faible taux d'accouchement institutionnelle (22%), l'insuffisante disponibilité des SONU (Inférieur au minimum de 5 SONU pour 500.000 habitants) et le faible taux de prévalence contraceptive moderne (5%) sont les principales raisons de cette mortalité encore élevée.
- 3. Les maladies transmissibles représentent une charge élevée de mortalité et de morbidité au Tchad :**
 - ✓ Le paludisme représente à lui seul 30% d'hospitalisations et 35% des décès qui surviennent dans les formations sanitaires. Les enfants de moins de 5 ans sont les plus touchés même si aucune tranche d'âge n'est épargnée. Les enfants de moins d'une année (21 107 NC/100 000 nourrissons) sont deux fois plus touchés que ceux de 1 à 4 ans (10 687 NC/100 000 enfants) en 2015. Chez les femmes enceintes, on a enregistré 11 597 NC/100 000 femmes au cours de la même année.
 - ✓ Selon l'OMS, la prévalence de la tuberculose était estimée à 209 cas pour 100 000 habitants et l'incidence à 159 cas en 2013. Ceci correspond à 20 492 cas de tuberculose attendus en 2015. Cependant, en 2015, seuls 12 026 cas ont été notifiés soit environ 60% au lieu de 70% attendus. Au cours de la même année, Le taux de succès thérapeutique était de 74% au lieu de

85% attendus. L'incidence de la coïnfection TB/VIH est estimée à 33 cas pour 100 000 habitants.

- ✓ Bien que sa prévalence ait baissé ces dernières années (3,3% en 2005 à 1,6% en 2014-2015), le VIH/SIDA reste encore un problème majeur de santé publique au Tchad. Selon l'ONUSIDA, le nombre des PVVIH était estimé à 210 000 dont 88 047 avait besoin de traitement. En 2016, le nombre des personnes vivant avec le VIH sous traitement ARV était de 44 207.

4. Les maladies non transmissibles (MNT) n'ont pas été suffisamment documentées au Tchad.

Cependant, il ressort des annuaires statistiques que leur fréquence et leur gravité enregistrées dans les formations sanitaires sont de plus en plus importantes. L'enquête STEP réalisée en 2008 a montré que 31,7% de la population adulte souffre d'au moins d'une des trois pathologies (HTA, le diabète et les bronchopathies) liées aux facteurs de risques des MNT (le tabac, l'alcool, l'alimentation non équilibrée, l'incapacité physique, le stress et l'obésité).

5. La malnutrition sous ses différentes formes demeure un problème de santé publique au Tchad.

La prévalence de la Malnutrition Aiguë Globale (MAG 2015) est estimée à 11,9%, soit 277 800 enfants. Cette prévalence est au-dessus du seuil d'alerte de 10% fixé par l'OMS. La prévalence du retard de croissance (EDS-MICS) au Tchad pour les enfants de moins de 5 ans est de 39,9%. La malnutrition chronique ou retard de croissance affecte 26% des enfants de 0 à 59 mois et l'insuffisance pondérale est de 20% selon l'enquête MAG 2016.

III.2. PROBLEMES LIES A LA REPOSE ACTUELLE DU SYSTÈME DE SANTE

III.2.1. PROBLEMES LIES A LA GOUVERNANCE & AU LEADERSHIP

1. **Le dispositif juridique du secteur de la santé est incomplet** : le MSP a lancé des réformes sectorielles sous les PNDS 1&2. Dans ce cadre beaucoup de textes, notamment des lois ont été adoptées. Mais elles ne sont pas appliquées faute des décrets d'application. Le MSP ne dispose pas d'un service chargé de l'élaboration des textes juridiques et du suivi de leur application.
2. **La coordination du secteur de la santé demeure encore faible.** Faute des ressources propres au MSP et d'une planification rigoureuse des activités d'appui, et d'une faible supervision des activités sur le terrain, certains mécanismes de coordination existants ne fonctionnent pas et les activités de supervision et de suivi-évaluation se font de manière occasionnelle.
3. **La culture de la transparence et de la redevabilité est faible.** Ces valeurs ne sont pratiquement pas intégrées dans la conduite des activités sanitaires par les responsables à tous les niveaux du système de santé. Néanmoins, le niveau central est soumis régulièrement aux audits et aux contrôles.
4. **La dynamique de la multisectorialité dans le secteur de la santé est faible.** Cette faiblesse réduit les chances de promouvoir la santé dans toutes les politiques nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé.
5. **La décentralisation du système de santé reste insuffisante.** Le système de santé reste encore très centralisé. Les délégations sanitaires régionales et les districts sanitaires ne maîtrisent pas les effectifs et les compétences du personnel d'une part et ils n'ont pas une autonomie financière et le statut juridique requis pour gérer leurs entités. La multiplication des districts sanitaires et des centres de

santé sans respect des critères constitue un handicap certain à un fonctionnement efficient des structures existantes.

III.2.2. PROBLEMES LIES AU FINANCEMENT DE LA SANTE

1. **Le manque d'une stratégie global et crédible pour le financement de la santé.** Le Tchad a adopté tout récemment une PNS orientée vers l'atteinte de l'ODD 3 dont la cible centrale est la Couverture Sanitaire Universelle. Une stratégie nationale de la CSU a été adoptée par le gouvernement et l'ensemble des parties prenantes. Cependant le pays ne dispose pas encore d'une Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS).
2. **Le secteur de santé reste encore sous financé à 37 USD par habitant et par an¹², alors que les premières estimations situent les besoins pour faire des avancées vers la CSU à 86 UDS par habitant et par an¹³.** En plus, on note une baisse constante du budget de l'Etat consacré à la santé depuis 2013 avec une baisse de 22,84% de 2013 à 2016. Cette situation accroît la dépendance vis-à-vis des ressources extérieures dans un contexte où les pays doivent compter d'abord sur les ressources domestiques pour financer la CSU et les ODD.
3. **La part du paiement direct des ménages dans la dépense totale de santé est encore très élevée (52% selon CNS 2011).** Elle est plus de deux fois supérieure à la limite fixée par l'OMS (20%). Dans le même temps, les mécanismes de protection contre le risque financier sont encore à leur état embryonnaire.
4. **L'inefficience dans l'utilisation des ressources du secteur de la santé est de plus en plus grandissante.** Cette inefficience prend plusieurs formes parmi lesquelles on peut citer : (i) l'absence de la culture de la gestion axée sur les résultats qui ne permet pas de produire plus de santé avec les ressources actuelles ; (ii) des incohérences entre les plans architecturaux des infrastructures et équipements mis en place et la faiblesse des programmes de maintenance qui a pour conséquence la diminution de la durée de vie des équipements, etc.
5. **L'affectation des ressources financières aux régions et aux districts ne se fait pas de manière équitable.** En effet, il n'existe pas de critères ou clé de répartition des ressources (domestiques et extérieures) qui permettraient de favoriser l'équité dans l'offre et l'utilisation des services entre régions et districts. Il serait opportun de définir des critères objectifs pour la répartition des ressources qui prennent en compte par exemple des critères d'utilisation du service ou de la population couverte

III.2.3. PROBLEMES LIES AUX RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

1. **Les RHS au Tchad restent insuffisantes tant en quantité qu'en qualité. En plus, il existe un problème d'inadéquation entre les profils et les emplois.** La densité du personnel de santé au niveau national est estimée à 0,58 pour mille habitants en 2016 alors que la norme recommandée par l'OMS est de 4,45 pour mille en vue de faire des progrès vers l'atteinte de l'ODD3 et la CSU. A cela,

¹²<http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>

¹³<https://www.chathamhouse.org/publication/shared-responsibilities-health-coherent-global-framework-health-financing%20#sthash.FBxJ5WpB.dpuf>

s'ajoute, la prolifération des écoles privées de santé publique qui forment du personnel de qualité douteuse.

2. **L'insuffisance dans la gestion des RHS disponibles** : l'effectif des agents du secteur de la santé voire celui du MSP n'est pas maîtrisé. Cette insuffisance est due entre autres à l'absence des outils de gestion des RHS tel que le cadre organique.
3. **Les RHS ne sont pas réparties de manière équitable entre régions d'une part et entre le milieu urbain et rural d'autre part.** Elles sont plus concentrées dans les grands centres urbains. La ville de N'Djamena concentre à elle seule plus de 45% RHS du pays en 2016.
4. **L'insuffisance dans le développement et/ou la mise en œuvre des politiques et stratégies des RHS.** Les politiques et stratégies développées entre autres le PSDRHS et le plan de carrière, ne sont pas suffisamment mises en œuvre.
5. **La faible couverture en soins de sage-femme (8% au Tchad selon le rapport SoWMy 2014) avec plus de 60% de sages-femmes à N'Djamena ;**
6. **La prolifération des écoles privées de formation des paramédicaux (IDE, sages-femmes...).** Ces écoles n'ont ni du personnel enseignant requis, ni des structures de stage pratique et d'encadreurs pour une formation de qualité.
7. L'insuffisance de spécialistes au Tchad et plus particulièrement dans les régions.

III.2.4. PROBLEMES LIES AUX INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET MAINTENANCE

1. **Le manque d'une politique globale et crédible pour les infrastructures et l'équipement ancré dans le PMA-PCA.** Les infrastructures et les équipements doivent répondre au besoin de produire des catégories des services de santé conformes à l'organisation du système des soins dans le pays. Au niveau périphérique par exemple, les infrastructures et équipements (et même d'autres ressources telles que les RHS) doivent répondre au besoin de la production des PMA et de PCA de qualité. Les infrastructures et équipements que le gouvernement et les partenaires mettent en place actuellement n'ont pas fait l'objet d'études qui permettent d'assurer qu'ils vont contribuer de façon efficace et efficiente à la production des services dont on a besoin aux différents niveaux du système de santé.
2. **L'insuffisance de coordination dans les travaux de construction des infrastructures médico-sanitaires.** Les textes en vigueur qui définissent les attributions du Maître d'ouvrage et du Maître d'Ouvrage Délégué ne permettent pas une bonne représentativité du Maître d'Ouvrage dans les processus de passation des marchés, de suivi des travaux et de la réception des ouvrages. Ceci a un impact négatif sur la qualité des travaux (réseaux électriques, fluides médicaux, plomberies sanitaires, etc.).
3. **Le non-respect des normes en matière de création des districts sanitaires, des zones de responsabilités et des formations sanitaires ne permettant pas la viabilité de ces différentes entités.**
4. **L'insuffisance des normes en infrastructures et équipements médico-sanitaires.** Cette situation se traduit par l'inadéquation souvent observée entre les plans architecturaux des infrastructures et les équipements lors de leur installation. Cette situation influence le choix des équipements lourds, par

conséquent, on note une grande disparité des marques, et ceci impacte négativement la maintenance préventive et curative.

5. **Une faible couverture en matière des infrastructures médico-sanitaires.** Le nombre total des CS à construire (ZR sans CS et CS non conformes aux normes) est de 763, soit 46% des besoins en CS par rapport à l'ensemble des ZR existantes. Parmi les 138 districts sanitaires, 72 DS ne disposent pas d'HD, soit 52%. Six (6) des 23 régions du pays ne disposent pas d'infrastructures pour les PRA, parmi celles qui en disposent certaines doivent être mises aux normes. 22 HME sont à construire sur les 23 dont le pays a besoin¹⁴.
6. **L'insuffisance dans la maintenance préventive et curative des infrastructures et des équipements.** La politique nationale de maintenance élaborée en 2004, est faiblement mise en œuvre faute de ressources adéquates. Cette politique nécessite une évaluation et une révision à l'évolution technologique ainsi qu'à l'augmentation considérable du nombre des structures sanitaires. .

III.2.5. PROBLEMES LIES AU SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE

1. **Le manque d'une stratégie globale et crédible du MSP pour le SIS.** Le MSP ne dispose pas d'un plan stratégique pour une meilleure gestion du système d'information sanitaire. Ce plan devrait permettre de développer l'ensemble du système d'information sanitaire (information de routine, surveillance épidémiologique, enquêtes, etc.) et créer les conditions de l'alignement des partenaires au SIS
2. **Une faible coordination et de leadership du SIS à tous les niveaux.** L'absence d'un cadre de concertation avec les structures impliquées dans la production des données sanitaires (programmes, projets, partenaires et Ministères connexes à la santé), et la non fonctionnalité de la commission nationale du SIS du fait de sa composition, sont à l'origine de la faible coordination. La faible collaboration avec le secteur privé, la faiblesse dans la communication au sein des services en charge de l'Information Sanitaire à différents niveaux (DSIS, DSR, DS) concourent également à la faiblesse de la coordination et leadership.
3. **Une faible qualité et fiabilité des données du SIS.** Il existe des écarts importants entre les données du SIS et celles des enquêtes. Cette situation est entre autres due à une insuffisance quantitative et qualitative du personnel en charge du SIS au niveau périphérique, à la non maîtrise de l'outil informatique par le personnel en charge du SIS, à la vétusté des équipements informatiques, à la surcharge de travail (multiplicité des systèmes parallèles avec redondance des outils de collecte), à l'insuffisance de motivation du personnel, à la rupture fréquente des outils de collecte sur le terrain, à l'insuffisance des moyens de communication, la faible qualité de la supervision du personnel à tous les niveaux, etc.
4. **Une absence de recherche opérationnelle et d'institutionnalisation de certaines enquêtes nationales.** L'absence de la recherche opérationnelle dans le domaine de la santé pour compléter les données de routine et la non institutionnalisation de certaines enquêtes telles que : l'enquête SARA et les Comptes Nationaux de Santé (CNS), faute de ressources nécessaires accentuent la faiblesse du Système National d'Information Sanitaire.
5. **Une absence de carte sanitaire nationale.** Le MSP ne dispose pas d'une carte sanitaire nationale comme outil de gestion prospective du secteur. Cette situation expose à une implantation anarchique des infrastructures sanitaires. Certains CS sont implantés à moins de 10 Km l'un de l'autre et il n'est

¹⁴ Ces données n'incluent pas les infrastructures qui sont en cours de construction.

pas rare d'assister à des conflits inter ou intracommunautaires du fait de l'implantation anarchique des CS.

6. **L'insuffisance du logiciel GESIS.** Le logiciel GESIS actuellement en utilisation est très complexe et difficile à maîtriser. Cela retarde entre autres la décentralisation de la saisie des RMA dans les DS et influe sur la qualité des données, d'où la nécessité de développer le logiciel DHIS2 recommandé par l'OMS.

III.2.6. PROBLEMES LIES AUX MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS DE SANTE

1. **Insuffisances du cadre juridique et institutionnel au contexte actuel du secteur pharmaceutique.** Suite aux différents accords signés par le pays dans le domaine du médicament pour se conformer aux engagements internationaux, il était indispensable de mettre en place des textes qui répondent à ces engagements. Malheureusement, on constate que les textes des lois et des règlements ne sont toujours pas adoptés ou publiés. Dans le cas où ils sont publiés leur application reste un problème.
2. **Insuffisance du budget national alloué pour l'achat et la distribution des médicaments essentiels.** Le budget alloué annuellement à la CPA par le gouvernement (Fonds médicaments) pour l'approvisionnement en médicaments a fortement baissé ces dernières années. Il est passé de 1 800 000 000 FCFA à 500 000 000 FCFA entre 2014 et 2015, soit une baisse de 72%.
3. **Non performance de la Chaîne d'approvisionnement dans le secteur public ainsi que dans le secteur privé reste.** Cela se traduit par l'insuffisance d'espace de stockage au niveau central, régional et périphérique. Le Système d'Information et de Gestion Logistique n'est pas performant. On note une insuffisance des moyens de transport pour la distribution régulière des médicaments depuis le niveau central jusqu'aux centre de santé et un non-respect du circuit officiel d'approvisionnement. Le secteur privé joue un rôle important dans le système de santé mais son organisation et son financement n'est pas suffisant. Il n'existe pas un plan d'accompagnement du secteur privé.
4. **La prolifération du marché illicite et des faux médicaments.** Les médicaments illicites notamment les Sous Standard, le Faux, les Faussement Etiquetés, les Contrefaits... (SSFFC) inondent les marchés et sont sources des problèmes de santé voire des décès liés à leur utilisation. Toutes les actions entreprises avec les autres services de l'administration (douane, intérieur, finance etc.) n'ont donné aucun résultat satisfaisant pour éradiquer ce phénomène. Il faut noter la cherté de la vie, la qualité de l'accueil et de la prise en charge dans les services, L'interférence des certaines personnalités entrave la mise en œuvre des initiatives de lutte contre le marché illicite des médicaments. Les campagnes de sensibilisation sur les méfaits de ces médicaments de la rue restent très insuffisantes.
5. **Usage peu rationnel des produits de santé.** Les actions de sensibilisation, d'information de la population d'une part et la formation du personnel de santé d'autre part sur l'usage rationnel des produits de santé ont montré leurs limites. On constate aujourd'hui des incohérences de prescription et de consommation des médicaments sans le respect des directives, d'où des cas avérés des problèmes de santé dus aux consommations abusives et irrationnelles des médicaments. On note également une résistance à certaines molécules, notamment aux antibiotiques et antipaludiques.
6. **La faiblesse du système d'assurance qualité des produits de santé.** Le système d'Assurance Qualité connaît une défaillance dans sa mise en œuvre selon les textes en vigueur. De l'homologation, en passant par le Contrôle qualité pré et post Autorisation de Mise sur le Marché, à la Pharmacovigilance, le problème reste entier. Le Comité d'Expert est inexistant et la Commission Nationale du Médicament est non fonctionnelle. L'irrégularité dans l'organisation des réunions des

sous commissions d'Autorisation de Mise sur le Marché, le manque de compétence dans l'analyse des dossiers au format CTD (Common Technical Dossier), l'absence d'équipement en matière de Contrôle Qualité et la faiblesse du système de pharmacovigilance indiquent clairement la faiblesse du Système d'Assurance Qualité des produits de santé. Le manque d'un Laboratoire National de Santé Publique a un impact très négatif sur le système de santé au Tchad.

7. **La faible sécurité transfusionnelle demeure encore et toujours un problème majeur de santé publique.** Le sang et ses dérivés ont une importance dans la prise en charge des affections médicales, chirurgicales, mais surtout obstétricales et pédiatriques n'est plus à démontrer. Ces produits souvent indisponibles, et quand bien même ils le seraient, ne sont pas toujours systématiquement dépistés pour les hépatites B, C et la Syphilis, constituant ainsi de risques pour les receveurs.

III.2.7. PROBLEMES LIES AUX PRESTATIONS SANITAIRES

1. **L'offre des services de santé est peu disponible :** Au niveau périphérique les activités de santé de reproduction (SONUB, SONUC) et la PTME ne sont pas réalisées par toutes les formations sanitaires fonctionnelles. Les capacités opérationnelles des services sont limitées au point que les services inclus dans la gratuité des soins ne sont pas complètement mis en œuvre ainsi que la prise en charge des maladies non transmissibles. A cela s'ajoute l'insuffisance des activités de santé à base communautaire et la réadaptation fonctionnelle qui contribue à la récupération des séquelles des maladies et accidents de la voie publique... Dans la plupart des régions, les hôpitaux de district font office d'hôpitaux régionaux alors qu'ils ne répondent pas aux normes requises, car il se pose un sérieux problème d'infrastructures, équipements et ressources humaines. Au niveau national les services spécialisés tels que l'oncologie, l'IRM, le centre des brûlés, etc... sont quasi inexistantes. Plusieurs documents de politiques et stratégies sont indisponibles pour garantir des services de qualité à certaines cibles, et la sécurité des patients. Le système de santé actuel ne permet pas de répondre aux urgences et catastrophes de manière prompt et efficace par manque des stratégies globales relatives à ce domaine.

Il en est de même de la promotion de la santé pour laquelle il n'existe pas de stratégie nationale.

2. **La qualité des services des soins en général et du couple mère/enfant en particulier, est faible.** D'une manière générale, l'insuffisance de la capacité opérationnelle des services est liée à la faible disponibilité des médicaments essentiels, du personnel de santé qualifié et au manque d'application de l'approche des soins centrés sur la personne notamment pour le dépistage et la prise en charge des maladies prioritaires et pour les activités de santé de la reproduction. Tous ces problèmes sont les causes de la sous-utilisation des services des soins curatifs et préventifs.
3. **L'accessibilité aux services de santé et leur utilisation sont faibles.** De 2010 à 2015 l'utilisation des services de santé n'a pas beaucoup évolué, elle a oscillé entre seulement 0,2 et 0,27NC/habitant/an. L'accessibilité est d'ordre géographique, financier et socioculturel. Les populations des zones d'accès difficile et les populations spécifiques (insulaires et nomades), ne bénéficient pas des soins appropriés du fait de leur position géographique et de leur mode de vie. Les critères de découpage adoptés n'ayant pas permis de leur assurer une couverture sanitaire adéquate, un programme de santé pour ces populations a été mis en place mais il reste encore faible. Aussi, les coûts des soins au niveau des hôpitaux restent encore élevés et le système de paiement direct limite l'accès aux soins à une grande partie de la population sans compter les difficultés liées à la référence des malades.

IV. RAPPEL DE LA STRATEGIE NATIONALE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

La Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle (SNCSU) du Tchad a été adoptée par le Gouvernement en 2015. Elle met un accent particulier sur les questions liées à la prévention, la protection financière, l'équité dans l'accès aux services de santé, la qualité des services, le développement des ressources humaines pour la santé, le renforcement du système de santé et la durabilité. Elle comporte six (6) axes stratégiques, à savoir :

1^{er} axe : Développer les mécanismes contre les risques financiers. L'accès de la population aux soins demeure insuffisant malgré les efforts faits par l'Etat (par exemple en construisant des hôpitaux et centres de santé, en mettant en place des mécanismes de gratuité, etc.). Les raisons financières y sont pour beaucoup : soit la population paie directement les services de santé qu'elle demande, soit elle renonce à se soigner parce qu'elle ne peut pas faire face à la dépense. Dans ce dernier cas, elle est exclue de l'utilisation des services de santé. Pour réduire ces risques, la SNCSU a prévu de développer des mécanismes protégeant la population contre les risques financiers en limitant le paiement direct au point de consommation. Cela se fera à travers des mécanismes assuranciers (mutuelles de santé, assurance maladie obligatoire, harmonisation des deux mécanismes, etc.) et des mécanismes assistanciers (à court terme il sera procédé au ciblage des populations pauvres pour bénéficier de l'assistance, et à long terme, il sera privilégié l'affiliation des populations pauvres et vulnérable aux mécanismes assuranciers).

2^{ème} axe : Utiliser les ressources plus efficacement et équitablement. La mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle (CSU) demande des financements nouveaux et complémentaires. Mais, on peut aussi améliorer l'efficacité des dépenses actuelles de santé, ce qui libérera ainsi des ressources qui peuvent être utilisées pour couvrir davantage des personnes ou des services. Il sera mis en chantier des études pour identifier ces inefficacités et proposer des solutions d'amélioration des ressources au bénéfice de la santé de la population (amélioration de la proximité des structures de santé avec les communautés, renforcement des structures de soins en personnels qualifiés, accessibilité aux médicaments de qualité à tous, etc.).

3^{ème} axe : Favoriser le partenariat public privé. L'offre de services de santé doit être la meilleure possible et satisfaire les besoins de la population. Une des voies pour qu'elle soit mieux protégée consiste à ce que tous les acteurs de la santé, publics comme privés, y contribuent au mieux dans le respect de la PNS et de la Politique nationale de contractualisation. Il sera donc procédé à la diversification des prestataires de services de santé tout en renforçant la collaboration entre eux. En facilitant au côté du secteur public, le développement de différentes catégories de prestataires de soins privés, on donne davantage de choix à la population pour se soigner.

4^{ème} axe : Prévenir des risques ayant une incidence sur la santé. Dans la vie quotidienne, la population est exposée à un certain nombre de risques dont plusieurs ont un lien avec la santé (par exemples : risques d'accidents de la route, exposition à différentes formes de contaminations alimentaires, environnementales, à des catastrophes naturelles, risques d'agression, etc.). Face à ces risques, elle ne se

sent pas toujours protégée. Il est alors du devoir de l'Etat de la protéger contre ces risques qui ont des incidences sur sa santé. La SNCSU envisage les actions que l'Etat peut prendre pour prévenir ces risques. Tous les Ministères sont potentiellement concernés. Les actions pourront recourir à des moyens divers : campagnes d'information et de sensibilisation, élaboration des normes et réglementations, mise en place des taxations spécifiques sur certains biens dont on connaît les effets néfastes sur la santé de la population, etc.

5^{ème} axe : Prendre davantage en compte les souhaits de la population. Très souvent ce sont les institutions ou acteurs qui pensent à la place des individus à propos de contre quoi et comment les protéger, mais rarement ils demandent leur avis afin de le prendre en compte.

Le principe de base de cet axe est d'impliquer la population à toutes les étapes du processus de la CSU en lui fournissant les informations requises et en lui offrant les moyens de faire connaître ses besoins. Les actions à développer consisteront à consulter la société civile sur les besoins en protection sociale, en santé et développer un dialogue régulier autour de ses souhaits et/ou de ses propositions, saisir directement les besoins des populations au moyen d'enquêtes et/ou des sondages d'opinion auprès des ménages, développer l'information de la population sur la CSU en se basant sur les agents communautaires, utiliser des indicateurs de résultats qui puissent être communiqués largement et régulièrement, etc.

6^{ème} axe : Mobiliser les ressources financières pour la CSU. La CSU a besoin de suffisamment de ressources pour son financement. En effet, le développement de la CSU repose sur la disponibilité des services de santé de qualité qui nécessite par elle-même des ressources financières suffisantes et ce, d'autant que la demande par effet mécanique va s'accroître. Il sera aussi nécessaire de soutenir les mécanismes de protection contre les risques financiers (mécanismes de gratuité, système d'affiliation des couches défavorisées de la population, etc.). Pour cela, les financements publics, qu'ils soient internes ou externes, devront donc augmenter mais surtout se diversifier.

En plus des axes stratégiques de la stratégie nationale de CSU, il est prévu un dispositif institutionnel de mise en œuvre articulé avec celui de la stratégie nationale de Protection sociale (Comité de pilotage et comité technique). Une cellule opérationnelle d'appui, à caractère intersectoriel, se charge du suivi rapproché de la mise en œuvre de la CSU.

En conclusion, la mise en œuvre de la SNCSU devrait permettre de rendre les services de santé de qualité accessibles géographiquement et financièrement à tous les niveaux du système de santé, sans que personne n'ait à faire face à des dépenses catastrophiques à cause du coût des services de santé.

V. RAPPEL DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE

V.1. VISION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE

La Politique Nationale de Santé s'inscrit dans la vision globale du Tchad à l'Horizon 2030, et est en rapport avec les Objectifs du Développement Durable. La vision de la Politique Nationale de Santé est que d'ici 2030, le système de santé du Tchad soit un système intégré, performant et résilient, centré sur la personne. Il sera axé en particulier sur les groupes vulnérables, pour permettre à tous un accès équitable aux soins globaux de qualité, dans le cadre de la CSU mise en œuvre par le Gouvernement avec l'appui des partenaires et l'adhésion des populations. Cette vision consacre l'adhésion du Gouvernement au processus de réforme du secteur de la santé et son engagement en faveur de la mobilisation des ressources au bénéfice de ce secteur.

V.2.FONDEMENT, VALEURS ET PRINCIPES

La vision du développement sanitaire du Tchad à l'horizon 2030 est soutenue par des valeurs et des principes directeurs.

1. Valeurs

Les valeurs qui sous-tendent la politique nationale de santé sont les droits de l'homme en particulier les droits humains dont le droit à la santé, la solidarité nationale entre citoyens, l'équité dans l'accès aux soins, l'éthique dans les pratiques professionnelles, la prise en compte de l'approche genre, l'intégration et la continuité des activités de soins, la décentralisation du système, la justice sociale et la transparence (redevabilité).

2. Principes directeurs

Les principes directeurs de la PNS sont :

- ✓ **Le leadership** : le MSP doit s'affirmer à tous les niveaux du système et dans toutes les actions à mener dans le secteur de la santé.
- ✓ **La gouvernance** : la redevabilité et la transparence doivent apparaître dans la mise en œuvre des activités quotidiennes à tous les niveaux du système de santé.
- ✓ **La décentralisation et déconcentration** : la décentralisation et la déconcentration se feront de manière progressive en fonction des ressources disponibles et en s'adaptant à la politique de décentralisation du Gouvernement. Les acquis dans le domaine de la santé seront préservés et voire renforcés.
- ✓ **L'intégration et continuité des activités de soins** : l'intégration et la continuité des soins seront renforcées à tous les niveaux du système.
- ✓ **Le respect des engagements internationaux** : il s'agira de faire l'état des lieux des principaux engagements en matière de santé afin de les traduire dans les faits.
- ✓ **La mise en place de la CSU** : elle se fera de manière progressive. La finalité est de supprimer les barrières financières et d'autres barrières qui entravent l'accès aux services à tous et en particulier aux personnes pauvres et vulnérables. Parallèlement, la disponibilité et la qualité de l'offre des services seront renforcées.
- ✓ **Les Soins de Santé Primaires** : le système de santé sera organisé selon les principes des soins de santé primaires (SSP) tels que proclamés par la Déclaration d'Alma- Ata (1978), l'initiative de Bamako (1987) et la Déclaration de Ouagadougou sur les SSP en Afrique (1988).

V.3.ORIENTATIONS GLOBALES DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Les aspirations nationales sont principalement en rapport avec la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux problèmes prioritaires de santé de la population en général et plus particulièrement ceux de la santé de la mère et de l'enfant, le renforcement des interventions contre les principales maladies en poursuivant la mise en place des programmes, l'amélioration de l'accès et de la disponibilité des services de santé de qualité.

Un accent doit être mis sur l'élimination de l'épidémie du VIH, la réduction de la tuberculose, la maîtrise du paludisme et des autres maladies prioritaires (maladies épidémiques, maladies à élimination et éradication, maladies émergentes, maladies non transmissibles, la malnutrition) dont la tendance actuelle doit commencer à s'inverser.

Le MSP doit également développer et mettre en œuvre les stratégies nationales pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans toutes ses composantes à savoir : Soins Obstétricaux et Néonataux

d'Urgence de Base et Complets (SONUB/SONUC), les mutilations génitales féminines (MGF) et le Planning familial (PF) sont des volets à améliorer. Il en est de même pour la santé environnementale.

Le MSP doit assurer la continuité des soins et renforcer l'intégration des soins. Le PMA et le PCA sont souvent incomplets et non adaptés au contexte actuel et doivent être revues et réadaptés. Il doit également assurer une meilleure disponibilité et une utilisation rationnelle des médicaments, vaccins et réactifs sûrs, efficaces, de bonne qualité et à un coût abordable pour les populations, ainsi que la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité à tous les niveaux du système et leur fidélisation sur le terrain. Le circuit des médicaments et autres intrants doit également être renforcé et sécurisé.

L'organisation des services et la coordination de la gestion du système national de santé y compris les secteurs privés lucratif et traditionnel, doivent être renforcées. Une attention particulière doit être accordée à la prévention et au contrôle des maladies à potentiel épidémique.

La gouvernance dans la gestion du système doit être renforcée à tous les niveaux du système et un accent doit également être mis sur l'obligation de rendre compte. Il reste un long chemin à faire pour la concrétisation de ces aspirations car la couverture sanitaire du territoire national n'est pas encore complète. Pour cela, la mise en œuvre progressive de la stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle doit permettre d'améliorer l'accessibilité de tous aux services de qualité.

VI. OBJECTIFS, AXES D'INTERVENTION ET ACTIONS PRIORITAIRES

VI.1. OBJECTIFS GENERAL ET SPECIFIQUES

L'objectif général et les objectifs spécifiques poursuivis dans le cadre du présent PNDS sont repris ci-dessous :

Tableau 17: Objectifs du PNDS3

Objectif général : Assurer à la population l'accès universel aux soins de santé de qualité, globaux, intégrés, continus et centrés sur la personne afin de contribuer efficacement au développement socio-économique du pays.	
Objectif spécifique 1 : Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle	
Cible	D'ici 2021, réduire le taux de mortalité maternelle de 860 pour 100.000 naissances vivantes à 751 pour 100.000 naissances vivantes
	D'ici 2021, les taux de couverture de la CPN1 et CPN4 passent respectivement de 64% et 31% à 75% et 50%
	D'ici 2021, le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié augmente de 34% à 65%
	D'ici à 2021, le nombre minimum de SONU pour 500.000 habitants sera de cinq dont un SONUC
	D'ici à 2021 le taux de prévalence contraceptive augmente de 5 à 15%
Objectif spécifique 2 : contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité infanto-juvénile	
Cibles	D'ici 2021, réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 133 à 74 décès pour 1000 naissances vivantes
	D'ici 2021, réduire le taux de mortalité infantile de 72 à 37 décès pour 1000 naissances vivantes

	D'ici 2021, réduire le taux de mortalité néonatale de 34 à 20 décès pour 1000 naissances vivantes
	D'ici 2021, accroître la couverture vaccinale des enfants complètement vaccinés de 25 à 50%
	D'ici 2021, augmenter la couverture vaccinale au Pentavalent de 33à 90% chez les enfants de 0 à11 mois
	D'ici 2021, augmenter la couverture vaccinale du VAR de 70% à 80% chez les enfants de 0 à 11 mois
	D'ici 2021, augmenter la couverture en chaine du froid de 67% à 95%
	Le % d'enfants qui dorment sous MII est passé de 30% à 60%
	D'ici 2021, réduire le taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5ans de 26% à 30%
	D'ici 2021, réduire le taux de malnutrition aigüe chez les enfants de moins 5 ans de 13% à 8%
Objectif spécifique 3 : Contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles	
Cibles	D'ici 2021, réduire la prévalence de VIH/SIDA de 1,6% à 1,2% et éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
	D'ici 2021, réduire de 20% la prévalence de la tuberculose qui est de 221 pour 100.000 habitants
	D'ici 2021, le taux de succès thérapeutique de la TB est passé de 74% à 85%
	D'ici 2021, réduire d'au moins 40 % le taux de morbidité et de mortalités liées au paludisme
	D'ici 2021, éliminer les principales maladies tropicales négligées, les hépatites virales et les maladies transmissibles par l'eau et autres maladies transmissibles ;
Objectif spécifique 4 : Contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles	
Cibles	D'ici 2021, réduire la prévalence des facteurs de risque du diabète de 20% dans la population adulte
	D'ici 2021, réduire la prévalence des facteurs de risque de l'hypertension artérielle de 20% dans la population adulte
	D'ici 2021, réduire la prévalence des maladies respiratoires chroniques dans la population générale
	D'ici 2021, renforcer la lutte contre les substances psychoactives notamment les stupéfiants, l'alcool et le tabac ;
	D'ici 2021, renforcer la santé mentale
	D'ici 2021, réduire significativement le nombre des décès et des blessures dus à des accidents de la voie publique
Objectif spécifique 5 : Contribuer à l'atteinte de la Couverture sanitaire universelle (accès équitable aux services de santé curatifs, préventifs, promotionnels et de réadaptation ainsi que la protection contre le risque financier lié au paiement des soins)	
Cibles	D'ici 2021, accroître à 40% et de façon équitable l'accès de la population tchadienne aux services de santé curatifs, préventifs, promotionnels et de réadaptation de qualité
	D'ici 2021, réduire de 20% l'incidence des dépenses catastrophiques et appauvrissant de santé

VII. CHAÎNE DES RÉSULTATS

Tableau 18 : Chaine des résultats

INTRANTS ET PROCESSUS	EXTRANTS	EFFETS
<ol style="list-style-type: none"> 1. La gouvernance est améliorée et le leadership renforcé dans le secteur 2. Le budget de l'Etat consacré à la santé augmente de 10% chaque année à partir de son niveau de 2016 ; 3. La densité du personnel de santé augmente à 0.80 pour 1000 habitants 4. 6 HME, 6 HR, 21 HD, 153 CS, 10 bureaux et logement des DSR, 5 PRA, 1 CPA, 3 dépôts sub-nationaux pour les vaccins, et 1 centre national de traitement des cancers sont construits et équipés; et toutes les autres infrastructures en cours de construction sont achevées et équipées ; 5. Le SIS est performant et contribue à la prise des décisions 6. Le système d'approvisionnement, de distribution et de stockage des médicaments devient performant, la vente illicite des médicaments est contrôlée et la tendance est à la baisse 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La disponibilité et la capacité opérationnelle des soins prénataux augmentent de 61% à 100%. 2. La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de PF sont passées respectivement de 57% à 100% qui offrent au moins 3 méthodes et 43% à 80% pour ceux qui offrent cinq méthodes de contraception 3. La disponibilité des SONUB et des SONUC est passée respectivement de 57% et 60% à 100%. La capacité opérationnelle augmente à 100% 4. La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de vaccination sont passées respectivement de 87% et 48% à 100%. 5. La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de lutte contre les maladies transmissibles augment à 100% 6. La disponibilité des services de lutte contre les MNT passe de 32% à 75% et leur capacité opérationnelle augmente à 70% 7. L'utilisation des services curatifs passe de 0.2 à 0.5 consultations par habitants et par an 8. La sécurité des patients est assurée dans l'ensemble des formations sanitaires du pays 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La couverture vaccinale des enfants complètement vaccinés augmente de 25% à 50% 2. La couverture vaccinale au Pentavalent augmente de 33% à 90% chez les enfants de 0 à 11 mois ; 3. La couverture vaccinale du VAR augmente de 70% à 80% chez les enfants de 0 à 11 mois ; 4. La couverture en chaîne du froid augmente de 67% à 95% 5. Le taux de prévalence contraceptive augmente de 5 à 10% ; 6. Le % d'enfants qui dorment sous MII est passée de 30% à 60% ; 7. Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié augmente de 34% à 65% ; 8. Le taux de couverture de la CPN1 et CPN4 passent respectivement de 64% et 31% à 75% et 50% 9. La proportion des malades VHI sous ARV augmente de 40% ; 10. La prévalence des facteurs de risque des MNT est réduite de 20% à partir de leur niveau de 2016 ; 11. Le taux de succès thérapeutique de la TB est passé de 74% à 85% ; 12. Le taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5ans de 39,9% à 30%

VII.1. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Conformément à la PNS, les orientations stratégiques du présent PNDS découlent de différents problèmes identifiés dans les différents piliers du système de santé tchadien. Il s'agit des orientations stratégiques relatives à la gouvernance & leadership, au SIS, aux Ressources Humaines pour la Santé, aux Infrastructures et Equipements, aux Médicaments et autres produits de santé, au financement de la santé et enfin aux Prestations des Services de Santé.

VII.1.1. ORIENTATIONS STRATEGIQUES RELATIVES A LA GOUVERNANCE & LEADERSHIP

Deux orientations stratégiques transversales sont retenues. Il s'agit de : (i) Renforcement de la gouvernance dans les services de santé à tous les niveaux du système et, (ii) la redynamisation de la multisectorialité dans la mise en œuvre des activités sanitaires à tous les niveaux du système.

Orientation stratégique 1 : Renforcement de la gouvernance dans les services de santé à tous les niveaux du système de santé.

Résultat attendu 1.1: Les textes juridiques sont adoptés et appliqués pour accélérer l'aboutissement des réformes sectorielles

Action 1.1.1 : Créer un service au sein du MSP chargé d'élaborer les textes juridiques et de suivre leur adoption et application.

Le nouveau service à créer aura pour mission d'élaborer les textes législatifs et réglementaires de manière générale avec l'implication des acteurs concernés (directions techniques/MSP, PTF, Ministères connexes, société civile et secteur privé), en commençant par les décrets d'application des lois déjà existantes (réforme hospitalière, réforme des écoles de santé, réforme du secteur pharmaceutique, secteur privé, couverture sanitaire universelle, santé communautaire, etc.). Une fois les textes adoptés, ce service se chargera de les vulgariser aux différents niveaux de la pyramide. Il veillera également à leur mise en application en concertation avec les services concernés et à leur conservation.

Action 1.1.2 : Renforcer les capacités de documentation et de communication sur le secteur de la santé :

Le MSP procédera à la centralisation et à la diffusion des documents nationaux de référence portant sur les lois, les politiques, les stratégies et les plans du secteur de la santé (PNS, PRDS, PNDS, SNCSU, stratégie de santé communautaire, Pactes, plans stratégiques des projets et programmes de santé, etc.). La vulgarisation de ces documents stratégiques se fera à l'endroit de tous les acteurs de santé intéressés durant toute la période de mise en œuvre du PNDS.

Résultat attendu 1.2 : La culture de la transparence et de la redevabilité dans la conduite des interventions sanitaires sont ancrées dans les services aux différents niveaux du système.

Action 1.2.1 : Renforcer le leadership du MSP à tous les niveaux du système de santé :

Le MSP doit jouer un rôle directeur et assumer effectivement le pilotage du secteur en se basant sur une stratégie sectorielle élaborée en consultation avec l'ensemble des acteurs. Le leadership du MSP doit être affirmé de manière permanente et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

(central, régional et district). A ce titre, le MSP doit amener les partenaires à s'inscrire dans les priorités définies par le Gouvernement et à harmoniser leurs apports et leurs dispositifs d'appui et de suivi sur cette stratégie. Il assure également les activités de supervision, de suivi/évaluation intégrés et conjoints à tous les niveaux du système de santé sur la base d'une programmation rigoureuse et à l'allocation rationnelle des ressources aux services sur la base de leurs besoins réels.

Action 1.2.2 : Redynamiser les instances de coordination et de dialogue politique à tous les niveaux du système de santé et les rendre fonctionnels et efficaces :

Le MSP compte une multitude d'instances de coordination et de concertation à savoir le Conseil National de Santé, la réunion de concertation MSP/ Partenaires, le Comité directeur/la Revue annuelle, les comités de pilotage, les comités du suivi du PNDS et du Pacte, le comité de suivi du dialogue politique, le CCIA, les comités directeurs des DSR et des DS, etc. Ces plates-formes fonctionnent tant bien que mal pour des raisons évoquées plus haut. Il est prévu dans la première année de mise en œuvre du PNDS de les redynamiser en fusionnant certains mécanismes de coordination et en redéfinissant clairement leur rôle ainsi que la périodicité de la tenue des sessions afin de les rendre plus efficaces. Pour réaffirmer le leadership du MSP, la présidence de ces rencontres nécessite d'être rehaussée au moins au niveau des Directeurs Généraux.

Action 1.2.3 : Créer un service dédié au suivi/évaluation

Les activités de supervision, de suivi/évaluation se feront sur la base d'une programmation rigoureuse au début de chaque année en impliquant les PTF et les autres acteurs concernés. Elles feront l'objet de validation par les parties impliquées et pourront être financées par plusieurs sources dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS. Elles s'effectueront à tous les niveaux du système de manière intégrée et conjointe. Le nouveau service à créer sera étroitement impliqué dans le processus du début à la fin. Il veillera à ce que le feedback des conclusions soit fait aux services concernés afin de corriger les dysfonctionnements constatés et au suivi de la mise en œuvre des recommandations sur la base d'un tableau de bord.

Action 1.2.4 : Mettre en place un mécanisme pour le contrôle systématique la gestion des services de santé à tous les niveaux et sensibiliser les responsables sur la bonne gouvernance

Le MSP, à travers l'Inspection Générale, doit renforcer le contrôle de la gestion des ressources aussi bien dans les services centraux que régionaux de manière permanente. Ce contrôle portera sur les ressources de l'Etat et des partenaires mis à la disposition des services de santé. Il convient de souligner que l'inspection générale sera focalisée sur la notion de gestion et de redevabilité, par contre l'inspection technique pharmaceutique relèvera de la Direction Générale ayant la charge de la pharmacie et des laboratoires. L'inspection générale devra pouvoir améliorer les pratiques de gouvernance du système de santé au niveau central, régional, district et hospitalier, par l'application de méthodes et d'outils appropriés (élaboration d'un cahier des charges, des manuels de procédure d'utilisation des ressources mises à la disposition des services, etc.) dans le cadre d'un programme de renforcement des capacités des acteurs nationaux. Mais en amont, les capacités techniques et matérielles de l'Inspection générale seront renforcées. L'on devra arriver progressivement à développer dans les services la culture de redevabilité.

Orientation stratégique 2 : Redynamisation de la multisectorialité dans la mise en œuvre des activités sanitaires à tous les niveaux du système de santé

Résultat attendu 2.1 : Le rôle de transversalité de la santé est reconnu par tous les acteurs dans le développement socioéconomique

Action 2.1.1 : Mettre en place et/ou redynamiser des mécanismes opérationnels de concertation entre les acteurs de santé dans le suivi des activités sanitaires (PTF, Ministères y compris le MSP, société civile, secteur privé, etc.)

La santé étant un domaine transversal qui contribue au développement socioéconomique d'un pays, la promotion, la prévention et le rétablissement de la santé doivent être pris en compte dans toutes les politiques sectorielles. Mais malheureusement la place accordée actuellement au Ministère de la Santé Publique ne lui permet pas d'exprimer toutes les préoccupations en prenant en compte les déterminants de la santé dans la définition des politiques et stratégies. Bien que placé parmi les secteurs prioritaires dans le document du Plan National de Développement du Tchad, il est aujourd'hui indispensable que les autres Ministères sectoriels, les partenaires au développement et la société civile associent le secteur de la santé, dans toute définition des politiques et stratégies sectorielles afin que la transversalité de la santé soit prise en compte et que les problèmes de santé soient abordés de manière globale et non segmentée. A cet effet, des actions de plaidoyer à tous les niveaux doivent se réaliser de manière continue avec les différents acteurs concernés.

Action 2.1.2 : Mettre en place un cadre de dialogue et de concertation avec le secteur privé

Le secteur privé que ce soit lucratif (cliniques, cabinets, officines dépôts, etc.) ou non lucratif (formations sanitaires confessionnelles, ONG...) joue un rôle très appréciable dans la couverture sanitaire en ce qu'il permet au pays de disposer d'une diversité des offres de soins. Ainsi, le MSP devra l'impliquer davantage dans la définition, la mise en œuvre et le suivi des politiques et stratégies en matière de santé en exploitant le contenu de la politique de contractualisation pour combler les insuffisances (exemple : la vente des médicaments génériques par les officines, le suivi de l'exercice en clientèle privée, etc.). Pour cela, dans le premier trimestre de la première année de mise en œuvre du PNDS3, le MSP devra corriger cette insuffisance en créant un cadre de dialogue et de concertation avec le secteur privé et le rendre fonctionnel.

Action 2.1.3 : Renforcer la mise en œuvre de la politique contractuelle

La redynamisation de la politique de la contractualisation passe par une large vulgarisation du document de politique contractuelle afin qu'elle soit bien connue et comprise comme outils de collaboration pour le secteur de la santé. Le MSP devra aussi, avec l'appui d'une assistance technique, élaborer les guides et les outils de mise en œuvre, et procéder à la formation d'abord des cadres du ministère même, puis tous les potentiels acteurs de la contractualisation. Le mécanisme de suivi/évaluation de la mise en œuvre de la Politique de contractualisation doit être revu afin de donner plus de dynamisme et de moyens nécessaires pour qu'une complémentarité entre le secteur public et le secteur privé. Le Tchad a besoin de l'apport d'autres partenaires comme les associations, le secteur privé lucratif ou non pour le développement du secteur de la santé.

Résultat attendu 2.2 : Le partenariat sud-sud est effectif pour le renforcement technique du secteur de la santé

Action 2.2.1 : Redynamiser la coopération Sud/Sud afin de faire bénéficier le MSP de l'expertise avérée des pays partenaires :

La coopération sud-sud est retenue par le Gouvernement comme une des stratégies lui permettant de disposer des moyens pour la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales en matière de santé. A ce titre, elle devra être renforcée avec les pays de la région africaine, les pays asiatiques, du Golfe et de l'Amérique latine. Durant la période du PNDS, le MSP devra mener une prospection en vue de la signature des accords de coopération dans des domaines variés (formation, fourniture des équipements et médicaments, mobilisation des spécialistes pour renforcer les capacités opérationnelles des hôpitaux, évacuations sanitaires des malades tchadiens, etc.). Toutes ces actions se feront en impliquant étroitement le Ministère en charge des Affaires Etrangères et de la Coopération Internationale.

VII.1.2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES RELATIVES AU FINANCEMENT DE LA SANTE

Orientation stratégique 3 : Accroissement des ressources financières en faveur du secteur de la santé

Résultat attendu 3.1- le budget du MSP a augmenté de 10% chaque année à partir du budget de 2016

Action 3.1.1 : Redynamiser le dialogue politique pour mobiliser davantage des ressources domestiques en faveur du secteur de la santé.

L'objectif de ce dialogue sera d'atténuer la baisse des ressources publiques destinées au secteur de la santé pendant la période de crise économique et financière que traverse le pays et, inverser la tendance à partir de 2018. Ce dialogue politique peut prendre plusieurs formes : il peut s'agir d'un dialogue direct entre le MSP et le Ministère en charge des finances, d'un plaidoyer auprès de l'Assemblée Nationale, etc. La réunion du 24 peut également être utilisée comme une opportunité pour porter les besoins des ressources à allouer au secteur de la santé au sommet de l'Etat.

Action 3.1.2 : Mobiliser davantage des ressources extérieures en faveur du secteur de la santé à travers la coopération bi et multilatérale.

L'aide au développement a été réduite au Tchad depuis l'ascension du pays au rang des pays producteurs et exportateurs du pétrole en 2003. S'il est vrai que les pays devront davantage compter sur les ressources domestiques pour espérer réaliser des progrès vers les ODD, il n'en demeure pas moins que la situation actuelle nécessite une mobilisation accrue des ressources extérieures pour faire face à la situation de crise que le pays traverse. Une table ronde de mobilisation des ressources sera organisée à l'intention des partenaires tant intérieurs qu'extérieurs, des projets seront élaborés et soumis dans le cadre de la coopération bi et multilatérale. Les initiatives mondiales pour la santé (FM, GAVI-Alliance, Bill & Melinda Gate Fondation, PEPFAR, etc.) seront également mises à profit.

Action 3.1.3 : Mettre en place des financements innovants en faveur du secteur de la santé.

Pour faire face aux besoins en ressources du secteur de la santé qui deviennent de plus en plus importants du fait de l'adoption des ODD et de la CSU, le Gouvernement tchadien a besoin de

nouvelles sources de financement pour la santé. Le financement innovant à travers l'instauration des taxes sur certains produits nocifs à la santé tels que l'alcool, le tabac, les boissons sucrées, etc. sera pratiqué. Des taxes sur la téléphonie mobile et les transactions financières seront également mises à profit pour le secteur de la santé. Les études en cours en vue de la détermination de l'espace fiscal potentiel disponible en faveur du secteur de la santé seront poursuivies.

Orientation stratégique 4. Promotion des mécanismes de protection de la population contre le risque financier lié au paiement des soins de santé.

Résultat attendu 4.1 : La part du paiement direct dans la dépense directe de santé, les dépenses catastrophiques ainsi que le taux d'appauvrissement liés au paiement des services de santé baissent progressivement au Tchad.

Action 4.1.1 : Mettre en place une assurance maladie destinée à protéger toute la population contre le risque financier lié au paiement des services de santé.

Il sera développé un mécanisme d'Assurance Maladie Universelle qui comprendra 3 régimes : (i) le Régime d'Assurance Santé Obligatoire pour le secteur formel, (ii) le Régime d'Assurance Santé Volontaire pour le secteur semi-formel et (iii) le Régime d'Assurance Santé pour la prise en charge des personnes pauvres et vulnérables. La mise en place de ces régimes d'assurances-maladies se fera dans le cadre de la Stratégie Nationale de Couverture Universelle en Santé. Les deux premiers seront contributifs. En ce qui concerne le régime d'Assurance Obligatoire, les cotisations seront payées par les affiliés ainsi que leurs employeurs sous forme de retenue à la source. Concernant le deuxième, les contributions des affiliés se feront à travers les mutuelles de santé (qui restent encore à développer) et autres associations éventuelles. Le troisième régime sera financé en grande partie par le gouvernement et les partenaires intéressés. Il pourra après évaluation, inclure si nécessaire, les gratuités actuellement pratiquées dans le pays et pourra bénéficier des financements innovants qui seront mobilisés. La situation économique actuelle ainsi que l'expérience de la mise en œuvre de la gratuité (pour laquelle les ressources disponibles dans le budget de l'Etat pour 2017 ne représentent que 15, 82% de leur niveau de 2013), impose une certaine prudence dans la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle. Celle-ci devra être progressive en fonction des ressources disponibles et pour éviter un effondrement du système de santé.

Action 4.1.2 : Etendre progressivement le système des mutuelles de santé dans toutes les régions du pays.

Les mutuelles de santé seront utilisées pour mettre en place le Régime d'Assurance Volontaires pour le secteur semi-formel. Cependant, elles sont encore à leur niveau embryonnaire dans le pays. Actuellement, quelques mutuelles de santé sont en cours d'expérimentation dans quatre régions du pays. La promotion de leur développement devient un levier essentiel à la mise en place de l'Assurance Maladie dans le pays. Les expériences positives seront passées à l'échelle pour couvrir l'ensemble du territoire national. Cette mise à l'échelle nécessitera un appui à la fois technique et financier de la part du gouvernement et de ses partenaires.

Action 4.1.3 : Evaluer et consolider les mécanismes d'assistance aux populations vulnérables et aux indigents actuellement pratiqués dans le pays.

Les mécanismes d'assistance en cours seront évalués et rationalisés en tenant compte de la capacité de mobilisation des ressources par le gouvernement. L'objectif visé ici est de tirer les

leçons de la mise en œuvre de programmes de gratuités, notamment en ce qui concerne les populations ciblées, les paquets des soins offerts, la capacité du gouvernement à payer compte tenu du contexte économique actuel ainsi que la capacité pour les services de santé à supporter la pression qui résultera d'un accroissement important de la demande. Les résultats de cette évaluation permettront de réajuster, de consolider les programmes en cours avant de lancer les différents régimes d'assurance-maladie énoncés plus haut. Les mécanismes d'assistance seront étendus aux indigents pour lesquels une caisse de solidarité nationale pourra être mise en place. Ceci passe par l'identification des indigents et de leur capacité contributive.

Action 4.1.4 : Mettre en place un mécanisme de mise en commun des ressources

A moyen ou long terme, un mécanisme de mise en commun des ressources sera institué afin de créer les conditions pour un meilleur partage des risques entre les différents régimes, mais aussi pour assurer l'équité dans l'accès aux soins entre les affiliés qui relèvent des différents régimes (assurance maladie obligatoire, mutuelles de santé et mécanismes d'assistance aux vulnérables et aux indigents). Des dispositions seront prises pour que les coûts administratifs du dispositif restent dans les limites acceptables.

Action 4.1.5 : Elaborer les baselines de la Couverture Sanitaire Universelle en Santé

Le lancement de la CSU va nécessiter que soit mis en place un dispositif institutionnel pour le suivi des progrès. Pour mieux suivre les résultats, on aura besoin d'avoir les données de base. Une étude sera menée pour établir les données de base de la CSU dans le pays. Celles-ci comprendront à la fois, les données relatives à la couverture des interventions et celles relatives à la protection contre le risque financier¹⁵

Orientation stratégique 5 : Amélioration de l'efficience dans l'utilisation des ressources du secteur de la santé.

Résultat attendu 5.1 : Les ressources financières allouées au secteur de la santé sont utilisées de manière efficace et efficiente.

Action 5.1.1 : Mettre en place le budget programme en vue de promouvoir la gestion axée sur les résultats.

Le budget-programme va permettre de mettre en place une planification qui établit les liens entre les ressources disponibles et les résultats d'une part, et d'autre part, il permet de promouvoir la redevabilité dans le secteur. En effet, les responsables des budgets-programmes seront comptables des résultats de leurs programmes respectifs, ce qui va contribuer à améliorer l'utilisation des ressources et de maximiser les résultats. Ce budget programme sera mis en place conformément à la nouvelle loi organique relative aux lois de finances et en fonction des programmes tels que définis dans le présent PNDS.

Action 5.1.2 : Mener des études d'efficience dans l'utilisation des ressources du secteur de la santé.

¹⁵http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112823/1/WHO_HIS_HIA_14.1_fre.pdf

L'amélioration de l'efficacité devient une option à explorer sérieusement dans le contexte de crise économique dans lequel se trouve le pays actuellement. Des études seront menées pour évaluer l'ampleur de l'inefficacité dans le secteur de la santé. Ces études identifieront des domaines dans lesquels une utilisation rationnelle des ressources pouvant contribuer à dégager des économies qui peuvent être utilisées à produire plus de résultats de santé. Ces études permettront également d'identifier des mesures à prendre pour assurer l'efficacité dans l'utilisation des ressources. Le plaidoyer sera mené pour une mobilisation effective à temps des ressources allouées par l'Etat pour créer les conditions de mise en œuvre des budgets-programmes axés sur les résultats.

Action 5.1.3 : Redynamiser les organes de gestion des Hôpitaux et des Centres de santé.

Les conseils d'administration (CA) ne fonctionnent pas normalement dans certains hôpitaux régionaux et sont parfois inexistantes dans d'autres, tout comme les comités de gestion au niveau des HD et des centres de santé. Durant la période du PNDS, le MSP mettra en place un conseil d'administration dans tous les hôpitaux régionaux, des comités de gestion (COGES) dans les HD et CS. Ils contribueront à une utilisation efficace et efficiente des ressources du secteur au niveau périphérique.

Action 5.1.4. Elaborer chaque année les comptes nationaux de la santé

Les capacités des services du MSP seront renforcées pour élaborer chaque année les comptes nationaux de la santé afin de permettre une prise des décisions basées sur l'évidence en matière de d'affectation et de gestion des ressources financières mises à la disposition du MSP. L'élaboration des comptes nationaux de la santé sera institutionnalisée à moyens termes.

Orientation stratégique 6: Promotion de l'équité dans la répartition et l'affectation des ressources aux régions et districts sanitaires sur base des clefs de répartition préalablement définies

Résultat attendu 6.1 : L'équité dans la répartition et l'affectation des ressources sur base des clefs de répartition préalablement définies est appliquée

Action 6.1.1 : Définir les critères objectifs pour une affectation équitable des ressources financières.

Il sera défini des critères pour une répartition équitable des ressources financières en général (budget de l'Etat et autres) à tous les niveaux du système. . Ces critères prendront en compte entre autres la taille de la population de la Région ou du District Sanitaire bénéficiaire, le niveau de développement sanitaire de la région ou du district (couverture sanitaire, etc.), des indicateurs essentiels de santé, des ressources existantes, etc.

Action 6.1.2 : Mettre en place un mécanisme de suivi de la mise en œuvre des engagements des PTF dans le cadre du partenariat International pour la santé (IHP+) du PNDS.

Il s'agira pour le MSP de mettre en place et de rendre fonctionnel un cadre de concertation conformément aux orientations de l'IHP+ pour le suivi de l'Efficacité de la Coopération au Développement (ECD). Ce cadre permettra de faire le suivi des 8 pratiques de l'ECD dont l'appropriation (qui inclut le financement par le gouvernement de ses propres politiques et plans),

l'alignement des interventions des PTF sur le PNDS, l'inscription des financements dans le budget national, le suivi des réalisations et la redevabilité, l'utilisation progressive d'un seul cadre commun de suivi/évaluation et de reportage du PNDS, etc.

Dans le même cadre il sera mis en place une commission de redevabilité comprenant le PTF, les organisations de la société civile, le secteur privé et le MSP, avec davantage d'échange financiers entre les MSP et les PTF.

Action 6.1.3 : Organiser des sessions budgétaires annuelles pour la mise en œuvre des plans opérationnels qui seront déclinés du PNDS.

Les sessions budgétaires seront organisées **au début de chaque année** avec toutes les parties prenantes en vue de l'affectation équitables des ressources à la mise en œuvre des plans opérationnels annuels. Elles seront des opportunités non seulement pour décider des affectations budgétaires, mais également pour prendre en considération la question d'équité dans l'affectation des ressources afin de donner les mêmes chances à tous les districts de se développer et donc à toute la population quel que soit son lieu de résidence à avoir accès géographiquement aux services de santé.

Action 6.1.4 : Assurer un suivi régulier de la gestion des ressources provenant des recouvrements des coûts.

Le MSP ne supervise pratiquement pas la situation des recettes des hôpitaux (recouvrements des coûts, des actes et médicaments...) et la manière dont elles sont dépensées par ceux-ci en complément de leurs crédits ou subventions annuels de fonctionnement. Par ailleurs, les hôpitaux ne fournissent pas des rapports financiers au Ministère, justifiant les dépenses des recouvrements des coûts. Ce suivi sera semestriel à tous les niveaux du système de santé en vue d'encourager la transparence dans la gestion de ces ressources. Les services de l'Inspection Générale de la santé (IGS) ainsi que ceux de la Direction des Finances du MSP en charge du suivi des dépenses seront mis à profit pour impulser la culture de la bonne gouvernance et de la redevabilité à tous les niveaux du système de santé et en particuliers dans les formations sanitaires qui réalisent des recettes à travers le recouvrement des coûts.

Action 6.1.5 : Elaborer la Stratégie Nationale de Financement de la Santé

La mise en œuvre du PNDS et du Plan Stratégique de la Couverture Sanitaire Universelle va nécessiter des ressources financières importantes pour créer les services de santé et les rendre disponibles à toute la population notamment par la réduction de la part du paiement direct dans la DTS. Le besoin d'équité dans la répartition des ressources ainsi que celui de l'efficacité dans leur utilisation est de plus en plus ressentie. Pour une meilleure coordination de toutes les options relatives au financement de la santé, une Stratégie de Financement de la Santé sera élaborée dès la première année de mise en œuvre du PNDS.

VII.1.3. ORIENTATIONS STRATEGIQUES RELATIVES AUX RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

Orientation stratégique 7 : Poursuite de la dotation des formations sanitaires en RHS en quantité et en qualité suffisante sur la base du PMA-PCA.

Résultat attendu 7.1: la densité du personnel de santé augmente significativement au cours de la mise en œuvre du présent PNDS.

Action 7.1.1: Maintenir un quota de 500 agents toutes catégories confondues par an dans la Loi des Finances pour le recrutement du personnel de santé.

Le MSP doit plaider auprès des Ministères des Finances et de celui de la Fonction Publique pour inscrire et maintenir dans la Loi des Finances un quota de 500 agents à recruter chaque année sur la base des besoins identifiés par profil pour un redéploiement dans les formations sanitaires déficitaires.

Action 7.1.2: Renforcer le partenariat pour le recrutement de 900 agents de santé de 2018 à 2021 pour augmenter le nombre de personnel sur fonds des partenaires

Le MSP a négocié avec ses PTF en vue de l'appuyer pour le recrutement des agents de santé pour pallier les insuffisances. A cet effet, d'ici 2021, 900 agents soit 300 par an seront recrutés sur le financement des PTF et redéployés sur les terrains. Ces agents seront sous la supervision d'une cellule de coordination qui sera mise en place par le Ministère de la santé Publique en accord avec les PTF.

Action 7.1.3 : Renforcer le partenariat par la coopération (Sud – sud) pour augmenter un minimum de 50 agents tous les ans.

Actuellement (2017) avec la coopération Sud-Sud existante, 32 médecins et paramédicaux cubains sont en mission d'appui médical au Tchad pour une durée de 2 ans renouvelable. L'objectif est de voir cette coopération se renforcer pour augmenter et maintenir le nombre des agents de santé cubains à un minimum de 50 par an dans le cadre du renforcement des formations sanitaires en RH en quantité et en qualité.

Action 7.1.4 : Renforcer les capacités d'accueil et de production des écoles.

Il est question d'augmenter les quotas fixés chaque année aux concours d'admission dans les écoles de santé : i) ENASS : la capacité d'admission annuelle de l'ENASS qui est de 250 étudiants passera à 300 ; ii) les Ecoles Régionales des Agents Sanitaires et Sociaux (ERSAS) qui produit 400 par an passe à 500 chaque année. La production moyenne par an est de 200 pour l'ENASS et 350 pour les ERSAS.

Action 7.1.5 : Poursuivre la formation continue et en spécialisation des 300 médecins et 600 paramédicaux dont respectivement 120 et 300 au Tchad.

L'insuffisance des médecins spécialistes et des paramédicaux spécialisés au Tchad, oblige le MSP et celui de l'Enseignement Supérieur à la transformation des salaires en bourses du personnel afin de poursuivre la formation dans différents domaines ciblés. A part les agents qui seront formés au Tchad, d'autres seront formés à l'extérieur.

Action 7.1.6 : Mettre en place des mécanismes pouvant garantir la qualité de la formation dans les écoles (privées et publiques) formant les paramédicaux.

En effet, la prolifération des écoles privées ces dernières années assurant une formation des agents de santé de qualité médiocre, a amené le Ministère de la Santé Publique à revoir les dispositifs de

formation afin de procéder à la sélection des meilleurs lauréats par un examen unique de fin de formation chaque année et garantir par conséquent, la qualité des cadres formés tant dans les écoles publiques que privées.

Orientation stratégique 8 : Amélioration de la gestion des RHS

Résultat attendu 8.1: Le système de gestion des RHS est renforcé et devient performant

Action 8.1.1: Compléter la base des données IHRIS et de l'observatoire pour la maîtrise des effectifs des RHS et les rendre opérationnels.

Cette action consistera à former le personnel dédié à cette activité à la collecte des données et à l'utilisation du logiciel IHRIS dans toutes les régions et DS du pays.

Action 8.1.2 : Déployer les recrues dans toutes les régions en favorisant les régions déficitaires pour raison d'équité.

Cette activité consiste à mettre en œuvre le plan de déploiement disponible tenant compte des besoins exprimés par les régions déficitaires. Le déploiement se fera à travers un plan de déploiement de personnel validé par la réunion du comité de direction avec l'implication des autres Ministères tels que le Ministère de la fonction publique qui valide les certificats de prise de service avant la prise en charge financière par le Ministère des finances. Pour s'assurer que le déploiement est efficace, le gouverneur et le délégué sanitaire doivent s'assurer de la présence physique des agents déployés sur le terrain.

Orientation stratégique 9 : Renforcement des politiques et stratégies de gestion des RHS

Résultat attendu 9.1 : Les politiques et stratégies relatives aux RHS sont élaborés/actualisées et mises en œuvre

Action 9.1.1 : Elaborer des stratégies/politiques et mesures pour la motivation du personnel.

Dans le cadre de motivation du personnel et de leur fidélisation en particulier en milieu rural, un protocole d'accord a été signé en 2012 par les syndicats et les ministères concernés après études préalables sur le découpage du pays en différentes zones, afin de prendre en compte les primes et les indemnités. L'application de certains points du protocole qui semblent irréalistes n'est pas certaine. Sur ce, l'élaboration d'un document de politique de motivation est plus qu'indispensable pour se substituer au protocole d'accord. Cette politique mettra en exergue toutes les stratégies de fidélisation et revoir les acquis contenus dans le protocole d'accord ainsi que la mise en place des contrats de performance. A cet effet, une assistance technique sera mobilisée à cet effet. Il s'agira aussi de mettre en place un système de performance basé sur les résultats à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour accroître la redevabilité et l'efficacité dans la gestion des ressources limitées.

Action 9.1.2: Réaliser l'évaluation à mi-parcours et finale du PSDRHS :

Compte tenu de la pénurie aiguë du personnel de santé le MSP s'est doté d'un plan stratégique de développement des RHS 2000-2030. Ce plan est jugé très ambitieux. Le MSP a procédé à sa révision en mettant en place un nouveau plan stratégique de développement des RHS 2013-2020 qui nécessite une évaluation à mi-parcours (2017) afin d'intégrer les priorités, notamment les indicateurs de santé pour l'atteinte des ODD d'ici 2030.

Cette activité va être menée de manière participative en associant tous les acteurs concernés : le MSP, les PTF, les ministères de la défense, des finances, de la fonction publique, de l'action sociale et de l'enseignement supérieur, le ministère en charge de l'administration du territoire (décentralisation et déconcentration) ainsi que la société civile et les PTF.

VII.1.4. ORIENTATIONS STRATEGIQUES RELATIVES AU SIS

Orientation stratégique 10 : Renforcement de la coordination et de leadership en matière de gestion de l'information sanitaire.

Résultat attendu 10.1 : Le mécanisme de suivi technique du SIS est créé et rendu fonctionnel

Action 10.1.1 : Redynamiser la Commission Nationale du SIS

Mise en place depuis 2004, la commission nationale SIS n'a jamais été fonctionnelle. Elle sera redynamisée en révisant sa composition en vue de mettre en place une équipe beaucoup plus technique avec des moyens conséquents notamment un Secrétariat permanent. Cette redynamisation viendra renforcer la coordination et la concertation entre les parties y compris le secteur privé. Sa fonctionnalité permettra de faire mieux fonctionner la Direction du SIS qui aura pour obligation de rendre compte à une instance multisectorielle. Et cela va contribuer sans nul doute à renforcer le leadership du Ministère de la Santé Publique du fait qu'il disposera d'une information de qualité pour la prise des décisions éclairées.

Orientation stratégique 11 : Renforcement des capacités institutionnelles et techniques des services en charge de la gestion du Système d'Information Sanitaire

Résultat attendu 11.1 : les services en charge du SIS mis en place sont capables de produire des données de qualité qui concourent à la prise de décisions et qui sont acceptées par toutes les parties

Action 11.1.1 : Renforcer les capacités institutionnelles du SIS

La feuille de route actuelle de renforcement du SIS sera évaluée. Sur la base des résultats et leçons apprises, un plan stratégique pour le renforcement du SIS sera élaboré sous forme de Schéma Directeur du SIS. Cela permettra au Ministère de la Santé Publique d'avoir sur la période de mise en œuvre du PNDS3 des directives claires pour mieux orienter les activités relatives à la gestion de l'information à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Action 11.1.2 : Doter les services du SIS des ressources humaines en quantité et qualité suffisantes

Pour que le SIS réponde à toutes les préoccupations en matière de santé, il est primordial qu'il dispose des ressources humaines qualifiées en nombre suffisant de toutes les catégories socioprofessionnelles permettant de concevoir, d'analyser et d'interpréter les données collectées à

tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cela va donner des éléments plus convaincants pour une prise de décisions au niveau politique et stratégique.

Il convient de souligner que la disponibilité en ressources humaines de qualité et en nombre suffisant doit être renforcée par le recyclage et la formation continue surtout au niveau périphérique.

Action 11.1.3 : Renforcer les capacités de la DSIS en matériels et équipements

Il est indéniable que si l'on veut retrouver les performances d'antan du SIS et/ou de son évolution par rapport aux Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication, des moyens conséquents doivent être mis à disposition pour l'acquisition des matériels performants et de qualité. La maîtrise de l'information et la disponibilité des données de qualité sont des conditions sine qua none pour toute décision rationnelle et réaliste. Pour ce faire, le renforcement du SIS doit être fait à tous les niveaux : i) Niveau central : 5 ordinateurs portables et 4 ordinateurs fixes avec de kits complets dont un serveur ; doter la DSIS du logiciel DHIS2 et le rendre fonctionnel à tous les niveaux ; ii) niveau intermédiaire : 23 kits d'ordinateurs et de connexion, iii) niveau périphérique : doter tous les DS fonctionnels de kits d'ordinateurs.

Orientation stratégique 12 : élaboration d'une carte sanitaire pour rendre opérationnelle progressivement toutes les structures sanitaires

Résultat attendu 12.1 : Une carte et un découpage sanitaires sont élaborés, validés et mis en œuvre par toutes les parties.

Action 12.1.1 : Elaborer une carte sanitaire imposable à tous.

La carte sanitaire en tant qu'outil de gestion prospective du système de santé sera élaborée. Elle doit contenir de nouvelles stratégies qui prennent en compte les spécificités régionales et la densité de la population afin de faciliter l'accessibilité géographique des populations et respecter les normes internationales recommandées par l'OMS. Cette définition de la nouvelle carte sanitaire doit nécessairement prendre en compte les stratégies en matière de santé communautaire et de la CSU ainsi que de la viabilité des structures. Cette carte guidera les investissements dans le secteur de la santé y compris ceux du secteur privé et permettra de renforcer l'équité dans le développement de l'offre des services de santé. Elle sera imposable à tout acteur public ou privé qui veut investir dans le secteur de la santé.

Action 12.1.2 : Réactualiser le découpage sanitaire.

Compte tenu de l'évolution démographique du pays et des spécificités régionales, il est indispensable de revoir le découpage sanitaire du pays. L'usage de la carte sanitaire ainsi que le nouveau découpage contribueront à mettre fin à la prolifération et la création anarchique des formations sanitaires qui viendraient mettre en péril les stratégies pour l'atteinte des objectifs de couverture sanitaire.

VII.1.5. ORIENTATIONS STRATEGIQUES RELATIVES AUX INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS

Orientation stratégique 13: Renforcement de la coordination entre les différents acteurs qui interviennent dans les domaines des infrastructures et équipements médico sanitaires

Résultat attendu 13.1 : les textes officiels qui régissent le MO et le MOD sont actualisés et permettent une meilleure représentation du MO dans tous les processus de passation des marchés et de suivi des travaux sur terrain

Action 13.1.1 : Plaidoyer auprès du Ministère des Infrastructures en vue de la révision des textes (Commission d'Ouverture et de Jugement des Offres, Sous-commissions Techniques d'Elaboration et de Jugement des Offres, etc.)

Le MSP est sous représenté dans tous les organes suscités (1 seul cadre). Ce qui ne lui permet de bien suivre les travaux de construction des infrastructures sanitaires. C'est pourquoi à la première année de mise en œuvre du PNDS, le MSP devra faire un plaidoyer soutenu pour amener le Ministère des Infrastructures à procéder à la révision de leurs textes afin de l'intégrer réellement dans tout le processus de construction des infrastructures sanitaires. La Direction des Infrastructures et Equipements Sanitaires (DIES) représentera le MSP dans les organes d'élaboration des dossiers techniques et de suivi des travaux liées aux infrastructures sanitaires.

Action 13.1.2 : Renforcer la coordination entre le MO et le MOD dans le domaine des infrastructures et des équipements.

Une meilleure coordination entre le MSP (Maître d'Ouvrage) et le Ministère en charge des infrastructures (Maître d'Ouvrage Délégué) aidera à mieux harmoniser les plans architecturaux des infrastructures sanitaires et le type d'équipements dont les approvisionnements relèvent de la responsabilité du MSP. La standardisation des équipements et la mise en place d'un programme de maintenance efficace aideront à prolonger la durée de vie des équipements et de dégager des économies d'échelles.

Orientation stratégique 14: Renforcement du cadre stratégique et normatif relatifs aux infrastructures et des équipements médico sanitaires, y compris leur maintenance

Résultat attendu 14.1 : les documents de politiques, stratégies et normes dans les domaines des infrastructures et des équipements médico sanitaires sont disponibles et mis en œuvre

Action 14.1.1 : Elaborer les normes en infrastructures et équipements médico sanitaires

L'élaboration d'un document de normes en infrastructures et équipements médico-sanitaires devient dès lors une priorité du fait des manquements constatés dans la conception architecturale des infrastructures sanitaires. Cette mauvaise conception a pour conséquences l'inadéquation entre la construction et les équipements d'une part et la mauvaise qualité des installations techniques (électricité, plomberies sanitaires, fluides médicaux, etc.), d'autre part. Les normes qui seront définies dès la première année du PNDS serviront alors de référence à tous les acteurs impliqués (Ministères impliqués, PTF, grands travaux et projets présidentiel, Comité de gestion et de suivi des 5% des revenus pétroliers alloués aux localités productrices du pétrole, etc.).

Action 14.1.2 : Réviser la politique de maintenance.

Le pays dispose d'un document de la politique nationale de maintenance élaboré en 2004. Cependant, il nécessite une évaluation dont les résultats alimenteront par la suite sa révision en tenant compte de l'évolution technologique et de l'augmentation considérable du nombre des structures sanitaires. L'évaluation débutera dès la première année de la mise en œuvre du PNDS. Ce document de politique permettra de limiter les disparités dans les commandes des équipements lourds et une meilleure planification dans la formation du personnel technique qualifié en la matière dans toutes les régions. Il permettra aussi le suivi de la gestion du patrimoine (équipements et infrastructures) à tous les niveaux. L'objectif visé est de disposer d'au moins un technicien qualifié par région comme responsable du service de maintenance (soit au total 23 personnes) qui servira d'interface avec le niveau central.

Action 14.1.3 : Elaborer et mettre en œuvre une stratégie basée sur les énergies renouvelables pour les infrastructures sanitaires.

Les infrastructures sanitaires sont dans la plupart alimentées par les groupes électrogènes. Ce qui a pour conséquence les coûts très élevés en fourniture de carburant et en maintenance. La politique nationale de santé prône la mise en place d'une stratégie basée sur les énergies renouvelables pour l'ensemble des structures sanitaires. L'avantage est la réduction des coûts de leur fonctionnement. C'est pourquoi le MSP devra élaborer le plutôt possible cette stratégie et de la mettre en œuvre, si possible à la deuxième année.

Action 14.1.4 : Créer un cadre de concertation entre les différents acteurs pour le suivi des politiques, stratégies et normes dans les domaines des infrastructures et des équipements médico sanitaires.

Une mise en place d'un cadre de concertation des différents acteurs (Ministères impliqués, PTF, grands travaux et projets présidentiels, le Comité de gestion et de suivi des 5% des revenus pétroliers alloués aux localités productrices du pétrole, etc.) est nécessaire afin de permettre une meilleure coordination et obtenir un meilleur résultat dans la mise en œuvre de toutes les politiques et stratégies élaborées. Cette plateforme doit s'occuper aussi du respect de la carte sanitaire du pays/des normes en matière de création des structures sanitaires. La création de cette plateforme débutera dès la première année de la mise en œuvre du PNDS.

Orientation stratégique 15: Accroissement de la couverture en infrastructures sanitaires

Résultat attendu 15.1 : Des infrastructures sanitaires (hôpitaux et centres de santé) sont construits et fonctionnels aux différents niveaux de la pyramide

Action 15.1.1 : Construire de nouvelles infrastructures sanitaires et achever la construction de celles dont les travaux sont en cours.

Au cours de la période de la mise en œuvre de ce PNDS, il sera construits et équiper : 6 Hôpitaux de la Mère et de l'enfant (Moussoro, Amdjarass, Mongo, Bongor, Sarh et Goz Beida), 6 hôpitaux régionaux avec des Centres de Transfusion et Banque de Sang, 21 hôpitaux de district, 153 CS, 10 bureaux des DSR, 1 centre national de traitement des cancers, un Centre National de Transfusion Sanguine. L'objectif visé est d'atteindre un taux de couverture de 90% en centres de santé au cours du PNDS. Les 4 HR qui sont déjà achevés (Pala, N'Djaména, Biltine et Amdjarass) sont prêts à être équipés et 3 autres (Koumra, Ati et Amtiman) sont en cours de construction. 1 HME est aussi en cours de construction. Il convient d'ajouter à toutes ces constructions, celles de 10 bureaux et résidences des DSR et un centre national de traitement des cancers à N'djamena. La

construction de toutes les infrastructures sera étalée sur les trois premières années de mise en œuvre du PNDS.

Compte tenu du contexte économique difficile que traverse le pays, beaucoup des travaux de construction sont à l'arrêt. Il s'agit de 66 CS, 14 hôpitaux de district, 3 hôpitaux régionaux, 1 hôpital de la Mère et de l'enfant, 1 centre national de traitement des fistules et l'extension à 2 niveaux supplémentaires du siège du MSP. Aussi, pour éviter la dégradation supplémentaire de ces infrastructures, le MSP doit dès la première année de ce PNDS achever tous ces travaux de construction. Pour ce faire, un plaidoyer doit être mené au plus niveau de l'Etat. Pour ce qui concerne l'extension du siège du MSP, tous les dossiers techniques sont disponibles et dès la première année du PNDS le financement sera recherché pour lancer les travaux de démarrage.

Action 15.1.2 : Construire une usine pharmaceutique, une CPA, 5 PRA, 3 dépôts s²ub-nationaux pour les vaccin.

Au vu des difficultés que le pays traverse en matière de procédures d'acquisition, de contrôle et de stockage des médicaments, il est prévu au cours de ce PNDS la construction d'une usine pharmaceutique, d'une Centrale Pharmaceutique d'Achats, de 5 Pharmacies Régionales d'Approvisionnement et de 3 dépôts sub-nationaux. Aussi, sur les 23 régions du pays seules 15 régions disposent d'une PRA et qui ne répondent pas aux normes. Leur construction sera également étalée sur les trois premières années de la mise en œuvre du PNDS.

Action 15.1.3 : Equiper et rendre fonctionnels 4 hôpitaux régionaux, 12 hôpitaux de district et 20 CS déjà construits

Parmi les travaux de construction qui ont été lancés au cours des années précédentes, certains sont complètement achevés. Il s'agit des 4 HR, 12 HD et 20 CS. Ces structures n'attendent que d'être équipées pour les rendre fonctionnelles. C'est le cas des 4 HR (N'Djamena, Biltine, Pala et Amdjarass) dont le marché d'équipements est en cours, et pourra être achevé au plus tard vers la fin de la première année de la mise en œuvre du PNDS. Pour les autres structures par contre, les équipements sont recherchés et pourront être effectifs à la fin de la troisième année de la mise en œuvre du même PNDS.

Toutes les infrastructures qui seront construites au cours de la mise en œuvre de ce PNDS (actions 7,8 et 9) seront équipées.

**VII.1.6. ORIENTATIONS STRATEGIQUES RELATIVES AUX
MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS DE SANTE**

Orientation stratégique 16 : Renforcement du cadre institutionnel, juridique, organisationnel et fonctionnel qui régit le secteur pharmaceutique.

Résultat attendu 16.1 : Le cadre juridique et institutionnel est adapté au contexte et aux objectifs pour l'amélioration du secteur pharmaceutique.

Action 16.1.1 : Elaborer, adopter et mettre en œuvre les textes juridiques et réglementaires du secteur de la pharmacie.

Le cadre juridique et institutionnel actuel ne répond pas aux attentes du secteur. Il est primordial que des initiatives soient prises pour l'accélération dans la mise en œuvre des textes qui sont élaborés et adoptés et mettre en place des mécanismes permettant de compléter les textes manquants (8 décrets supplémentaires et 26 arrêtés pour l'application intégrale de la Loi 24).

Action 16.1.2 : Mettre en place le mécanisme de coordination du secteur de la Pharmacie.

Compte tenu de la présence importante des intervenants dans le secteur du médicament, il est impératif de mettre en place une plateforme de coordination sous la présidence de la DGPL afin de disposer des informations nécessaires pour une gestion rationnelle du médicament. Cela pourra répondre aux manquements actuels où tous les processus de gestion et d'approvisionnement et de stock ne sont pas maîtrisés par les services du MSP ce qui fragilise le rôle régalién de l'Etat.

Orientation stratégique 17 : Renforcement du Système d'Assurance Qualité des médicaments et autres produits de santé.

Résultat attendu 17.1 : le Système d'Assurance Qualité fonctionnel et performant est mis en place.

Action 17.1.1 : Renforcer les capacités techniques des services d'Assurance Qualité.

Pour que le Service Qualité joue son rôle, il est indispensable de renforcer les services d'Homologation, de Contrôle Qualité, de l'Inspection Pharmaceutique et de la Pharmacovigilance. En matière d'Homologation, il est indispensable de faire recours à un appui technique permettant de faire l'analyse de la situation, de définir les mécanismes de mise en place d'un Comité d'Experts et de sa fonctionnalité.

En ce qui concerne le Contrôle Qualité, les 2 premières options seront combinées à court et moyen termes et une 3^{ème} option est retenue à long terme. Ce sont : (i) mettre en concurrence les laboratoires certifiés pour mettre en place une liste de laboratoires pré qualifiés, (ii) acquérir de matériels légers pour le contrôle de la qualité à l'importation et les contrôles de routine et (iii) la construction et l'équipement d'un Laboratoire de Contrôle pour renforcer à long terme les capacités techniques en matière d'Assurance Qualité.

En matière de Pharmacovigilance : il s'agira de mettre en place le Système de Notification Spontanée recommandée par l'OMS par la formation d'un réseau de 100 agents de notification au plan national, l'équipement de ces derniers en matériels informatiques (tablettes informatiques), le développement d'une application mobile permettant de faire des e-notifications, l'abonnement à VIGIFLOW pour centralisation des données à l'Uppsala Monitoring Center (UMC).

Concernant l'Inspection Pharmaceutique, il s'agira du renforcement des capacités techniques notamment en matière de Ressources Humaines qualifiées (3 pharmaciens formés en Inspectorat Pharmaceutique), en formation continue, en moyens logistiques et bureautiques.

Orientation stratégique 18 : Renforcement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé dans le secteur de la santé afin de garantir une bonne disponibilité et une bonne accessibilité géographique et financière aux populations.

Résultat attendu 18.1 : la chaîne d'approvisionnement en produits de santé dispose des capacités pour garantir une disponibilité des médicaments, des vaccins et des consommables médicaux de qualité et assure une accessibilité géographique et financière aux populations.

Action 18.1.2 : Renforcer les capacités logistiques de la chaîne d'approvisionnement/distribution et de mettre en place des mécanismes de financement pérenne de service chargé de gérer les produits de santé.

Concernant la logistique, il s'agira d'élaborer un référentiel opposable notamment sur les Bonnes Pratiques de Distribution (BPD), et doter les services centraux (CPA, PEV) et régionaux (23 PRA) en moyens de transports adéquats et en équipement de chaîne de froid. Il faudra également harmoniser la gestion de l'approvisionnement, du stockage, du transport et de la distribution des médicaments, équipements/biens durables et autres produits de santé et allouer des fonds sur le budget national pour le transport des produits de santé

S'agissant de ressources financières, il est primordial que les créances de l'Etat soient totalement payées à la CPA, ce qui lui permettra de retrouver toute sa crédibilité vis-à-vis de ses fournisseurs et de procéder aux commandes des produits de santé. Les PRA doivent également régler leurs créances auprès de la CPA. Cela nécessite à ce que les parties impliquées mettent en place des mécanismes et des outils qui éviteraient les expériences négatives observées actuellement. La transparence dans la gestion et la redétabilité dans le secteur du médicament doivent être de mise. Un mécanisme de contractualisation qui protège la CPA doit être mis en place et pour garantir la disponibilité à des coûts abordables des médicaments essentiels et génériques.

Action 18.1.2 :Sécuriser les dépenses essentielles destinées aux médicaments

Cette action va permettre de s'assurer que le gouvernement par ce temps marqué par la baisse des recettes de l'Etat continue à assurer les dépenses essentielles liés à l'approvisionnement et à la mise à disposition des médicaments essentiels et génériques au niveau des structures de santé. Il s'agira non seulement de rembourser les factures impayées de la CPA comme on l'a vu ci-haut, mais de s'assurer qu'au cours des prochaines années, les fonds publics seront toujours disponibles pour permettre à la CPA de faire face à la demande croissante des formations sanitaires en matière des médicaments

Action 18.1.3 : Développer les ressources humaines dans le domaine pharmaceutique.

Pour qu'il y ait des ressources humaines qualifiées en quantité suffisante dans le domaine du médicament, il faut une augmentation du nombre des pharmaciens. Pour cela, des possibilités pourraient être accordées pour donner des quotas supplémentaires dans le recrutement des pharmaciens à la Fonction Publique.

En outre il faut encourager la formation des spécialistes à l'extérieur pour un renforcement des capacités techniques dans le domaine de la pharmacie et du médicament surtout en matière de conception, de planification, de gestion et de suivi et évaluation.

Orientation stratégique 19 : Renforcement de la lutte contre la vente illicite des médicaments

Résultat attendu 19.1: les capacités institutionnelles, législatives et techniques des organes de lutte contre la vente illicite des médicaments sont renforcées et le marché des médicaments est mieux régulé et assaini.

Action 19.1.1 : Actualiser les textes sur la pharmacie, élaborer, adopter et mettre en œuvre un plan multisectoriel de lutte contre le marché illicite des médicaments.

Les textes existants dans le domaine de la pharmacie surtout en ce qui concerne le marché illicite seront révisés afin de les adapter au contexte régional (référence au plan de lutte de l'OCEAC) et de renforcer les pouvoirs des organes chargés de mener les activités de lutte contre le marché illicite. Ces organes doivent être renforcés techniquement et institutionnellement pour répondre aux missions qui leur sont assignées. Les conclusions de leurs investigations doivent être appliquées par les services judiciaires conformément aux textes de la République. A cet effet, les organes qui seront mis en place doivent élaborer, faire adopter et mettre en œuvre un plan multisectoriel de lutte contre le marché illicite des médicaments. Ce plan doit être vulgarisé au niveau national, et imposé à toutes les parties et bénéficier des moyens nécessaires de l'Etat et des Partenaires Techniques et Financiers.

Action 19.1.2 : Renforcer les capacités techniques des services pour la promotion de l'usage rationnel des médicaments et autres produits de santé de qualité.

L'usage rationnel des médicaments dans le contexte actuel du pays nécessite l'actualisation ou l'élaboration des outils et des ordinogrammes qui doivent être obligatoirement utilisés par les agents de santé à tous les niveaux du système. Ces outils doivent répondre aux nouvelles exigences en matière de soins de santé et doivent être vulgarisés. Pour que les nouvelles initiatives portent fruit, il est impératif de procéder à la formation de tout le personnel prescripteur et celui chargé de l'information et de la sensibilisation. Les agents de santé communautaires auront dans leurs tâches la prise en compte des questions de l'utilisation des médicaments par les populations selon les protocoles de traitements.

VII.1.7. ORIENTATIONS STRATEGIQUES RELATIVES AUX PRESTATIONS

Orientations stratégique 20 : Amélioration de la disponibilité, de la qualité et de la capacité opérationnelle des services de santé à tous les niveaux du système de santé

Résultat attendu 20.1 : Toutes les structures de santé fonctionnelles disposent de tous les services conformément aux normes nationales

Action 20.1.1 : Elaborer/actualisez les normes relatives au PMA, PCA et plateaux techniques des formations sanitaires du niveau périphérique, intermédiaire et national.

Le PMA et le PCA tels que définis sont insuffisantes pour une mise en œuvre intégrée des activités et pour une programmation des ressources nécessaires. Par ailleurs ces paquets ne prennent pas en compte des nouvelles activités aussi importantes. C'est ainsi que l'action consistera à réviser les paquets de services pour prendre en compte tous les services tant préventifs, curatifs que promotionnels essentiels de lutte contre les maladies à forte morbidité et mortalité.

Action 20.1.2 : Rendre fonctionnelles les formations sanitaires nouvellement construites conformément aux normes nationales.

Plusieurs formations sanitaires ont été construites ces dernières années, mais elles ne sont pas encore fonctionnelles. D'autres sont en cours de construction. Dans le souci d'améliorer la couverture sanitaire, les formations sanitaires déjà construites seront rendues fonctionnelles et des dispositions seront prises pour que celles qui sont en cours de construction soient rendues fonctionnelles une fois les travaux terminés. L'action consistera à les équiper, à y affecter le personnel qualifié et à les approvisionner en médicaments.

Résultat attendu 20.2 : Les services de SR de qualité sont disponibles dans toutes les formations sanitaires publiques et privées à tous les niveaux du système des soins.

Action 20.2.1 : Renforcer les services de PF, des CPN, et les SONUB et les SONUC et de prise en charge des fistules à tous les niveaux du système des soins.

La disponibilité des services de PF est assez élevée, mais leur capacité opérationnelle est faible. Pour pallier à cette situation, le personnel de santé sera formé en conseil afin de mieux présenter les différentes méthodes de contraception et les effets indésirables. Les directives relatives à la PF

seront mises à disposition des formations médicales de tous les niveaux. L'approvisionnement régulier des intrants de la PF sera assuré.

Les services des CPN sont offerts dans environ 98% des services de santé de la première ligne. Cependant cette disponibilité contraste avec la qualité. Les services des CPN seront introduits dans les HD et les HR qui n'en pratiquent pas. L'ensemble du personnel offrant les CPN sera formé dans les centres de santé, les hôpitaux de district et les hôpitaux nationaux. Les directives seront rendues disponibles dans toutes ces formations sanitaires. Quelques examens essentiels de laboratoire feront partie du PMA et du PCA actualisés pour qu'ils soient réalisés systématiquement lors de la CPN recentrée.

La faible disponibilité des formations sanitaires offrant la totalité des fonctions SONUB constitue un handicap majeur dans la prise en charge efficace des complications obstétricales. La qualité et la capacité opérationnelle de ces formations restent assez préoccupantes dans la mesure où la moitié des agents ne sont pas formés dans la gestion intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Des actions seront mises en œuvre pour pallier à ces insuffisances (formation du personnel en PCIGA, mise à disposition des directives et intrants),

Les plateaux techniques seront renforcés dans les 30% d'HD et HR qui n'offrent pas de SONUC pour avoir une couverture totale de ces services à ce niveau. L'objectif visé ici est de faire en sorte que tous les centres de santé offrent les services de PF, la CPN et les SONUB et que tous les hôpitaux de district, les HR offrent les services des SONUC. Tous les hôpitaux régionaux seront renforcés pour assurer la prise en charge continue des fistules.

Action 20.2.1 : Renforcer les services de prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME)

La disponibilité des services de PTME dans les formations sanitaires atteint à peine 58% (64% d'HD et HR et 58% des CS). Leur capacité opérationnelle est encore plus faible. L'actualisation des normes (PMA, PCA, etc.) sera une opportunité pour avoir des normes par niveau qui intègrent les services de PTME. Ceci permettra de rendre les services des PTME dans au moins 80% des formations sanitaires par niveau. La formation du personnel, l'approvisionnement en intrant compléteront cette action en vue d'améliorer la qualité et la capacité opérationnelle des services.

Action 20.2.2 : Renforcer les services de vaccination à tous les niveaux du système de santé

La chaîne de froid est insuffisante à tous les niveaux du système de santé, plus particulièrement dans les centres de santé. En effet, environ 1/3 des centres de santé du pays ne disposent pas de réfrigérateurs et un autre 1/3 ne dispose pas de la source d'énergie pour le stockage des vaccins. Ces centres de santé seront dotés en réfrigérateurs solaires. La maintenance des réfrigérateurs et autre logistique nécessaire à la vaccination sera améliorée pour permettre le fonctionnement optimal de la chaîne de froid.

La disponibilité de tous les antigènes dans les centres de santé est inférieure à 90%. Un approvisionnement régulier des centres de santé en vaccins sera assuré pour que tous les centres de santé disposent de tous les antigènes à tout moment afin d'éviter les occasions manquées.

Des sessions de formations seront organisées pour le personnel non encore formé qui offrent les services de vaccination dans tous les centres.

Les services de vaccination sont disponibles dans 22% d'hôpitaux des districts et régionaux, dans 5% d'hôpitaux nationaux et dans 85% des formations sanitaires privées. Les formations sanitaires qui ne disposent pas des services de vaccination se verront dotées de la logistique nécessaire, des directives et leur personnel sera formé. Elles seront régulièrement approvisionnées en vaccins et autres intrants de vaccination. L'immunisation sera renforcée par l'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV de routine.

Pour assurer l'équité dans l'immunisation des stratégies spécifiques seront développées telles que les stratégies avancées et mobiles, pour atteindre les populations les plus éloignées des centres de santé. Des stratégies novatrices seront mises en œuvre pour atteindre les populations nomades, insulaires et celle des zones d'accès difficile.

Résultat attendu 20.3 : La lutte contre les maladies transmissibles est renforcée dans la communauté et à tous les niveaux du système de santé

Action 20.3.1: Renforcer les interventions de prévention et de prise en charge du paludisme à tous les niveaux du système de santé

Les couvertures en MIILDA sont encore trop basses pour pouvoir protéger les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes contre le paludisme (33%). Les activités de distribution des masses des MIILDA seront intensifiées et étendues à toutes les provinces du pays. La distribution lors de la CPN, de la CPoN et de la vaccination sera poursuivie et intensifiées. Les activités de chimio-prévention saisonnière du paludisme des enfants de zéro à cinq ans qui se font dans quelques DS seront passées à l'échelle dans la zone sahéenne.

La communication pour le changement des comportements dans le cadre de la promotion de la santé sera mise à profit pour promouvoir l'hygiène et l'assainissement du milieu. La pulvérisation intra domiciliaire complétera les actions de prévention contre le paludisme.

La disponibilité des services qui offrent le TPI chez les femmes enceintes sera étendue à toutes les formations sanitaires qui offrent la CNP recentrée et leur qualité améliorée par la disponibilité des intrants et la formation du personnel

La disponibilité des services de prise en charge sera renforcée pour que toutes les formations sanitaires du pays soient à mesure d'offrir ces services. L'accent sera mis sur l'amélioration de qualité des services par la formation du personnel de santé sur le diagnostic et la prise en charge du paludisme simple et grave, l'approvisionnement régulier des formations sanitaires en test de diagnostic rapide (TDR) et en médicaments antipaludiques.

Action 20.3.2 : Renforcer la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA à tous les niveaux du système de soins.

Tous les services menant au dépistage et traitement du VIH/SIDA et des IST seront renforcés dans l'ensemble des formations sanitaires tant publiques que privées en ce qui concerne leur disponibilité et leur qualité. Les formations sanitaires seront approvisionnées en intrants et le personnel formé sur les directives nationales.

Les services en charge de la prescription des ARV sont encore peu disponibles. Ils verront leur disponibilité et leur qualité améliorées dans les formations sanitaires à la fois publiques que privées. L'accent sera mis sur l'accroissement de la disponibilité des ARV, le suivi médical des

patients sous traitement, la formation des prescripteurs y compris dans les centres de santé en vue de la décentralisation du traitement, etc.

Les services des soins d'appui en matière de VIH (le traitement des infections opportunistes, la dispensation des soins palliatifs, le traitement Intra Veineux des infections fongiques, le traitement contre le sarcome de Kaposi, les services de récupération nutritionnelle) seront intégrés dans le PMA et PCA en vue d'améliorer leur disponibilité et leur qualité.

Action 20.3.3: Renforcer les interventions de prise en charge de la Tuberculose dans les formations sanitaires à tous les niveaux du système de santé

Le score moyen des structures de deuxième niveau qui offrent les services de prise en charge de la TB incluant la prescription du traitement est très faible (13%). La disponibilité de ces services sera améliorée au cours des années de mise en œuvre de ce PNDS. Les formations sanitaires seront dotées en médicaments et intrants pour le diagnostic de la TB. Le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose multi résistante (MDR) seront progressivement étendus dans les hôpitaux régionaux. Les hôpitaux disposeront des matériels nécessaires pour la prise en charge de la TB de l'enfant et de la coïnfection TB/VIH. Le personnel sera formé sur les directives de prise en charge de toutes les formes de TB. Les activités de dépistage et prise en charge de la TB seront décentralisés dans les centres de santé. Le laboratoire national de référence de mycobactéries (LNR) sera renforcé pour réaliser les activités de culture des mycobactéries et le test de sensibilité aux antituberculeux

Résultat attendu 20.4 : Les maladies non transmissibles sont correctement prises en charge à tous les niveaux du système de santé.

Action 20.4.1 : Mettre en place le dispositif de lutte contre les maladies non transmissibles.

Cette action consiste à adopter les stratégies de lutte contre les maladies non transmissibles notamment le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies respiratoires chroniques car malgré leur ampleur, il n'existe pas encore un cadre formel d'orientation pour faire face à ces pathologies. Le dispositif à mettre en place sera multisectoriel. A propos des facteurs de risque, il est question de compléter les textes d'application de la Loi antitabac N°10/PR/10, promulguée le 10 juin 2010. Il est également question de faire adopter la Loi contre l'alcoolisme élaborée depuis 2013 et la mettre en œuvre. Des dispositions seront prises pour mettre en œuvre des stratégies d'encadrement psychosocial, de prise en charge et de réinsertion des personnes souffrant des troubles mentaux et d'accompagnement des consommateurs des substances dangereuses (tabac, alcool et drogues). Les actions des recherches opérationnelles sur les facteurs de survenue des maladies non transmissibles seront également mises en œuvre.

Les activités de lutte contre les maladies non transmissibles feront partie des paquets d'activités qui sera défini à tous les niveaux du système de santé y compris dans la communauté.

Action 20.4.2 : Renforcer les capacités des formations sanitaires pour le diagnostic, la prise en charge et le suivi des malades souffrant des maladies non transmissibles

Il sera question de rendre disponibles les protocoles de prises en charge des maladies non transmissibles, les moyens de diagnostics et les médicaments et autres intrants nécessaires. En outre, il faut renforcer les compétences du personnel pour la prise en charge.

La prise en charge de maladies non transmissibles et les interventions y relatives seront intégrées dans les plans opérationnels annuels des formations sanitaires.

Orientations stratégiques 21 : Amélioration de l'utilisation des services de santé à tous les niveaux

Résultat attendu 21.1 : L'accessibilité de toute la population aux services de santé est renforcée.

Action 21.1.1: Atteindre les populations d'accès difficile par des stratégies appropriées.

Cette action permettra de renforcer la mise en œuvre de la stratégie de santé nomade et des zones d'accès difficile en déployant des moyens adaptés. Aussi, il sera question d'organiser les activités des soins préventifs et curatifs en stratégie avancée et en stratégie mobile pour les populations situées à plus d'une heure de marche et pour les populations nomades. Un accent sera également mis sur les soins en milieu carcéral. Un paquet des soins sera défini pour ces populations ainsi que les modalités de sa mise en œuvre.

Orientation stratégique 22 : Promotion de la santé des jeunes, des adolescents et des personnes âgées

Résultat attendu 22.1: les services de santé des jeunes, des adolescents, des personnes âgées et des personnes handicapées sont développés et intégrés dans les paquets d'activités à tous les niveaux du système de santé.

Action 22.1.1 : Définir les politiques, plans stratégiques, les normes relatives à la santé des jeunes, des adolescents, des personnes âgées et des personnes handicapées.

La définition des politiques et des plans stratégique de santé scolaire, de la santé des adolescents et des personnes âgées favorisera leur développement. Dans la mise en œuvre de ces politiques seront mieux organisés les services de santé existants à disposer des centres de conseils et d'écoute des jeunes et adolescents et des centres de rééducation fonctionnelle. A travers cette action, on renforcera le service national d'hygiène scolaire et universitaire en créant progressivement des services régionaux dans les 23 régions pour mettre en œuvre un paquet de services défini.

Actions 22.1.2 : Promouvoir les soins ré-éducationnels et de réadaptation dans tous les hôpitaux.

Il sera question de mettre en œuvre le plan stratégique de rééducation fonctionnelle et de réadaptation une fois validé pour développer les soins ré éducationnels et de réadaptation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec le CNAR comme centre de référence national, de créer un centre d'appareillage et de production des équipements orthopédiques et, de renforcer des capacités des prestataires (introduction de la kinésithérapie dans l'enseignement au niveau des écoles publiques de santé).

Action 22.1.3 : Renforcer les capacités du personnel de santé dans la prise en charge des problèmes de santé des adolescents, des jeunes, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Une fois les politiques, plans stratégiques et normes relatives à la santé **des adolescents, des jeunes, des personnes âgées et des personnes handicapées**, élaborés et adoptés, le personnel de santé sera formé à tous les niveaux de la prise en charge et les formations sanitaires équipées conséquemment pour assurer une prise en charge efficace des problèmes de santé de ces catégories de la population. Ce renforcement des capacités devra se traduire entre autres par la prise en compte des interventions relatives à la santé des adolescents, des jeunes, des personnes âgées et des personnes handicapées, dans les plans opérationnels annuels.

Orientations stratégique 23 : Renforcement des activités de santé à base communautaire dans tous les districts sanitaires.

Résultat attendu 23.1: Les activités de santé à base communautaire sont mises en œuvre dans tous les districts sanitaires fonctionnels.

Action 23.1.1 : Organiser le cadre des interventions à base communautaire.

Cette action consistera à : (i) vulgariser le document de stratégie au niveau périphérique y compris le niveau communautaire ; (ii) mettre en place le cadre institutionnel et réglementaire au niveau communautaire, (iii) renforcer les capacités des communautés à contribuer à la gestion efficace de leurs problèmes de santé, (iv) assurer le suivi des interventions et des mécanismes de coordination des interventions qui seront mis en place à tous les niveaux.

Actions 23.1.2: Assurer les activités de santé communautaire au niveau opérationnel.

L'action consistera à recruter deux agents de santé communautaire par village soit 40 000. Ces agents seront formés sur des modules spécifiques élaborés à cet effet pour être capables de maîtriser le paquet des services défini. Un accent particulier sera mis sur la supervision de ces agents pour garantir la qualité et la continuité des services.

Orientation stratégique 2 : Renforcement des stratégies de promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé

Résultat attendu 24 : Les activités promotionnelles de santé sont développées pour susciter la demande des services.

Action 24.1.1: Mettre en place un cadre stratégique relatif à la promotion de la santé

Un document de stratégie de la promotion de la santé sera élaboré et mis en œuvre. Un plan intégré de communication sera développé pour sensibiliser la population en vue d'un changement de comportement et de l'impliquer dans la recherche de solutions à ses problèmes de santé. La mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire consolidera les bases de cette action.

Action 24.1.2 : Mettre en place un cadre multisectoriel pour la promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé

La promotion de la santé nécessite l'implication de plusieurs secteurs de la vie nationale. Un cadre de concertation multisectorielle sera mis en place en soutien aux actions de promotion de la santé. Il comprendra non seulement les ministères concernés (MSP, ministère en charge de l'eau et assainissement, ministère en charge de l'environnement, ministère en charge de l'éducation, ministère en charge de la décentralisation, etc.), mais aussi la société civile, les partenaires au développement et le secteur privé.

Orientations stratégique 25 : Préparation et réponse aux urgences en sante

Résultats attendu 25.1 : Le système de santé est préparé pour répondre efficacement aux urgences en santé.

Action 25.1.1: Organiser Accélérer la mise en œuvre du règlement Sanitaire International (RSI)

Pour permettre au pays d'avoir des orientations afin d'améliorer la sécurité sanitaire, il sera organisé une évaluation conjointe MSP/OMS du RSI. Cette évaluation va déterminer les capacités de base pour la mise en œuvre de RSI, les forces, les meilleurs pratiques, les domaines où le renforcement est nécessaire, les défis et les actions prioritaires.

Action 25.1.2: Mettre en place et rendre fonctionnel un centre d'Opérations d'Urgences en Santé Publique (COUSP) dans un certain nombre de pays dont le Tchad.

Les réponses souvent tardives aux épidémies, l'émergence inattendue de l'épidémie d'Ebola a désorganisé le système de santé en Afrique et la difficulté de mise en œuvre du RSI ont emmené les Etats membres à adopter une attitude proactive pour éviter des désastres. Pour relever ce défi, le Tchad à l'instar de certains pays africains, a opté pour la mise en place d'un Centre d'Opérations d'Urgences en Santé Publique (COUSP). Le COUSP permettra aux pays de se préparer et répondre promptement en cas de survenue d'une urgence sanitaire.

Axe stratégique 26 : Renforcer les interventions préventives et curatives de la nutrition

Résultat attendu 26.1 : Les activités de dépistage et de prise en charge des malnutris sont développées au niveau de tous les services de santé et avec une forte implication des communautés

Activité 26.1.1 : Assurer une prise en charge adéquate de la malnutrition aigüe au niveau des CS et des hôpitaux.

Le succès de la prise en charge des cas de la malnutrition aigüe passe par un dépistage précoce du cas dans les formations sanitaires et un dépistage actif avec l'implication de la communauté. Cette prise en charge est primordiale dans l'amélioration, le maintien de l'état de santé des enfants et donc garantir une croissance harmonieuse. Il s'agira d'étendre la couverture et la référence vers les structures de soins pour la prise en charge adéquate des enfants malnutris aigus, de renforcer les institutions sanitaires au niveau périphérique pour assurer la qualité des services aux femmes et aux enfants suivant leur statut nutritionnel à travers l'Unité Nutritionnelle Supplémentaire (UNS) pour la malnutrition aiguë modérée, l'Unité Nutritionnelle Ambulatoire (UNA) pour la

malnutrition aigüe sévère sans complication et l'Unité Nutritionnelle Thérapeutique (UNT) pour la malnutrition aigüe sévère avec complications médicales.

Activité 26.1.2 : Promouvoir l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Pour assurer aux nourrissons et aux jeunes enfants, une croissance optimale et un développement harmonieux, la stratégie de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et le plan de passage à l'échelle de ladite stratégie seront renforcés pour promouvoir l'initiation précoce à l'allaitement maternel, faciliter l'accès aux aliments de complément appropriés et d'augmenter le taux des femmes qui allaitent leurs enfants jusqu'à l'âge de deux ans. Pour ce faire, des stratégies de renforcement des capacités pour le personnel à différents niveaux et de plaidoyer vers les communautés seront particulièrement développées.

Activité 26.1.3 : le Suivi de croissance des enfants

La surveillance de la croissance et la promotion d'une croissance optimale sont des éléments essentiels des soins de santé primaires des enfants. Le suivi de cette croissance est l'activité clé qui permet de dépister précocement et prendre en charge les cas de malnutrition chez le nourrisson. Cependant cette activité est très peu développée au niveau des CS. Il s'agira de la redynamiser en réintroduisant la surveillance de la croissance par les mesures du poids et de la taille de tous les enfants, intégrer les mesures représentées sur une courbe de croissance et l'interpréter. Les capacités des structures du personnel et des services devront être renforcées, y compris la mise en œuvre des mécanismes de suivi et de récupération des absents au rendez-vous du suivi. La forte implication de la communauté sera un gage de succès.

Activité 26.1.4 : Assurer une supplémentation adéquate en micronutriments pour les enfants et les femmes enceintes

Les carences sont essentiellement dues à une faible diversification alimentaire et un faible apport en micronutriments (fer, vitamine A, iode etc...). Plusieurs actions et stratégies seront entreprises pour fournir ces éléments aux populations à risque en les intégrant aux activités préventives (CPN, Consultation préventive enfants, déparasitage dans les écoles...) ainsi aussi en faisant de campagnes de promotion au sein des communautés.

Activité 26.1.5 : Assurer la surveillance nutritionnelle régulière

La surveillance nutritionnelle est une activité pluridisciplinaire qui implique plusieurs ministères. Cependant le MSP va renforcer et assurer la pérennité de la surveillance nutritionnelle sur l'ensemble du territoire. En plus des données de routines des enquêtes périodiques types enquêtes SMART (annuelle) et SLEAC seront réalisées avec pour objectifs d'évaluer l'état nutritionnel de la population afin d'informer le plan de monitoring national et réorienter ou planifier les interventions et les réponses relatives par rapport aux résultats.

VII.2. DETERMINATION DES PROGRAMMES

Pour la mise en œuvre des orientations stratégiques et actions prioritaires retenues, il est nécessaire de définir des programmes conformément à la directive de la Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC). Un programme regroupe les crédits ou des ressources destinés à mettre en œuvre une action ou un ensemble cohérent d'actions représentatif d'une politique publique clairement définie dans une perspective de moyen terme. La

détermination des programmes prépare la mise en place de la réforme relative au budget-programme

Cette réforme a pour objectifs de :

- ✓ Améliorer l'efficacité de l'action publique, pour le bénéfice de tous (citoyens, usagers, contribuables et agents de l'Etat). L'enjeu est de parvenir à dépenser mieux et à rendre plus efficace l'allocation des moyens financiers et humains au sein des programmes
- ✓ Promouvoir la gestion axée sur les résultats au sein de l'administration publique :
- ✓ Instaurer la transparence dans la gestion publique, en rendant notamment plus lisibles les documents budgétaires à la fois pour le Parlement et pour le citoyen. Dans la sphère publique, la question de l'information et de sa circulation est en effet essentielle, à la gestion publique comme à la démocratie

Trois programmes sont ainsi définis sur la base des orientations stratégiques et actions prioritaires retenues dans ce PNDS. Il s'agit de : (i) du programme de pilotage du secteur de la santé, (ii) le programme de l'offre des services et soins de santé et le programme d'accès aux services de santé

1. Programme de pilotage du secteur de la santé

La mission de ce programme consiste à définir des orientations sectorielles (politiques, stratégies, plans, directives, normes et standards etc.) de s'assurer de leur mise en œuvre, de coordonner l'ensemble du secteur et de s'assurer de l'atteinte des résultats escomptés compte tenu des ressources qui seront mises à disposition. Ce programme comprend les orientations stratégiques et actions prioritaires relatives aux piliers Gouvernance & leadership et Système d'Information Sanitaire, toutes les actions destinées à la mobilisation des ressources ainsi que le suivi et évaluation du PNDS.

2. Programme d'organisation de l'offre des services et soins de santé

La mission de ce programme va consister à organiser l'offre des services de santé et à s'assurer de la qualité de cette dernière et de son accessibilité géographique par toute la population tchadienne quel que soit son lieu de résidence. Ce programme comprend toutes les orientations et actions prioritaires des piliers suivants : prestations des services de santé, financement de la santé (sans la mobilisation des ressources), ressources humaines pour la santé, infrastructures sanitaires et équipements et les médicaments et autres produits de santé.

3. Programme d'accès aux services de santé

La mission de ce programme est de s'assurer que les services de santé sont financièrement accessibles à l'ensemble de la population, sans que cette dernière en subisse des difficultés financières ou ne bascule dans la pauvreté. Ce programme comprend l'orientation stratégique relative à la promotion des mécanismes de protection de la population contre le risque financier lié au paiement des soins de santé et toutes les actions qu'elle comprend.

4. Programme offre des services et soins nutritionnels

La mission de ce programme est de s'assurer que les activités de dépistage et de prise en charge des malnutris sont développées au niveau de tous les services de santé et avec une forte implication des communautés. Il comprend les interventions du module « Nutrition » proprement dit (les interventions en rapport avec la nutrition dans le module santé infantile et Les

interventions en rapport avec la nutrition dans le module santé maternelle et du nouveau-né) et les interventions en rapport avec la nutrition dans le module « Eau, Assainissement et Hygiène ».

VIII. PROGRAMMATION DU PNDS

Tableau 19 : Planification du PNDS

1. Gouvernance			
Objectifs et résultats attendus	Indicateurs	Budget	Ré
<i>OS.1.1 : Renforcement de la gouvernance dans les services de santé à tous les niveaux du système de santé</i>			
R.1.1.1: Les textes juridiques sont adoptés et appliqués pour accélérer l'aboutissement des réformes sectorielles			
A.1.1.1.1 : Créer un service au sein du MSP chargé d'élaborer les textes juridiques et de suivre leur adoption et application	Nombre de textes adoptés et appliqués		SG
A.1.1.1.2 : Renforcer les capacités de documentation et de communication sur le secteur de la santé	Nombre de personnes formées		SG
R.1.1.2 : La culture de la transparence et de la redevabilité dans la conduite des interventions sanitaires sont ancrées aux niveaux du système			
A.1.1.2.1: Renforcer le leadership du MSP à tous les niveaux du système de santé	Nombre de réunion avec les PTF organisées par le MSP/Nbre prévu		SG
A.1.1.2.2 : Redynamiser les instances de coordination et de dialogue politique à tous les niveaux du système de santé et les rendre fonctionnels et efficaces	Nombre de réunions tenue/nombre programmées		SG D
A.1.1.2.3 : Créer un service dédié au suivi/évaluation	Service de suivi/évaluation créé et fonctionnel		SG
A.1.1.2.4: Contrôler de manière systématique la gestion des services de santé à tous les niveaux et sensibiliser les responsables sur la bonne gouvernance	Nombre de missions de contrôle		IG
<i>OS.1.2 : Redynamisation de la multisectorialité dans la mise en œuvre des activités sanitaires à tous les niveaux du système de santé</i>			
R.1.2.1 : Le rôle de transversalité de la santé est reconnu par tous les acteurs dans le développement socioéconomique			
A.1.2.1.1 : Mettre en place des mécanismes opérationnels de concertation entre les acteurs de santé dans le suivi des activités sanitaires (PTF, Ministères, société civile, secteur privé, etc.)	Nombre de réunions tenues avec les différents acteurs/nombre réunions programmées		SG
A.1.2.1.2 : Mettre en place un cadre de dialogue et de concertation avec le secteur privé	Nombre de réunions tenues avec le secteur privée/nombre réunions programmées		SG
A.1.2.1.3 : Renforcer la mise en œuvre de la politique contractuelle	Nombre de contrats signés		SG
R.1.2.2 : Le partenariat sud-sud est effectif pour le renforcement technique du secteur de la santé			
A.1.2.2.1 : Redynamiser la coopération Sud/Sud afin de faire bénéficier le MSP de l'expertise avérée des pays partenaires	Nombre d'experts du Sud accueillis/an		SG
2. Financement de la santé			
<i>OS.2.1 : Accroissement des ressources financières en faveur du secteur de la santé</i>			
R.2.1.1: le budget du MSP a augmenté de 10% chaque année sur la base du budget 2016			

A.2.1.1.1 : Redynamiser le dialogue politique pour mobiliser davantage des ressources domestiques en faveur du secteur de la santé	% des ressources domestique dans le budget santé annuel		SG
A.2.1.1.2 : Mobiliser davantage des ressources extérieures en faveur du secteur de la santé à travers la coopération bi et multilatérale	% des ressources extérieurs dans le budget annuel de la santé		SG
A.2.1.1.3 : Mettre en place des financements innovants en faveur du secteur de la santé	Existence des ressources innovantes		SG
OS.2.2. Promotion des mécanismes de protection de la population contre le risque financier lié au paiement des soins			
R.2.2.2 : La part du paiement direct dans la DTS, les dépenses catastrophiques ainsi que le taux d'appauvrissement liés baissent progressivement au Tchad			
A.2.2.2.1 : Mettre en place une assurance maladie destinée à protéger toute la population contre le risque financier lié au paiement des services de santé	Nombre des assurés pour la santé		SG
A.2.2.2.2 : Etendre progressivement le système des mutuelles de santé dans toutes les régions du pays	Nombre de mutuelles de santé créées; nombre des adhérents aux mutuelles		SG
A.2.2.2.3 : Evaluer et consolider les mécanismes d'assistance aux populations vulnérables et aux indigents actuellement pratiqués dans le pays	Rapports d'évaluation des structures d'assurance		SG
A.2.2.2.4 : Mettre en place un mécanisme de mise en commun des ressources	Existence d'un mécanisme de mise en commun des ressources		SG
A.2.2.2.5 : Elaborer les baselines de la Couverture Sanitaire Universelle en Santé	Existence de baselines sur la CSU		SG
OS.2.3 : Amélioration de l'efficience dans l'utilisation des ressources du secteur de la santé			
R.2.3.3 : Les ressources financières allouées au secteur de la sante sont utilisées de manière efficace et efficiente			
A.2.3.3.1 : Mettre en place le budget programme en vue de promouvoir la gestion axée sur les résultats	Existence d'un budget programme		DF
A.2.3.3.2 : Mener des études d'efficience dans l'utilisation des ressources du secteur de la santé	Rapports d'études		DF
A.2.3.3.3 : Mener des études d'efficience dans l'utilisation des ressources du secteur de la santé			
A.2.3.3.3 : Redynamiser les organes de gestion des Hôpitaux et des Centres de santé	Nombre de réunion des organes de gestion des hôpitaux et des CS par rapport au nombre prévu		DF
OS.2.4 : Promotion de l'équité dans la répartition et l'affectation des ressources aux régions et districts sanitaires sur préalablement définies			
R.2.4. 4 : L'équité dans la répartition et l'affectation des ressources sur base des clefs de répartition préalablement définies			
A.2.4.4.1 : Définition des critères objectifs pour une affectation équitable des ressources financières	Mise en place des critères objectifs d'attribution des ressources		
A.2.4.4.2 : Mettre en place un mécanisme de suivi de la mise en œuvre des engagements des PTF dans le cadre du partenariat International pour la santé (IHP+) du PNDS	Mise en place d'un cadre de suivi des engagements des PTF		

A.2.4.4.3 : Organiser des sessions budgétaires annuelles pour la mise en œuvre des plans opérationnels qui seront déclinés du PNDS	Rapports des sessions budgétaires		
A.2.4.4.4 : Assurer un suivi régulier de la gestion des ressources provenant des recouvrements des coûts	Rapport des missions de contrôle de la gestion des ressources du RdC		
A.2.4.4.5 : Elaborer la Stratégie Nationale de Financement de la Santé	Existence d'une stratégie nationale de financement de la santé		
3. Ressources Humaines pour la santé			
<i>OS.3.1 : Poursuite de la dotation des formations sanitaires en RHS en quantité et en qualité suffisante</i>			
R.3.1.1 : la densité du personnel de santé augmente significativement au cours de la mise en œuvre du présent PNDS			
A.3.1.1.1 : Maintenir un quota de 500 agents toutes catégories confondus par an dans la Loi des Finances pour le recrutement du personnel de santé	Nombre de personnel intégré par an		DF
A.3.1.1.2 : Renforcer le partenariat pour le recrutement de 900 agents de santé de 2018 à 2020 pour augmenter le nombre de personnel sur fonds des partenaires	Nombre de personnel intégré par an		DF
A.3.1.1.3 : Renforcer le partenariat par la coopération (Sud - sud) pour augmenter un minimum de 50 agents tous les ans	Nombre des agents issus de la coopération sud/sud par an		DF
A.3.1.1.4 : Renforcer les capacités d'accueil et de production des écoles	Nombre des admis annuellement dans les écoles ; Nombre de personnel produits annuellement		DF
A.3.1.1.6 : Poursuivre la formation continue en spécialisation des 300 médecins et 600 paramédicaux dont respectivement 120 et 300 au Tchad	Nombre de personnel qui s'inscrit chaque année en spécialisation		DF
A.3.1.1.7 : Mettre en place des mécanismes pouvant garantir la qualité de la formation dans les écoles (privées et publiques) formant les paramédicaux	Mécanismes mis en place et leur fonctionnalité		DF
<i>OS.3.2 : Amélioration de la gestion des RHS</i>			
R.3.2.2 : Le système de gestion des RHS est renforcé et devient performant			
A.3.2.2.1 : Compléter la base des données IRHIS et de l'observatoire pour la maîtrise des effectifs des RHS et les rendre opérationnels	Les bases sont mises en place et utilisés		DF
A.3.2.2.2 : Déployer les recrues dans toutes les régions en favorisant les régions déficitaires pour raison d'équité	Situation du personnel dans les régions déficitaires par rapport à la situation de 2015		DF
<i>OS.3.3 : Renforcement des politiques et stratégies de gestion des RHS</i>			
R.3.3.1 : Les politiques et stratégies relatives aux RHS sont élaborés/actualisées et mises en œuvre			
A.3.3.1.1 : Elaborer des stratégies/politiques et mesures pour la motivation du personnel	Existences de stratégies mises en œuvre pour motiver le personnel		DF
A.3.3.1.2 : Réaliser l'évaluation à mi-parcours et finale du PSDRHS	Rapports d'évaluation du PSDRHS		DF
4. Système d'information sanitaire			
<i>OS.4.1 : Renforcement de la coordination et de leadership en matière de gestion de l'information sanitaire</i>			

R.4.1.1 : Le mécanisme de suivi technique du SIS est créé rendu fonctionnel			
A.4.1.1.1 : Redynamiser la Commission Nationale du SIS	Nombre de réunions de la commission sur le nombre prévu pour la période		DS
<i>OS.4.2 : Renforcement des capacités institutionnelles et techniques des services en charge de la gestion du Système d'Information Sanitaire</i>			
R.4.2.1 : les services en charge du Système d'Information Sanitaire mis en place sont capables de produire des données de décisions et qui sont acceptées par toutes les parties			
A.4.2.1.1 : Renforcer les capacités institutionnelles du SIS	Nombre de personnes formées aux différents niveaux du système		DS
A.4.2.1.2 : Doter les services en charge de la gestion du SIS des ressources humaines en quantité et qualité suffisantes	Nombre de ressources humaines affectées à la DSIS		DS
A.4.2.1.3 : Renforcer les capacités du SIS en matériels et équipements	Rapports de réceptions des équipements		DS
<i>OS.4.3 : élaboration d'une carte sanitaire pour rendre opérationnelle progressivement toutes les structures sanitaires</i>			
R.4.3.1 : Une carte et un découpage sanitaires sont élaborés, validés et mis en œuvre par toutes les parties			
A.4.3.1.1 : Elaborer une carte sanitaire imposable à tous	Disponibilité de la carte sanitaire		DS
A.4.3.1.2 : Réactualiser le découpage sanitaire	Rapport de mise à jour du découpage sanitaire		DS
5. Infrastructure et équipement			
<i>OS.5.1 : Renforcement de la coordination entre les différents acteurs qui interviennent dans les domaines des infrastructures sanitaires</i>			
R.5.1.1 : les textes officiels qui régissent le MO et le MOD sont actualisés et permettent une meilleure représentation, la passation des marchés et de suivi des travaux sur terrain			
A.5.1.1.1 : Plaidoyer auprès du Ministère des Infrastructures en vue de la révision des textes (Commission d'Ouverture et de Jugement des Offres, Sous-Commissions Techniques d'Elaboration et de Jugement des Offres, etc.)	Existence de texte révisés dans le domaine des infrastructures		DI
A.5.1.1.2 : Renforcer la coordination entre le MO et le MOD dans le domaine des infrastructures et des équipements	Nombre de réunions de coordinations entre le MO et le MOD		DI
<i>OS.5.2 : Renforcement du cadre stratégique et normatif relatifs aux infrastructures et des équipements médico sanitaires</i>			
R.5.2.1 : les documents de politiques, stratégies et normes dans les domaines des infrastructures et des équipements mis en œuvre			
A.5.2.1.1 : Elaborer les normes en infrastructures et équipements médico sanitaires	Existence de nouvelles normes en infrastructures et équipements		DI
A.5.2.1.2 : Evaluer et réviser la politique de maintenance	Document de politique de maintenance révisé		DI
A.5.2.1.3 : Elaborer et mettre en œuvre une stratégie basée sur les énergies renouvelables pour les infrastructures sanitaires	La stratégie sur les énergies renouvelables élaborée		DI

A.5.2.1.4 : Créer un cadre de concertation entre les différents acteurs pour le suivi des politiques, stratégies et normes dans les domaines des infrastructures et des équipements médico sanitaires	Nombre de réunions avec les différents acteurs de la santé sur les normes en infrastructures et équipements sanitaires		DI
OS.5.3 : Accroissement de la couverture en infrastructures sanitaires			
R.5.3.1 : Des infrastructures sanitaires (hôpitaux et centres de santé) sont construits et fonctionnels aux différents niveaux			
A.5.3.1.1 : Construire de nouvelles infrastructures sanitaires et achever la construction de celles dont les travaux sont en cours	Nombre des infrastructures construites		DI
A.5.3.1.2 : Construire une usine pharmaceutique, une CPA, 5 PRA, 3 dépôts sub-nationaux pour les vaccins	Existence d'une usine pharmaceutique fonctionnelle		DI
A.5.3.1.3 : Equiper et rendre fonctionnels 4 hôpitaux régionaux, 12 hôpitaux de district et 20 CS déjà construits	Nombre des hôpitaux fonctionnels		DI
6. Médicaments et autres produits de santé			
OS.6.1 : Renforcement du cadre institutionnel, juridique, organisationnel et fonctionnel qui régit le secteur pharmaceutique			
R.6.1.1 : Le cadre juridique et institutionnel est adapté au contexte et aux objectifs pour l'amélioration du secteur pharmaceutique			
A.6.1.1.1 : Elaborer, adopter et mettre en œuvre les textes juridiques et réglementaires du secteur de la pharmacie	Nombre de textes élaborés et adoptés		DC
A.6.1.1.2 : Mettre en place le mécanisme de coordination du secteur de la Pharmacie	Rapports d'activités du comité de coordination		DC
OS.6.2 : Renforcement du Système d'Assurance Qualité des médicaments et autres produits de santé			
R.6.2.1 : le Système d'Assurance Qualité fonctionnel et performant est mis en place			
A.6.2.1.1 : Renforcer les capacités techniques des services d'Assurance Qualité	Rapports d'enquête de qualité dans les services ; types de formation et nombre de bénéficiaires ?		CS
OS.6.3 : Renforcement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé dans le secteur de la santé, la disponibilité et une bonne accessibilité géographique et financière aux populations			
R.6.3.1 : la chaîne d'approvisionnement en produits de santé dispose des capacités pour garantir une disponibilité de consommables médicaux de qualité et assure une accessibilité géographique et financière aux populations			
A.6.3.1.1 : Renforcer les capacités logistiques de la chaîne d'approvisionnement et mettre en place des mécanismes de financement pérenne de service chargé de gérer les produits de santé	Liste de réception des équipements donnés aux délégations ; Disponibilité de fonds sécurisés pour le financement des services chargés de gérer les produits de santé		DC
A.6.3.1.2 : Développer les ressources humaines dans le domaine pharmaceutique	Notes mettant à disposition de la DGPL des cadres		DC
OS.6.4 : Renforcement de la lutte contre la vente illicite des médicaments			
R.6.4.1 : Les capacités institutionnelles, législatives et techniques des organes de lutte contre la vente illicite des médicaments est mieux régulé et assaini			
A.6.4.1.1 : Actualiser les textes sur la pharmacie, élaborer, adopter et mettre en œuvre un plan multisectoriel de lutte contre le marché illicite des médicaments	Nombre de textes élaborés ; un plan multisectoriel de lutte contre les médicaments illicite est mis en œuvre.		DC

A.6.4.1.2 : Renforcer les capacités techniques des services pour la promotion de l'usage rationnel des médicaments et autres produits de santé de qualité	Rapport d'enquête sur la qualité des prescriptions		DC
7. Prestations			
<i>OS.7.1 : Amélioration de la disponibilité des services de santé à tous les niveaux du système de santé</i>			
R.7.1.1 : Toutes les structures de santé fonctionnelles disposent de tous les services conformément aux normes nationales			
A.7.1.1.1 : Elaborer les normes relatives aux plateaux techniques des formations sanitaires du niveau périphérique, intermédiaire et national	Existence des normes sur les activités retenues aux différents niveaux		DC
A.7.1.1.2 : Renforcer les paquets des services de toutes les formations sanitaires existantes des niveaux périphériques, intermédiaires et centraux	Nombre de CS et d'HD avec PMA ou un PCA complet		DC
A.7.1.1.3 : Rendre fonctionnelles les formations sanitaires nouvellement construites conformément aux normes nationales	Nombre de nouvelles formations fonctionnelles après 2017 ;		DC
<i>OS.7.2 : Amélioration de la qualité des prestations des services et des soins à tous les niveaux du système de santé</i>			
R.7.2.1 : La capacité opérationnelle des services est renforcée à tous les niveaux du système de santé			
A.7.2.1.1 : Renforcer l'organisation des services disponibles à tous les niveaux du système de santé			DC
A.7.2.1.2 : Améliorer le diagnostic, la prise en charge et le suivi des malades à tous les niveaux du système de santé	Nombre de service d'imagerie et laboratoire fonctionnel ?		DC
R.7.2.2 : Les maladies non transmissibles sont correctement prises en charge à tous les niveaux du système de santé			
A.7.2.2.1 : Mettre en place le dispositif de prise en charge contre des maladies non transmissibles aux différents échelons du système de santé	Nombre de services avec capacité de prise en charge des MNT		DM
A.7.2.2.2 : Renforcer les capacités des formations sanitaires pour le diagnostic, la prise en charge et le suivi des malades souffrant des maladies non transmissibles	Nombre de services avec capacité de prise en charge des MNT		DM
<i>OS.7.3 : Amélioration de l'utilisation des services de santé à tous les niveaux</i>			
R.7.3.1 : L'accessibilité de toute la population aux services de santé est renforcée			
A.7.3.1.1 : Atteindre les populations d'accès difficile par des stratégies appropriées	Nombre des stratégies avancées et des stratégies mobiles organisées ?		DC
<i>OS.7.4 : Promotion de la santé des jeunes, des adolescents et des personnes âgées</i>			
R.7.4.1 : les services de santé des jeunes, des adolescents, des personnes vivantes avec handicap, et des personnes âgées ont des paquets d'activités à tous les niveaux du système de santé			
A.7.4.1.1 : Définir les politiques, plans stratégiques, les normes relatives à la santé des jeunes, des adolescents, des personnes vivantes avec handicap et des personnes âgées	Nombres de documents de politiques, plan stratégiques et normes produits		DC

A.7.4.1.2 : Renforcer les capacités du personnel de santé dans la prise en charge des problèmes de santé des adolescents, des jeunes, des personnes vivantes avec handicap et des personnes âgées	Nombre de personnels de santé formés		DC
<i>OS.7.5 : Renforcement des activités de santé à base communautaire dans tous les districts sanitaires</i>			
R.7.5.1 : Les activités de santé à base communautaire sont mises en œuvre dans tous les districts sanitaires fonctionnels			
A.7.5.1.1 : Organiser le cadre des interventions à base communautaire	Rapports DOSS		DC
A.7.5.1.2 : Assurer les activités de santé communautaire au niveau opérationnel	Rapports DOSS		DC
<i>OS.7.6 : Renforcement des stratégies de promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé</i>			
R.7.6.1 : Les activités promotionnelles de santé sont développées pour susciter la demande des services			
A.7.6.1.1 : Mettre en place un cadre stratégique relatif à la promotion de la santé	Un cadre stratégique est adopté et mise en œuvre		DC
A.7.6.1.2 : Mettre en place un cadre multisectoriel pour la promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé	Existence d'un cadre multisectoriel aux différents niveaux du système de santé		DC
<i>OS.7.7 : Renforcer les interventions préventives et curatives de la nutrition</i>			
R.7.7.1 : Les activités de dépistage et de prise en charge des malnutris sont développées au niveau de tous les services avec l'implication des communautés			
Activité 7.7.1.1 : Assurer une prise en charge adéquate de la malnutrition aiguë au niveau des CS et des hôpitaux.	Rapport SIS		DS
Activité.7.7.1.2 : Promouvoir l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	Rapport DNTA		DN
Activité.7.7.1.3 : le Suivi de croissance des enfants	Rapport SIS		DS
Activité.7.7.1.4 : Assurer une supplémentation adéquate en micronutriments pour les enfants et les femmes enceintes	Rapport SIS/DNTA		DN
Activité.7.7.1.5 : Assurer la surveillance nutritionnelle régulière	Résultats enquêtes		DN

IX. FINANCEMENT DU PNDS

IX.1. HYPOTHESE D'ESTIMATION DES COUTS

L'évaluation des coûts du PNDS s'est faite à l'aide de l'outil OneHealth. Les données de base retenues ont été tirées des rapports officiels. Les données des enquêtes ont été privilégiées quand elles existent ; à défaut des données des enquêtes, celles des annuaires statistiques ont été retenues. La procédure de budgétisation qui consistait à retenir des interventions « traceurs » par niveau de prestations en rapport avec la politique nationale de santé a été appliquée. Cela a conduit à faire l'analyse de leurs déterminants en termes de disponibilité des intrants essentiels, de ressources humaines, d'accessibilité, d'utilisation de ces services par la population, de couverture adéquate et de couverture effective. En outre, elle a permis de définir les stratégies, de fixer des objectifs et de déterminer les impacts en les liant aux coûts des interventions pour chaque phase pour la mise en œuvre des interventions qui ont un impact sur la santé de la population.

Sur la base des données programmatiques prises en compte dans l'outil OneHealth, certains indicateurs atteindraient les niveaux suivants :

Tableau 20: Evolution de quelques indicateurs d'impacts (2018 -2021)

INDICATEURS	2018	2019	2020	2021
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances)	860	782	757	751
Taux de mortalité infantile	72‰	56‰	45‰	37‰
Taux de mortalité néonatale	34‰	26‰	22‰	20‰
Taux de mortalité avant cinq ans	133‰	116‰	92‰	74‰

IX.2. ESTIMATION DU COUT

Le coût estimatif du PNDS3 sur les années de mise en oeuvre du PNDS est repris dans le tableau suivant :

Ce budget représente 16 USD par tête d'habitant et par an. Il prend en compte la situation économique actuelle du pays. A titre d'exemple, la dépense de santé du gouvernement en 2014 a été de 20 USD. Il convient de rappeler que pour les OMD, la dépense totale de santé recommandée (OMS-BM) était d'au moins 40 USD par habitant et par an. Les études préliminaires situent cette dépense à un minimum de 83 USD par habitant pour qu'un pays puisse atteindre la CSU et les autres cibles de l'ODD3.

Tableau 21 : Budget annuel du PNDS 3 par pilier

PILIER	2018	2019	2020	2021	Total	Proportion (%)
1. Gouvernance & leadership	930 508 677	786 936 827	772 873 501	705 643 127	3 195 962 132	0,57
2. Financement de la santé	19 167 774 666	19 169 274 666	19 167 774 666	19 167 774 666	76 672 598 662	13,64
3. Ressources Humaines pour la santé	27 458 334 992	26 793 026 422	27 705 183 371	28 636 518 904	110 593 063 690	19,68
4. Système d'information sanitaire	2 830 993 361	1 959 546 898	2 226 157 298	2 078 807 161	9 095 504 718	1,62
5. Infrastructure et équipement	19 654 487 504	62 584 200 719	37 260 665 004	37 260 665 004	156 760 018 231	27,89
6. Médicaments et autres produits de santé	25 396 268 563	41 270 084 596	48 112 604 163	49 188 413 187	163 967 370 508	29,17
7. Prestations	22 240 386 497	6 685 720 559	6 018 475 636	6 795 403 623	41 739 986 316	7,43
Total	117 678 754 260	159 248 790 686	141 263 733 639	143 833 225 672	562 024 504 257	100

Tout en prenant en compte la situation économique du pays, ce budget s'inscrit aussi dans la rupture avec le passé en termes de tendance dans la mesure où il permet quand dans ce contexte difficile de faire des avancées en termes de réalisation des résultats à un rythme assez élevé par rapport aux années précédentes. En termes de réduction de la mortalité maternelle, la réduction se fera selon un rythme de 3% par an contre 2% au cours de 10 dernières années. Concernant la mortalité infantile, la réduction attendue se fera au rythme de 12% par an contre 3% annuel au cours des dernières années.

La répartition du budget par programme est reprise dans le tableau suivant :

Tableau 22 : Répartition du budget du PNDS3 par programme

	2018	2019	2020	2021	Total	Proportion (%)
1. Programme de pilotage du secteur de la santé	840 407 106	1 676 055 655	1 163 984 330	1 461 268 956	5 141 716 047	0,91
2. Programme de l'offre des services et soins de santé	93 609 579 996	133 394 395 655	114 961 284 123	116 350 623 848	458 315 883 622	81,55
3. Programme d'accès aux services de santé	19 984 276 666	19 912 024 666	19 912 024 666	19 912 024 666	79 720 350 662	14,18
4. Programme offre des services et soins nutritionnels	3 244 490 492	4 266 314 710	5 226 440 521	6 109 308 202	18 846 553 925	3,35
Total	117 678 754 260	159 248 790 686	141 263 733 639	143 833 225 672	562 024 504 257	100

IX.3. CADRAGE BUDGETAIRE

L'estimation des financements disponibles pour le PNDS3 a été faite selon les trois (03) scénarii retenus dans le plan quinquennal de développement du Tchad 2016-2020 qui sont les suivants :

- ✓ **Scénario de base ou «actuel »** : Le taux de croissance du PIB réel est impacté par la chute des cours du pétrole observé depuis 2014 et l'insécurité dans la sous-région. L'économie connaît une récession en 2016 avec un taux de croissance de -2,6%. Cette croissance atteindra 4,4% au cours de la période 2017-2020.
- ✓ **Scénario optimiste ou « d'un Tchad émergent »** : le taux de croissance du PIB réel soutenu d'une part par la diversification de l'économie et la promotion des unités de production à travers la mise en place des infrastructures d'appui financés sur des ressources intérieures et extérieures. L'on s'attend à une régression de l'économie de l'ordre de - 1,7%).

Entre 2017 et 2020, le taux moyen de croissance du PIB réel atteindrait 4,7% grâce d'une part à la mobilisation des ressources intérieures et extérieures pour financer les secteurs structurants et d'autre part, à la stabilité politique au niveau national et international.

- ✓ **Scénario pessimiste ou « d'un Tchad en état de chocs extrêmes »** : le taux de croissance du PIB réel est dépendant des aléas climatiques, des ressources naturelles dont le pétrole, et de l'insécurité dans la sous-région entravant les échanges commerciaux et les investissements publics et privés. L'économie connaîtrait des récessions entre 2016 et 2017, où le taux de croissance passerait respectivement de -2,3 à -1,8%. Le taux moyen de croissance du PIB réel serait de 3,2% pour la période allant de 2018 à 2021.

NB : Les données macroéconomiques prises en compte sont celles fournies par le Ministère du plan

IX.4. ANALYSE DES GAPS

Les gaps selon les différents scénarios sont repris dans le tableau suivant:

Tableau 23: Gap de financement selon les différents scénari

	2018	2019	2020	2021	Total	%
Dépenses planifiées	117 678 754 260	159 248 790 686	141 263 733 639	143 833 225 672	562 024 504 257	100
Espace Financier Scénario de base	69 846 999 983	66 923 999 997	65 470 999 980	69 846 999 983	272 088 999 942	48,4
GAP	47 831 754 277	92 324 790 689	75 792 733 659	73 986 225 689	289 935 504 315	51,6
Scenario pessimiste	66 355 000 011	63 578 000 011	62 197 000 018	66 354 999 981	258 485 000 020	46,0
GAP	51 323 754 249	95 670 790 675	79 066 733 621	77 478 225 691	303 539 504 237	54,0
Espace Financier Scénario optimiste	73 339 000 005	70 268 999 991	68 744 999 994	73 338 999 984	285 691 999 975	50,8
GAP	44 339 754 255	88 979 790 695	72 518 733 645	70 494 225 688	276 332 504 282	49,2

Les gaps sont importants dans tous les scénarii, mais ils pourront diminuer au fur et à mesure que les données des ressources disponibles seront collectées.

X. CADRE DE MISE EN OEUVRE

X.1. CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE

Le PNDS3 est un outil du Gouvernement pour le secteur de la santé, sa mise en œuvre se fera sous le leadership du MSP. Elle impliquera tous les départements du gouvernement, les partenaires au développement, la société civile ainsi que le secteur privé qui interviennent dans le secteur de la santé.

1. Rôles et responsabilités du gouvernement

Les départements ministériels devront chacun en ce qui le concerne, apporter sa contribution pour soit maintenir, soit améliorer la santé de la population. Les ministères suivants auront un rôle de premier plan à jouer : le Ministère en charge de la santé, du ministère en charge de l'action sociale et le ministère en charge des finances. Chacun de ces ministères aura une responsabilité particulière dans le cadre de la mise en œuvre de la SCUS qui est au centre de ce PNDS.

Le ministère de la santé publique

La responsabilité du MSP est de développer l'offre des services de santé de qualité et d'assurer que toutes les populations, quel que soit leur milieu de résidence ou leur mode de vie, etc. ont un accès équitable à ces services. Le MSP devra également mobiliser les autres départements ministériels à élaborer et mettre en œuvre des politiques sectorielles favorables à la santé. Le MSP devra en plus mobiliser les ressources tant intérieures qu'extérieures pour financer la mise en œuvre du PNDS3.

Le ministère en charge de l'action sociale

Le ministère en charge de l'action sociale aura pour responsabilité de contribuer à la mise en place l'assurance maladie en vue de protéger la population contre le risque financier lié au paiement des soins de santé. Cette responsabilité devra être assumée en parfaite collaboration avec le MSP chargé d'organiser l'offre des services.

Le ministère en charge des finances

Le ministère en charge des finances a pour responsabilité, la mise à disposition des ressources nécessaires à la réalisation des activités retenues dans le PNDS3.

La Primature

L'implication dans la mise en œuvre du PNDS de tous les départements ministériels nécessite une coordination à un niveau élevé de l'appareil de l'Etat. Cette coordination sera assurée par la Primature.

2. Rôles et responsabilités des partenaires au développement

Les partenaires au développement selon leurs missions/mandats seront appelés à apporter leurs appuis techniques et/ou financiers dans la mise en œuvre du PNDS3 pour l'amélioration de la santé conformément aux ODD. Il est attendu que l'appui apporté (à la fois sur le plan technique que financier), puisse contribuer à réduire l'impact de la crise économique actuelle sur l'atteinte des résultats attendus du secteur de la santé dans le cadre du programme de développement durable dans lequel le pays s'est engagé.

3. Le secteur privé

Le secteur privé lucratif et non lucratif apportera sa contribution à la mise à disposition d'une offre des services et soins de santé de qualité conformément à la politique nationale de santé.

4. Les organisations de la société civile

La société civile aura à jouer le rôle suivant : (i) Contribuer à susciter la demande de service, (ii) Contribuer à améliorer l'offre et acheter les services à travers les mutuelles de la santé.

X.2. PROCESSUS DE PLANIFICATION OPERATIONNELLE

La mise en œuvre du PNDS3 se fera sur base des plans opérationnels qui seront élaborés et/ou actualisés chaque année. Il s'agit du Cadre des dépenses sectorielles à moyen terme (CDSMT) et les plans d'action opérationnels (PAO).

Cadre de dépenses sectorielles à moyen terme

Un cadre des dépenses sectorielles à moyen terme sera élaboré dès le début de la mise en œuvre du PNDS pour une durée de 3 ans. Le CDSMT est un plan glissant qui sera actualisé au début de chaque année et gardera toujours sa durée de 3 ans. En tant que l'une des composantes du CDMT piloté par le ministère en charge des finances, Il sera élaboré sur base des instructions et des plafonds budgétaires fournis par ce dernier ministère.

Sur le plan sectoriel, le CDSMT sera élaboré sur base des programmes du PNDS3. Le MSP élaborera un CDSMT basé sur les programmes de pilotage du système de santé et de l'organisation de l'offre des services et soins de santé. Le programme d'accès aux services de

santé sous la responsabilité du ministère en charge de la sécurité sociale fera partie du CDSMT de ce ministère.

Les CDSMT seront des outils par excellence de la gestion axée sur les résultats. Ils lieront les résultats aux ressources qui seront mises à disposition. Ils définiront les responsabilités dans l'atteinte des résultats et initieront les réformes structurelles à la fois sectorielles et intersectorielles nécessaires à la mise en œuvre du PNDS3

Plan d'action opérationnelle

Sur la base du CDSMT du MSP, toutes les structures à tous les niveaux élaboreront des plans d'actions opérationnels pour la mise en œuvre du PNDS. Ces Plans d'action opérationnel (PAO) seront élaborés sur base des missions respectives de chaque niveau et de chaque structure. Sur base des PAO des CS, les équipes cadres des districts incluront dans leurs propres plans les besoins d'appui à ces derniers. Sur base des PAO des DS, les Délégations Régionales incluront dans leurs PAO les besoins d'appui à ces derniers.

X.3. MECANISMES DE COORDINATION ET ORGANES DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE

La coordination de la mise en œuvre du PNDS3 sera assurée aux différents niveaux du système de santé : Central, Intermédiaires (région) et Périphérique (District). Les principaux acteurs concernés par le secteur de la santé seront impliqués dans la coordination de la mise en œuvre du PNDS3 à travers les organes de coordination à différents niveaux du système de santé. Ces organes sont décrits dans le Plan de suivi et évaluation du PNDS3.

X.4. SUIVI ET EVALUATION

Pour assurer une bonne efficacité dans la mise en œuvre du PNDS3, il a été élaboré un plan spécifique de suivi et d'évaluation fondé sur les objectifs du PNDS. Le plan décrit ainsi les organes et les mécanismes du suivi et évaluation ainsi que les principaux indicateurs.

ANNEXES

- 1- Cartographie budgétaires
- 2- Liste des documents consultés
- 3- Equipe de rédaction du PNDS3

ANNEXE 1

Cartographie budgétaire, Budget PNDS par pilier et par orientation stratégique

Tableau 24: Cartographie budgétaire, Budget PNDS par pilier et par orientation stratégique

ORIENTATION STRATEGIQUE	2018	2019	2020	2021
1. Gouvernance & leadership	793 610 702	640 881 251	702 817 926	635 587 926
OS.1.1 : Renforcement de la gouvernance dans les services de santé à tous les niveaux du système de santé	531 765 996	394 325 995	448 290 996	372 400 996
OS.1.2 : Redynamisation de la multisectorialité dans la mise en œuvre des activités sanitaires à tous les niveaux du système de santé	261 844 706	246 555 256	254 526 930	263 186 930
2. Financement de la santé	19 173 274 666	19 169 274 666	19 167 774 666	19 167 774 666
OS.2.1 : Accroissement des ressources financières en faveur du secteur de la santé	-	-	-	-
OS.2.2. Promotion des mécanismes de protection de la population contre le risque financier lié au paiement des soins de santé	19 159 524 666	19 159 524 666	19 159 524 666	19 159 524 666
OS.2.3 : Amélioration de l'efficacité dans l'utilisation des ressources du secteur de la santé	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
OS.2.4 : Promotion de l'équité dans la répartition et l'affectation des ressources aux régions et districts sanitaires sur base des clefs de répartition préalablement définies	11 750 000	7 750 000	6 250 000	6 250 000
3. Ressources Humaines pour la santé	27 124 162 295	26 186 301 711	26 981 195 860	27 868 569 860
OS.3.1 : Poursuite de la dotation des formations sanitaires en RHS en quantité et en qualité suffisante	26 683 180 095	25 895 635 511	26 799 799 660	27 695 328 711
OS.3.2 : Amélioration de la gestion des RHS	69 252 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000
OS.3.3 : Renforcement des politiques et stratégies de gestion des RHS	371 730 200	288 166 200	178 896 200	170 741 200
4. Système d'information sanitaire	2 430 993 361	1 559 546 898	1 826 157 298	1 678 807 298
OS.4.1 : Renforcement de la coordination et de leadership en matière de gestion de l'information sanitaire	603 637 063	106 346 000	401 346 000	199 792 500
OS.4.2 : Renforcement des capacités institutionnelles et techniques des services en charge de la gestion du Système d'Information Sanitaire	1 814 856 298	1 440 700 898	1 412 311 298	1 466 514 600

OS.4.3 : Elaboration d'une carte sanitaire pour rendre opérationnelle progressivement toutes les structures sanitaires et réalisation d'enquêtes/études	12 500 000	12 500 000	12 500 000	12 500 000
5. Infrastructure et équipement	20 634 930 214	64 028 065 391	38 507 807 714	38 696 029 000
OS.5.1 : Renforcement de la coordination entre les différents acteurs qui interviennent dans les domaines des infrastructures et équipements médico sanitaires	1 248 200 000	488 400 000	555 900 000	555 900 000
OS.5.2 : Renforcement du cadre stratégique et normatif relatifs aux infrastructures et des équipements médico sanitaires, y compris leur maintenance	715 242 710	995 964 672	691 242 710	879 464 600
OS.5.3 : Accroissement de la couverture en infrastructures sanitaires	18 671 487 504	62 543 700 719	37 260 665 004	37 260 665 000
6. Médicaments et autres produits de santé	1 424 339 554	1 219 457 648	1 008 608 228	789 754 000
OS.6.1: Renforcement du cadre institutionnel, juridique, organisationnel et fonctionnel qui régit le secteur pharmaceutique	80 397 975	43 055 575	43 055 575	43 055 575
OS.6.2 : Renforcement du Système d'Assurance Qualité des médicaments et autres produits de santé	623 850 516	627 331 329	627 331 329	621 529 900
OS.6.3 : Renforcement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé dans le secteur de la santé afin de garantir une bonne disponibilité et une bonne accessibilité géographique et financière aux populations	685 644 613	519 340 293	330 007 624	116 955 400
OS.6.4 : Renforcement de la lutte contre la vente illicite des médicaments	34 446 450	29 730 450	8 213 700	8 213 700
7. Prestations	46 097 443 469	46 445 263 122	53 069 371 947	54 996 701 900
OS.7.1 : Amélioration de la disponibilité des services de santé à tous les niveaux du système de santé	428 964 740	14 059 680 081	23 196 858 372	27 602 482 100
OS.7.2 : Amélioration de la qualité des prestations des services et des soins à tous les niveaux du système de santé	38 247 131 385	25 540 775 151	22 419 329 161	19 481 777 300
OS.7.3 : Amélioration de l'utilisation des services de santé à tous les niveaux	555 428	973 700	1 309 630	1 463 200

OS.7.4 : Promotion de la santé des jeunes, des adolescents et des personnes âgées	197 181 372	198 841 761	193 205 668	187 200 4
OS.7.5 : Renforcement des activités de santé à base communautaire dans tous les districts sanitaires	100 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 0
OS.7.6 : Renforcement des stratégies de promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé	5 276 530 798	4 591 488 163	5 140 952 944	5 581 880 5
OS.7.7: Renforcer les interventions préventives et curatives de la nutrition	916 070 703	1 019 904 266	1 082 356 173	1 104 602 1
OS7.8 : Préparation et réponse aux urgences en santé	931 009 042	933 600 000	935 360 000	937 296 0

ANNEXE 2 :

LISTE DOCUMENTS DE REFERENCE

Tableau 25: LISTE DE DOCUMENTS DE REFERENCE

1	ANNUAIRE STATISTIQUES SANITAIRES TCHAD TOME A 2015 et 2014
2	ARRETE 0154-2015 ORGANISATION MSP TCHAD – COPIE
3	ARRETE 417 CREANT COMITE REV PNS
4	BUDGET PDS DGPL 2007-2020
5	CADRE LOGIQUE PDS DGPL 2017
6	CARTOGRAPHIE PTF SANTE, PRESENTATION A LA REVUE SECTORIELLE 2015
7	CDMT MSP 2017
8	COMITE DE REDACTION PNDS3
9	CONSTITUTION DU TCHAD
10	DOCUMENTS DU COMITE DIRECTEUR 2016 BONGOR
11	DOCUMENTS REVUE SECTEUR SANTE 2015 SARH
12	LA STRATEGIE NATIONALE DE LA PROTECTION SOCIALE
13	OBJECTIFS DES ODD
14	PACTE ENTRE LE GOUVERNEMENT ET SES PARTENAIRES DU SECTEUR DE LA SANTE
15	PAO DSRV 2016
16	PLAN CADRE DES NATIONS UNIES D'ASSISTANCE AU DEVELOPPEMENT (UNDAF) 2017-2021
17	PLAN D'ACTION INTERSECTORIEL DE NUTRITION ET D'ALIMENTATION (PAINA) 2017-2021 (JAN. 2017)
18	PLAN D'ACTION POUR L'ACCELERATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (RSI 2005) AU TCHAD
19	PLAN DIRECTEUR DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES (MTN)
20	PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE PNDS 2017-2020 (AVRIL 2017)
21	PLAN PLURI ANNUEL COMPLET DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION DU TCHAD 2013 – 2017
22	PLAN QUINQUENNAL DE DEVELOPPEMENT (PQ 2016–2020) de la « vision 2030, le Tchad que nous voulons » (Septembre 2016)
23	PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT DES RH POUR LA SANTE AU TCHAD.
24	PLAN STRATEGIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE 2015-2018 (juin 2015)
25	PLAN STRATEGIQUE NATIONAL POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE DU TCHAD 2017 – 2019

2 6	PNDS 2 Version finale
2 7	PNS 2016 -2030
2 8	PRDS 2017/2020 des 23 DSR
2 9	POLITIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE AU TCHAD
3 0	POLITIQUE NATIONALE DE CONTRACTUALISATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE (mars 2014)
3 1	POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION ET D'ALIMENTATION 2014 – 2025 ADOPTE EN 2015
3 2	POLITIQUES ET NORMES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION (AVRIL 2011)
3 3	PRESENTATIONS ATELIER REVUE ET PROGRAMMES 2017
3 4	RAPPORT ENQUETE EDS/MICS 2014/2015
3 5	RAPPORT ENQUETE SARA 2015
3 6	RAPPORT SUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN EN AFRIQUE 2016 (PNUD)
3 7	STRATEGIE NATIONALE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE DU TCHAD (SEPTEMBRE 2014)
3 8	STRATEGIQUES RELATIVES AUX RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE (1)
3 9	TDR Comité technique PNDS3

ANNEXE 3:

Tableau 26: Equipe de Redaction du PNDS3

	NOM/PRENOM	TITRE
1	Dr ROHINGALAOU NDOUNDO	Directeur Général de l'Action Sanitaire
2	DJEDOUSSOUM NAOUNDANGAR	Coordinateur du BCE
3	MOUSSA ASSAYE	Directeur de la Planification
4	ALLAYE AMBOULMATO	Directeur Adjoint DSIS
5	LIPELBA GALY	Directeur Adjoint DIES
6	NAOUDJI YANAMRA	Conseiller à la DRH
7	MAHAMAT ISMAEL IBRAHIM	CSPB/BF
8	DR DAOUDA LAW	DGPML
9	DJIMADOUMNGUE NGARHOIBA	Chef de Service Planification
10	DR BRAHIM HAMID	Inspecteur Général
11	Dr MBAITOLOUM WEINA	Consultant National pour le PNDS3
12	Dr KALAMBAY NTEMBWA Hyppolite	Expert International PNS/PNDS OMS
13	PASCAL SEDGO	Consultant international OneHealth OMS
14	AMADOU ALHASSANE	Consultant International OneHealth OMS
15	ABATCHA KADAI	OMS/Tchad
16	MARTINE YOYAMMEL	OMS/Tchad
17	Dr ZINA YAKOUBA	OMS/Tchad