**REPUBLIQUE DU TCHAD**

**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE PNDS 2018-2022**

**DRAFT 01**

**JUIN 2017**

TABLE DES MATIERES

[INTRODUCTION 4](#_Toc484803286)

[LISTE DES ACCRONYMES 5](#_Toc484803287)

[I. GENERALITES 6](#_Toc484803288)

[1.1. CONTEXTE POLITIQUE ET ADMINISTRATIF 6](#_Toc484803289)

[1.2. DONNEES GEOGRAPHIQUES 6](#_Toc484803290)

[1.3. DONNEES DEMOGRAPHIQUES 7](#_Toc484803291)

[1.4. DONNEES ECONOMIQUES 8](#_Toc484803292)

[1.5. REFERENTIEL AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT 9](#_Toc484803293)

[II. SITUATION SANITAIRE 10](#_Toc484803294)

[2.1. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION 10](#_Toc484803295)

[2.1.1. SANTE DE LA FEMME 10](#_Toc484803296)

[2.1.2. SANTE DE L’ENFANT 10](#_Toc484803297)

[2.1.3. SANTE DE L’ADOLECENT 12](#_Toc484803298)

[2.1.4. SANTE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES VIVANT AVEC HANDICAP 13](#_Toc484803299)

[2.1.5. PRINCIPAUX DETERMINANTS DE LA SANTE 13](#_Toc484803300)

[2.2. ANALYSE DE LA REPONSE DU SYSTÈME DE SANTE 14](#_Toc484803301)

[2.2.1. GOUVERNANCE ET LEADERSHIP 14](#_Toc484803302)

[2.2.2. RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE 18](#_Toc484803303)

[2.2.3. MEDICAMENTS, AUTRES PRODUITS DE SANTE ET LABORATOIRE 21](#_Toc484803304)

[2.2.4. INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET MAINTENANCE 27](#_Toc484803305)

[2.2.5. FINANCEMENT DE LA SANTE 31](#_Toc484803306)

[2.2.6. INFORMATION SANITAIRE ET RECHERCHE 39](#_Toc484803307)

[2.2.7. PRESTATIONS DES SERVICES ET DES SOINS DE SANTE 42](#_Toc484803308)

[III. SYNTHESE DES RESULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2 60](#_Toc484803309)

[IV. PROBLEMES PRIORITAIRES 61](#_Toc484803310)

[4.1. PROBLEMES DE SANTE DE LA POPULATION 61](#_Toc484803311)

[4.2. PROBLEMES LIES AUX A LA REPONSE ACTUELLE DU SYSTÈME DE SANTE 62](#_Toc484803312)

[V. RAPPEL DE LA STRATEGIE NATIONALE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE 68](#_Toc484803313)

[VI. RAPPEL DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE 70](#_Toc484803314)

[6.1. VISION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE 70](#_Toc484803315)

[6.2. FONDEMENT, VALEURS ET PRINCIPES 70](#_Toc484803316)

[6.3. ORIENTATIONS GLOBALES DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE 71](#_Toc484803317)

[VII. OBJECTIFS, AXES D’INTERVENTION, ACTIONS PRIORITAIRES 72](#_Toc484803318)

[7.1. OBJECTIFS GENERAL ET SPECIFIQUES 72](#_Toc484803319)

[7.2. CHAINE DES RESULTATS 74](#_Toc484803320)

[7.3. ORIENTATIONS STRATEGIQUES 75](#_Toc484803321)

[7.4. DETERMINATION DES PROGRAMMES 96](#_Toc484803322)

[VIII. FINANCEMENT DU PNDS 97](#_Toc484803323)

[8.1. HYPOTHESE D’ESTIMATION DES COUTS 97](#_Toc484803324)

[8.2. ESTIMATION DU COUT 98](#_Toc484803325)

[8.3. CADRAGE BUDGETAIRE 99](#_Toc484803326)

[8.4. PLAN DE FINANCEMENT DU PNDS 100](#_Toc484803327)

[8.5. ANALYSE DES GAPS 101](#_Toc484803328)

[IX. CADRE DE MISE EN OEUVRE 101](#_Toc484803329)

[9.1. CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE 101](#_Toc484803330)

[9.2. PROCESSUS DE PLANIFICATION OPERATIONNELLE 103](#_Toc484803331)

[9.3. ORGANES DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE 104](#_Toc484803332)

[9.4. MECANISMES DE COORDINATION 104](#_Toc484803333)

[X. SUIVI ET EVALUATION 105](#_Toc484803334)

[XI. ANNEXES 106](#_Toc484803335)

# INTRODUCTION

Le 15 septembre 2015, la communauté internationale a adopté le Programme de développement durable à l’horizon 2030. Cet ambitieux Programme vise 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.

Le Programme comprend 17 Objectifs de Développement Durable (ODD) et 169 cibles. Ces objectifs s’inscrivent dans le prolongement des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et visent à réaliser ce que ceux-ci n’ont pas permis de faire. Ils visent aussi à réaliser les droits de l’homme pour tous, l’égalité entre les sexes et l’autonomisation des femmes et des filles. Intégrés et indissociables, les ODD concilient les trois dimensions du développement durable : économique, sociale et environnementale.

La santé est l’un des piliers de la dimension sociale du Programme de Développement Durable. L’ODD3 concerne la santé. Il consiste à ***« Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».***

Le Programme de Développement Durable met l’accent sur l’équité. Il stipule au point 26 de la Déclaration que : *« Pour favoriser la santé et le bien-être physique et mental et pour allonger l’espérance de vie, nous devons assurer la couverture sanitaire universelle et l’accès de tous à des soins de qualité. Personne ne doit être laissé pour compte ».* Cette déclaration donne toute son importance à la Couverture Sanitaire Universelle qui est la Cible 8 de l’ODD3 et qui contribue à la réalisation de toutes les autres cibles de celui-ci.

Pour réaliser ses engagements en rapport avec le Programme de Développement Durable, le gouvernement tchadien a actualisé et adopté une nouvelle Politique Nationale de la Santé (PNS) et un Plan Stratégique de la Couverture Sanitaire Universelle respectivement en 2015 et 2016. Ces documents stratégiques constituent avec le plan national de développement (PND), le cadre de référence pour ce troisième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2017-2020).

Le PNDS 2017-2020 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 PNS et du Plan Stratégique de la Couverture Universelle en santé pour les 5 prochaines années.

# LISTE DES ACCRONYMES

# GENERALITES

## CONTEXTE POLITIQUE ET ADMINISTRATIF

Le Tchad est un Etat unitaire. Le processus de décentralisation et de déconcentration des services vers les régions, départements et communes pour un développement harmonieux est enclenché. Le pays compte 23 régions dont celle de N’Djaména, 67 départements et 273 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, notamment les organes de décisions et les infrastructures socio sanitaires.

Du point de vue politique, la Constitution du 31 Mars 1996, révisée le 06 juin 2005, prévoit un régime de type présidentiel et le Président de la République incarne le pouvoir exécutif. Il est élu pour un mandat de 5 ans et 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. Il existe aussi un Haut Conseil de la Communication chargé de garantir la liberté de la presse et l’expression pluraliste des opinions. Enfin, les partis politiques, les associations de la société civile et les mass médias concourent au renforcement de la démocratie.

## DONNEES GEOGRAPHIQUES

Le Tchad est un état continental, classé 5ièmeparmi les pays les plus vastes du continent africain. Situé entre les 8ième et 14ième degrés de latitude Nord et les 14ème et 24ème degrés de longitude Est, il couvre une superficie de 1 284 000 km². Le Tchad 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 de montagnes, on trouve également des montagnes au Sud-Est. 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 entrainent 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, 9 sont enclavées en partie en saison pluvieuse. Il s’agit de la moitié du Salamat, d’une partie du 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 chaines 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.

## DONNEES DEMOGRAPHIQUES

La population du Tchad, selon le RGPH2 de 2009, était de 11.039.873 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 urban, 78,1% en milieu rural et 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 DSR des Mayo Kebbi Ouest et Est, de la Tandjilé et du Mandoul 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%. Ainsi, la population du pays peut être estimée en 2016 à 14.107.527 d’habitants. 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 de populations cibles**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Années** | **Population Totale** | **Grossesses attendues** | **Naissances attendues représentent** | **Nourrissons de 0-11 mois**  | **Enfants de 0-59 mois**  | **Jeunes de moins de 15 ans**  | **Femmes en âge de procréer**  |
|  |  | 4,23% | 4,10% | 3,70% | 20,20% | 50,60% | 21,76% |
| **2 015** | 13 670 084 | 578 245 | 560 473 | 505 793 | 2 761 357 | 6 917 063 | 2 974 610 |
| **2 016** | 14 107 527 | 596 748 | 578 409 | 521 978 | 2 849 720 | 7 138 409 | 3 069 798 |

***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 RGPHII |
| Femme | 53,4 ans RGPHII |

***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.

## DONNEES ECONOMIQUES

Le Tchad, qui a rejoint l’Organisation des pays producteurs de pétrole (OPEP) 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 1 024 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. Au même moment, le pays a connu une baisse de la pluviométrie et une dégradation du contexte sécuritaire.

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 conditions climatiques et elle a baissé de 12% en 2015.

L’élevage et l’agriculture vivrière (24% du PIB) ainsi que le commerce (11,6%) 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).

Le taux de croissance du PIB qui était resté à 2,5% (contre 6,9 % en 2014), en  dépit d’un taux de croissance exceptionnel de l’ordre de 33,8% dans le secteur pétrolier, continue à baisser. Le taux d’inflation annuel moyen a atteint 4,2% 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 maques des ressources. Les secteurs des services et de la construction ont ressenti les effets de la détérioration du contexte sécuritaire, de la forte réduction des dépenses publiques et de l’accumulation des arriérés de l’Etat à l’égard des fournisseurs locaux.

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 trop forte 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 185ème rang sur 188 en 2015 contre 184ème 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 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, et est menacé par les actes terroristes de la secte islamiste Boko Haram au Nord du Nigeria et du Cameroun.

## 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.

# SITUATION SANITAIRE

## ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

### SANTE DE LA FEMME

Les résultats de l’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 10 ans. La cible fixée par le pays pour 2015 (OMD) était de 275 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 ciblée 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 inférieur 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 traditions, etc.

Les Couvertures de la première et quatrième consultations prénatales (CPN1 et CPN4) sont passées respectivement de 53% et 23% en 2004 à 64% et 31% en 2014. La couverture en VAT 2 + des femmes enceintes est passée de 42% en 2004 à 56% en 2014. La couverture en accouchements assistés par un personnel qualifié est passée de 20,7% en 2004 à 34 % en 2014. Cette couverture est plus élevée 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 en 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. La couverture n’est que de 8.65%[[1]](#footnote-1) 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%.

### SANTE DE L’ENFANT

Entre 2004 et 2014, le taux de mortalité néonatale de 48‰ à 34‰ pour une cible OMD fixée à 12‰. Le taux de mortalité infantile est passé de 102‰ à 72‰ soit une réduction moyenne annuelle de 3%. La cible de l’OMS était fixée à 64‰. 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 : le taux est plus faible dans le Wadi Fira (67‰) et beaucoup plus élevé dans le Logone Oriental (230‰). Le taux 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 espace 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, 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 MILDA  | 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 |  | 17.6% |
| % des femmes ayant reçu au moins 3 doses de Traitement préventif du Paludisme durant la grossesse |  | 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 (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 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 Sources :

**Enquêtes SMART 2010 – 2016)**

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 changements[[2]](#footnote-2).

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 a 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.[[3]](#footnote-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.

### SANTE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES VIVANT AVEC HANDICAP

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.

### 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 des îles 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 les maladies hydriques dans le sud.

**Le Tchad est enclavé an 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.

**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.

**Hygiène, eau et 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.

**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 drogue. 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.

## ANALYSE DE LA REPONSE DU SYSTÈME DE SANTE

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

### 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 lucratif qui repose sur des textes désuets ou inexistants. 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.

1. **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, 5 ans officiellement (mais 3 ans en réalité pour le PNDS2&3) 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 (les mêmes personnes sont impliquées 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 jusqu’en 2016. Le PNDS3 prévu pour 2017-2020 ne pourra être validé que vers le milieu de l’année 2017 dans le meilleur des cas. En plus, l’implication des responsables de niveau supérieur est très limitée. Le dossier n’est pas porté le plus souvent par les décideurs car leur disponibilité n’est pas toujours acquise compte tenu de la charge de leurs fonctions et les services techniques sont limités dans la prise de décisions.

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 le PNDS reste sur des cycles de 3 à 4 ans.

Par ailleurs, le MSP ne dispose pas de capacités suffisantes pour organiser le suivi et évaluation du PNDS et il n’arrive pas à mobiliser à temps les ressources nécessaires à la planification stratégique et à l’organisation des évaluations à mi-parcours et finale du PNDS. Une des recommandations de l’évaluation du Pré-acte signé par le gouvernement et ses partenaires 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 sont fonctionnels sans cela le suivi des engagements du Pacte ne sera pas efficace.

1. **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 pilotages, comités directeurs des DSR et DS, cluster santé comité de suivi du PNDS, 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 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.

1. **Le partenariat**

Il n’existe pas de directives nationales définies en matière de partenariat. Les conventions sont signées entre le gouvernement et les partenaires au fur et à mesure que les opportunités se présentent. Cependant, le partenariat s’est renforcé avec l’adhésion du Tchad au Partenariat International pour la Santé (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. Ce qui est certain, si l’on se réfère au contenu du document, le lien entre les engagements pris et l’effectivité de leur réalisation n’est pas évidente.

La dynamique de la multi-sectorialité 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. Cependant, les données ne sont pas disponibles pour évaluer son efficacité. 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.

1. **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 des écoles régionales de santé** 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 de suffisamment des ressources propres 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 réforme institutionnelle** ayant abouti à la réorganisation et au 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. Cela a 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’Etat 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 d’une direction (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.

1. **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. 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) de l’insuffisance des ressources au sein du MSP ;(iii) la mise en œuvre réelle des politiques et stratégies et, (iv) de 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.

1. **Redevabilité/Inspection**

La culture de la gestion axée sur les résultats et de la redevabilité n’existe pratiquement pas en raison de l’insuffisance des activités de plaidoyer et de sensibilisation pouvant contribuer à son développement. La gestion axée sur les résultats ne concerne que les prestations des services dans certains DS. Le contrôle de la gestion des ressources a été renforcé grâce à l’Inspection Générale du MSP et aux missions ponctuelles annuelles 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.

.

1. **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. Le nombre des districts sanitaires est en perpétuel augmentation et estimé a environ 117 à ce jour. Comme résultat, les populations couvertes et 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.

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.

1. **Dialogue politique en santé**

Le Dialogue politique en santé existe au Tchad depuis environ 5 ans. 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*.*

### RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

* + - 1. **Effectifs des ressources humaines pour la santé**

A la fin de l’année 2016, le Tchad disposait de 10 223 personnels de santé dont 8 149 constitués des médecins, des infirmiers et des accoucheuses (personnel directement impliqués dans l’offre des soins). Ce personnel est reparti de façon très inégale entre les régions comme le montre le tableau suivant.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Régions sanitaires | Population(2016) | Médecins | Autre[[4]](#footnote-4)s professionnels soignants  | Professionnels des soins infirmiers (ATS, IDE) | Professionnels des soins obstétricaux (SFDE) | Professionnels de santé pour mille habitants | 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 |
| Hadjer Lamis | 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. Occident | 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 |
| 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***

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 personnels de santé pour 1000 habitants[[5]](#footnote-5). 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 variant 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 des 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.

Le MSP a fourni des efforts dans la maitrise 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) la signature en décembre 2011, d’un protocole d’accord 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.) ; un autre décret du 17 avril 2013 a déterminé 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.

* + - 1. **Cadre organique et gestion prévisionnelle des RHS**

Le MSP ne dispose pas d’un cadre organique, ceci ne permet pas de savoir de combien des ressources humaines dont le MSP a besoin pour faire fonctionner de façon optimale l’ensemble de ses structures de santé. Dans le cadre de la mise en œuvre du PSDRHS, le pays a amorcé la mise en place de la gestion prévisionnelle des RHS à travers l’outil de gestion de la base des données Irhis, mis en place depuis 2012, pour un pilotage des effectifs. 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 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.

* + - 1. **Production des ressources humaines pour la santé**
1. **Formation initiale**

Suite aux constats de la faiblesse de production des écoles publiques, il a été créés quatre sites de formations initiale décentralisée à Abéché, Moundou, Sarh et N’Djaména et une école à Biltine. Les FID ont été érigées en Ecole Régionales de Santé 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 lucratives). L’évaluation de 22 écoles privées 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. La mise en œuvre de ces curricula n’est pas encore effective par ce que le cadre juridique de mise œuvre n’est pas disponible. 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

1. **Formation continue**

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 de l’UNFPA a permis également d’envoyer 15 médecins entre 2011 et 2015 pour une spécialisation en gynécologie/obstétrique à Cotonou, au Bénin.

Pour la mise en œuvre du Plan Stratégique pour le Développement des Ressources Humaines en santé  (PSDRHS) 2013-2020, le Ministère de la Santé Publique a mis en place une Commission d’attribution de bourses d’études par transformation de salaire. C’est ainsi que de 2014 à 2016 145 médecins et 252 paramédicaux ont bénéficié de bourses d’études pour la 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 lors.

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 bien que cela soit prévu dans le Plan Développement en RHS. Le plan de carrière qui a été validé en 2015 n’a pas connu un début de mise en œuvre.

### MEDICAMENTS, AUTRES PRODUITS DE SANTE ET LABORATOIRE

* + - 1. Cadre institutionnel et juridique

Conformément à la feuille de route pour la réforme du secteur Pharmaceutique, l’Autorité 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 l’exercice de la Pharmacie au Tchad qui couvre l’ensemble des domaines dont la pharmacie, les médicaments à usage humain et vétérinaire n’est pas encore appliquée dans son intégralité. Elle a déjà fait l’objet de sept (7) décrets d’application, vingt et 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 CEMAC à travers l’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.

* + - 1. Approvisionnement, stockage et distribution des médicaments et autres produits de santé

L’importation des médicaments par la Centrale Pharmaceutique d’Approvisionnement (CPA) se fait sur appels d’offre restreint après pré qualification des fournisseurs conformément aux procédures du code des marchés. L’importation porte sur des médicaments essentiels génériques en 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 médical 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 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 en 2015. Cette baisse des fonds alloués à la CPA 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’Approvisionnent (PRA), les HD et CS des médicaments et dispositifs médicaux non homologués et de qualité douteuse qui échappent au Système Assurance Qualité mis en place par les autorités réglementaires.

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 formations médicales sont remboursées sous formes des médicaments à travers la CPA.

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 MK, PRA Ouaddaï, Pra LOC, PRA Zone N’Djamena,), l’achat de cinq véhicules de transport pour la CPA, la PRA N’Djamena, la PRA Bongor, la PRA Moundou et la PRA Moyen Chari. 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 PRAMK. En 2015 le Fonds mondial a renforcé le secteur pharmaceutique avec cinq véhicules « Hard Top  tout terrain » au profit des PRA du Guéra, du LOC, du MK et de la zone N’Djaména (ZN). Cependant les moyens logistiques ne sont pas encore suffisants pour un approvisionnement régulier des régions.

Sur les 23 régions, 17 disposent des PRA dont 2 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). Entre les PRA et les services desservis (HD, HR et CS), certains des CS sont à plus de 200 à 300 kms et parfois les pistes pour s’y rendre ne sont pas toujours bonnes.

Les structures centrale CPA) et régionales (PRA) de distribution n’ont pas les capacités suffisantes pour distribuer régulièrement les produits de santé jusqu’aux différents points de prestation de service. Cette situation fait que certains responsables des CS n’hésite pas à se ravitailler n’importe où et n’importe comment. Il faudra également noter l’existence des circuits parallèles d’approvisionnement qui sont alimentés par certains partenaires du secteur de la santé.

A cela il faut ajouter :

* La mise en œuvre inefficace de la stratégie de la gratuité des soins qui ne prend pas en compte les mesures de compensation nécessaires à la viabilité des structures sanitaires ;
* Les produits de la gratuité ne bénéficient pas du même intérêt que les produits qui font l’objet d’un recouvrement de coût et par conséquent sont mal gérés au niveau des structures sanitaires
* Le manque d’allocation de ressources financières pour le transport /distribution des produits de santé de la reproduction ; ce qui crée une rupture de stock au niveau des formations sanitaires au moment où les produits sont disponibles et parfois en sur stockage à la Centrale Pharmaceutique d’Achat (CPA).
* L’insuffisante fonctionnalité du système d’information et de gestion logistique avec comme conséquence la non disponibilité des données logistiques essentiels pour faire la quantification des produits de santé

**Figure 2 : circuit d’approvisionnement en médicaments**

****

* + - 1. 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 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 comme la 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 sur un total de XXX?. 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***

* + - 1. 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.

Dans le cadre de la gratuité, l’Etat a alloué en 2013 six milliards FCFA ; cinq milliard Huit cent cinquante millions en 2014 et deux milliards sept cent cinquante millions en 2015. Des subventions externes (? Je pense au Fond Mondial) sont aussi accordées pour l’achat des médicaments spécifiques comme les antituberculeux, les ARVs et 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 très négatif sur la situation financière de la CPA. Les créances non payées par le gouvernement s’élèvent à environ 11 milliards FCFA dont 3 milliards dus aux fournisseurs, avec pour conséquence directe la rupture des stocks de certaines molécules et si la situation perdure, une menace à la survie de la CPA. Ainsi, les PRA, les HD et les CS se procurent de temps en temps chez les grossistes privés des médicaments et autres dispositifs médicaux à coûts élevés et dont la qualité est douteuse. Dans les formations sanitaires se trouvent alors des médicaments chers et potentiellement dangereux pour la santé de la population dans la mesure où ces dernières s’approvisionnent y compris à travers les marchés illicites des médicaments.

La contribution du secteur privé non lucratif (confessionnel et associatif) dans la couverture sanitaire du pays est d’environ 25%. Grâce à la possibilité accordée à ces institutions d’importer directement de l’extérieur certains produits pharmaceutique avec l’autorisation du MSP, elles garantissent la qualité des prestations offertes à la population.

* + - 1. Production locale de médicaments

A ce jour, il n’existe pas de production locale des médicaments dans le pays. La volonté des autorités étatiques de produire sur place des médicaments à faible coût et de qualité a amené à initier un projet de création d’une usine pharmaceutique pour fabrication locale (de huit molécules). La pause 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.

* + - 1. Médecine et pharmacopée traditionnelles

Dans le domaine de la pharmacopée, le Tchad a accusé un très grand retard. Le service de la pharmacopée est passé à la Direction de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelle qui amorce actuellement le développement de ce secteur par la signature d’accords dans le domaine de la recherche (IRD, CNAR). Un certain nombre d’activités ont été réalisées  notamment le recensement et la formation des tradi-praticiens, 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 tradi-praticiens 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 d’adoption.

* + - 1. Assurance qualité des médicaments

Le système d’assurance qualité des médicaments du secteur publique est assuré d’une part par le Service Assurance Qualité de la CPA (avec le CHMP France) 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 Contrôle Qualité et le Service Pharmacovigilance (Surveillances des Effets Indésirables et rapportage des fiches de PV à UMC à travers Vigiflow).

Dans son nouveau Plan de Développement Stratégique, la DGPL procédera à un AOI pour la mise en concurrence et la pré-qualification d’une liste prédéfinie de Laboratoires de Contrôle 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 LCQ et de personnel qualifié est actuellement pris en compte par une budgétisation d’appareils légers et lourds respectivement dans le PDS de la DGPL et le projet SWEDD (Sahelian Women Empowerment Demographic Dividend).

Quant à l’homologation, elle ne 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

* + - 1. 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 même 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 rendant ainsi le marché aux mains des personnes non habilitées. Il faut ajouter à cela la porosité des frontières avec le flux des médicaments sans AMM en provenance des pays voisins.

* + - 1. Problèmes liés aux RHS dans le secteur pharmaceutique

A ce jour, le Tchad ne compte que 100 pharmaciens formés. Ce nombre est largement inférieurs aux besoins de sortent que la gestion du médicament est actuellement en grande partie laissée 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 y a 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 la Faculté de Pharmacie et de Science Biologique d’Abidjan.

* + - 1. Résistance aux antibiotiques

La résistance aux antibiotiques est d’une part la résultante d’un usage irrationnel des médicaments et d’autre part le non-respect du schéma thérapeutique (mode d’emploi, posologie, précaution à prendre etc.)

L’ampleur du phénomène n’est pas connue. Mais il y a fort à craindre que son ampleur soit en pleine expansion étant donné les facteurs évoqués plus haut, notamment la fait que la gestion des médicaments est assurée par des personnes non qualifiée dans la plupart des cas et que l’ampleur des médicaments y compris les antibiotiques vendus dans la rue est grandissante.

Il est donc nécessaire que le phénomène soit étudié pour connaitre les contours en vue d’initier des actions nécessaires pour le résoudre. Il y a également nécessité de réviser les ordinogrammes, de former les professionnels de santé aux ordinogrammes et à l’usage rationnel, et d’évaluer régulièrement l’usage rationnel lors de la prescription et de la dispensation.

* + - 1. Laboratoire

L’analyse de la « capacité de diagnostic » qui a été fait 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.

### INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET MAINTENANCE

* + - 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 Maitre d’Ouvrage (MO) et le Ministère des Infrastructures est le Maitre 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.

* 1. **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.

* 1. **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 (HD). Le nombre des DS sans HD repris par région dans le tableau suivant.

**Tableau 5 : Les hôpitaux des districts par région**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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% |
| GUERA | 5 | 1 | 20% |
| HADJER LAMIS | 7 | 4 | 57% |
| KANEM | 5 | 4 | 80% |
| LAC | 6 | 4 | 66% |
| LOGONE OCCIDENTAL | 5 | 1 | 20% |
| LOGONE ORIENTAL | 10 | 4 | 40% |
| MANDOUL | 8 | 2 | 25% |
| MAYO KEBBI EST | 10 | 6 | 60% |
| MAYO KEBBI OUEST | 9 | 7 | 77% |
| MOYEN CHARI | 8 | 4 | 50% |
| NDJAMENA | 14 | 10 | 71% |
| OUADDAI | 4 | 2 | 50% |
| SALAMAT | 3 | 1 | 33% |
| SILA | 4 | 3 | 75% |
| TANDJILE | 7 | 4 | 57% |
| TIBESTI | 2 | 1 | 50% |
| WADI FIRA | 6 | 2 | 33% |
| TOTAL | 138 | 72 | 52% |

***Sources : DIES /MSP 2016***

Parmi les 138 districts sanitaires, 72 DS ne disposent pas d’HD, soit 52%. Il est important de signaler que 12 HD ont été achevés en 2016 et attendent d’être équipés et que 14 HD sont en cours de construction. .

Le nombre total des zones de responsabilités planifiées est actuellement de 1652 dont 1334 sont fonctionnelles. Sur celles fonctionnelles 318 ne disposent pas de centres de santé. La répartition des zones de responsabilité et des CS est reprise dans le tableau suivant :

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Délégations Sanitaires Régionales** | **Nombre de DS** | **Nombre des ZR fonctionnelles** | **Nombre d 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% |
| GUERA | 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% |
| NDJAMENA | 14 | 58 | 46 | 79% |
| OUADDAI | 4 | 109 | 73 | 66% |
| SALAMAT | 3 | 38 | 37 | 97% |
| SILA | 4 | 43 | 26 | 60% |
| TANDJILE | 7 | 91 | 81 | 89% |
| TIBESTI | 2 | 9 | 7 | 77% |
| WADI FIRA | 6 | 91 | 56 | 61% |
| **TOTAL** | **138** | **1652** | **1334** | 80% |

***Sources :DIES/MSP 2016***

Sur les 1652 ZR existantes, 1 334 zones de responsabilité sont fonctionnelles, soit 80%. Cependant, sur les 1334 ZR fonctionnelles, 445 CS ne sont pas construits aux 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 ZS existantes. On note par ailleurs que 20 CS viennent d’être achevés, mais ils sont encore non équipés et 56 CS qui sont en cours de construction.

* 1. **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 10 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’Djamena 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. 17 PRA existent sur les 23 dont le pays a besoin. Sur les 17 qui existant, 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. Chacune des 23 DSR devrait disposer de bâtiment administratif et d’un bâtiment servant de logement Or seuls 13 sont aux normes et les 10 autres attendent d’être construits. Sur les 10 quatre ont leur dossier dans le circuit d’approbation.

* 1. **Etat des infrastructures du niveau central**

Les infrastructures sanitaires du niveau central sont : (i) les 5 hôpitaux nationaux, (ii) le Centre National de Traitement des Fistules, le dépôt sub-nationaux de la CPA, le CNAR, le CNTS et chambres froides pour les vaccins). Les infrastructures administratives sont : (i) le siège du MSP, (ii) les bureaux des programmes et projets du MSP et, (iii) les logements des médecins, (iv) l’ENASS. Le siège du MSP ne dispose pas d’assez de bureaux pour héberger tous les services. Une extension est donc nécessaire. Il est aussi important de signaler que sur les seize (16) programmes que compte le MSP, 8 ne disposent pas de bureaux. Pour les huit (08) qui disposent de sièges deux (02) disposent bâtiments en état de délabrement avancé. L’ENASS par contre a besoin d’une extension en service des Laboratoires pour les travaux pratiques.

Les infrastructures suivant sont en instance de construction : il s’agit du Centre National de Traitement des Fistules et de l’Usine Pharmaceutique dont les marchés sont approuvés.

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.

* + - 1. **Equipements médico-sanitaires**
1. **Cadre institutionnel des équipements médico-sanitaires**

L’acquisition des équipements médico-sanitaires se fait sur le budget de l’Etat. Certains sont donnés par des partenaires. Aussi, la Direction des Infrastructures et Equipements Sanitaires (DIES) est chargée de définir les caractéristiques techniques et les répartitions de ces équipements conformément aux besoins exprimés par les DSR.

Il est important de signaler qu’à par l’exécution du budget 2013, au cours duquel tous les marchés d’équipements étaient exécutés par le Ministère des Infrastructures et Equipements. A partir de 2014, les budgets des équipements sont remis au MSP pour pallier aux manquements constatés et surtout compte tenu de leurs aspects techniques.

1. **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.

1. **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 MO 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.

1. **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.

* + - 1. **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 Maitre 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 inexistants, 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 insuffisance RHS 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.

### 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

* + - 1. **Dépense totale de santé**

La DTS regroupe les dépenses effectuées par l’Etat, les partenaires, les ménages et les privées. 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 (n USD).**

**Source : (**[**http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en**](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 cette dépense totale de santé baisse au cours de ces deux dernières années étant donné les difficultés économiques auxquels le pays fait face actuellement. Cette situation intervient au moment où le pays s’engage à atteindre la 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 universelle[[6]](#footnote-6).

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**

**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 %.

* + - 1. **Collecte des fonds**

Comme signalé précédemment, le secteur de la santé publique est financés 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.

La mobilisation des fonds pour les dépenses de la santé, s’effectue à travers l’allocation budgétaire au MSP. En effet, la loi des finances repartit 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% de 2013 à 2016.

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

**Figure 6. 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.

Il faut cependant noter que les autres départements de l’Etat effectuent des dépenses de santé qui ne sont pas maitrisées 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 dans le cadre de la Médecine scolaire, universitaire et sportive ; le Ministère des infrastructures et les Grands Projets Présidentiels dans le domaine des infrastructures et des équipements.

Le Budget affecté 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 investissements.). Le tableau ci-dessous nous décrit l’évolution du budget de la santé pour les quatre dernières années.

**Tableau 7: Evolution du budget de 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 gouvernement à mettre en place de nouveaux services de santé pour atteindre les populations qui en sont privées actuellement et à améliorer la qualité des services existants.

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 dépenses des matériels et 3% pour les services.

Le financement extérieur se fait sous formes d’appui des Partenaires Techniques 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 par le MSP 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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 : MSP. (P : prévision ; E : 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 PTFs qui sont portant disponibles auprès de ces derniers.

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 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 payement 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.

* + - 1. **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***](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 appauvrissantes 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 assistanciels. 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 assistanciels 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. 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.

* + - 1. **Modalités d’achats**

De façon générale, l’allocation des ressources financières de ces dernières années (2013-2016) est faite de manière arbitraire et partielle 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 a été engagé avec retard au mois de novembre et seuls les crédits délégués et la subvention de l’Hôpital de la Renaissance sont 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 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 services de l’Etat (Evacuations Sanitaires), les missions de supervision, la formation, les ateliers, l’acquisition des matériels et fournitures des bureaux, etc. Au niveau national et déconcentré (23 Délégations Sanitaires Régionales et 12 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 des médicaments, les fonds de contreparties et autres 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, 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 performence, ni à l’efficience 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 nouvelles phase a démarré en janvier 2015 et couvre onze DS dans 6 DSR.

* + - 1. **Equité et Efficience dans l’utilisation des ressources financières**

La répartition du budget 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. Il n’existe pas de clé de répartition du budget de l’Etat entre régions et districts qui puissent 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.

Comme cela a été mentionné précédemment, l’insuffisance de coordination entre les programmes d’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’efficience dans l’utilisation des ressources. On note également des équipements laissés à l’abandon dans les formations sanitaires.

Des incoordinations qui accentuent l’inefficience 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 reformes des finances publiques et des gestions efficaces et efficientes, 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’efficience dans l’utilisation des ressources existantes peut contribuer à atténuer tant soit peu les effets de la crise économique que traverse le pays.

### 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 : la faiblesse dans la coordination et la planification qui est lié à la non fonctionnalité de la commission nationale du SIS, l’insuffisance des ressources, la non disponibilité de l’information à temps, la qualité et la fiabilité des données produites, la présence de plusieurs outils de collecte différents sur le terrain, l’insuffisance des outils de collecte produits par le SIS, la faible complétude et promptitude, l’insuffisante décentralisation du SIS dans les régions, l’insuffisance dans la collecte et le traitement des données, la présence d’une 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.

* + - 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. Le résultat est que les données sont produites avec un retard de plus d’une année et sont de faible qualité. A cela 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. La circulation des anciens et nouveaux outils crée la confusion dans les services. La décentralisation de la composante informatique en périphérie pour la saisie des RMA n’est opérationnelle que dans certains districts par manque de ressources pour assurer la formation et les supervisions des équipes aux différents niveaux. En plus 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 2 ans (?) 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. 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 au MSP 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 à l’ULB en 2012, etc.

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 la revitalisation et de la 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 et aux gestionnaires 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 sur des bases factuelles en vue de l’amélioration de la santé des populations.

La faible coordination et de leaderships 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 sous-secteur privé dans la production de l’information de routine. Cette situation entraine 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.

* + - 1. **Surveillance épidémiologique**

Le système de surveillance épidémiologique repose sur des équipes régionales qui collectent des informations et 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.

Le pays dispose d’un système de surveillance hebdomadaire pour permettre de détecter les flambées épidémiques et d’organiser des ripostes appropriées. La disponibilité d’information de qualité et à temps pour l’action exige un système d’information sanitaire performant, capable de produire régulièrement et en temps voulu, d’informations. Toutefois, il existe encore des défis importants à relever en matière de surveillance épidémiologique, parmi lesquels on peut citer : La faible capacité des structures sanitaires à fournir : i) des services essentiels de santé de qualité, ii) de l’information sanitaire fiable en temps réel, et iii) la faible capacité d’analyse de données et de riposte face aux épidémies, iv) l’absence d’un système de surveillance communautaire fiable. Cette carence est particulièrement aigue dans les formations sanitaires du 1er échelon.

* + - 1. **Carte sanitaire**

La réactualisation de la carte sanitaire entamée en 2006, avec l’appui de la Banque Mondiale à travers le PPLS2 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.

* + - 1. **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), Enquête Démographique de Santé à Indicateur Multiples (EDS-MISC) et les SMART. Ces enquêtes sont organisées selon une périodicité variable : 10 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 quelques fois 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 au plan de suivi et évaluation 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

* + - 1. **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 sont ne disposent pas de ressources nécessaires 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.

### PRESTATIONS DES SERVICES ET DES SOINS DE SANTE

* + - 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 de référence), les Pharmacies Régionales d’Approvisionnement (PRA) et les Ecoles Régionales de formation. ***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.

* + - 1. **Utilisation des services curatifs**

En 2013 il a été notifié 3075471 nouveaux malades au 1er niveau des soins. Le taux d’utilisation des services est passée de 0.20 à 0.27 NC/habitant et par an avec une moyenne annuelle de 0,23 NC par habitant et par an. Cette moyenne est inférieure aux normes nationales 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 un taux d’utilisation des services les plus bas par rapport à la moyenne nationale.

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

***Source : Annuaires statistiques 2011-2015***

* + - 1. **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 communautaires 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 prophylaxie saisonnière du 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.

1. **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.

**Tableau 13 : Etat de fonctionnalité des Centres de Santé par délégation sanitaire régionale**

|  |  |
| --- | --- |
| Délégations Sanitaires Régionales | 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***

En se référant au tableau ci-dessus, 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. En milieu urbain, on dénombre une pléthore de personnel qualifié. On estime que environ 50% du personnel de santé de grandes agglomérations nécessitent un redéploiement.

Au niveau du 1er 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, la vaccination des enfants de 0 à 11 mois, consultations prénatales, accouchements normaux, la Planification Familiale, prise en charge des maladies chroniques, l’éducation sanitaire, communication avec la population, les activités communautaires, le 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.

1. **Hôpitaux des districts**

L’hôpital de district assure la prestation des services de soins de santé primaire de 2ème échelon en assurant le Paquet Complémentaire Sanitaire (PCA). Il sert de référence aux échelons plus bas du système de santé. Ce paquet est composé de : consultations de référence, prise en charge des urgences médicochirurgicales et accouchements compliqués, l’hospitalisation des cas référés par le 1eréchelon, la fonction diagnostique (laboratoire et imagerie médicale), le 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’absence des services de diagnostic.

Selon l’enquête SARA (Service Availability and Readiness Assessment)[[7]](#footnote-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.**

|  |  |
| --- | --- |
| Délégations Sanitaires Régionales | District Sanitaire |
| Total | Fonctionnels | Gap |
| 1. Batha | 5 | 4 | 1 |
| 2. Wadi Fira | 6 | 5 | 1 |
| 3. Borkou | 2 | 2 | 0 |
| 4. Guéra | 5 | 5 | 0 |
| 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 service 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 faute de formation des jeunes médecins généralistes en chirurgie de base.

En matière de transfusion sanguine, tous les établissements ne satisfont pas à tous les critères définis dans le cadre de l’enquête SARA. Le score moyen pour les hôpitaux et cliniques est de 57%. Il 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%).

1. **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, (i) 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 défragmenter les services de santé. La notion des soins de santé centrés sur la personne est assez récente n’est pas suffisamment partagées 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.

1. **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 accès aux services des nomades. L’ampleur de ses disparités n’est pas encore documentée.

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.

* + - 1. **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 HD. 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 que des HR de nom parce qu’ils n’ont ni 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%).

* + - 1. **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.

* + - 1. **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 pour un total de XX lits; à cela s’ajoutent, 24 cliniques, 66 cabinets médicaux et 109 cabinets des soins privés à but lucratif pour un total de XX lits. 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 inclus dans la gratuité des soins 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 deviennent dont elles bénéficient deviennent de plus en plus rares les obligeant à solliciter l’appui de l’Etat pour leur fonctionnement.

* + - 1. **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 nécessite cette référence. Il en est de même des HR qui adressent 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 chaine de soins. Dans XX% des cas, il arrive que ces références ne soient pas pertinentes et de ce fait, elles peuvent entrainer un dysfonctionnement à différents niveaux.

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 mêmes 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.

* + - 1. **Services de santé de la reproduction**
1. **Services de Planification Familiale**

Sur la base des résultats de l’enquête SARA, 80% des structures sanitaires du 1er niveau (CS), 76% des services de 2e niveau (HD/HR/cliniques) et 40% des HN offrent les services de planification familiale même si XX% des structures on des stock out de medicaments pour la 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 (3) (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 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).

L’utilisation des services de planification familiale reste faible car le taux d’utilisation des méthodes de contraception moderne est de 5% en 2014.

1. **Soins prénatals**

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 2013, sur les 428 163 nouvelles inscrites, 414 522 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.

1. **Services de prévention et de transmission du VIH/DIDA 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. Globalement, 58% des établissements offrent des services de PTME. Les services de conseil et le dépistage pour les femmes enceintes VIH+ et de dépistage VIH aux enfants nés des mères VIH+ sont offerts respectivement dans 57% et 49% des établissements. Le service de conseil sur la planification familiale aux femmes enceintes VIH+ n’est offert que par 42% des établissements, la prophylaxie ARV pour femmes enceintes VIH+ dans 28% et la prophylaxie ARV aux nourrissons nés mères VIH+ dans 22%.

En ce qui concerne la capacité opérationnelle de services PTME, 48% des établissements disposent des directives et 76% du personnel formé sur ces directives contre 41% 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 VIH+ n’est disponible que dans 5% des établissements.

Seulement 1% des établissements qui offrent le service 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 Virus.

1. **Soins obstétricaux et néonataux d’urgence de base**

L’enquête sur la disponibilité des Soins Obstétricaux Néonatals 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 (7) 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 utérine après accouchement et vii) réanimation néonatale.

Selon l’enquête SARA 2015, cinq des sept fonctions constituant les SONUB sont exécutées par plus de 80% des structures ; 92% des établissements de soins offrent un service d’accouchement assisté par voie basse, l’évacuation utérine après accouchement (91%), l’extraction manuelle du placenta (91%) et la réanimation néonatale (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 élevé (95%) qu’en milieu urbain (80%) par rapport au nombre de service.

1. **Soins obstétricaux et néonataux d’urgence complets**

Les soins obstétricaux et néonataux d’urgence complets (SONUC) prennent en compte, en plus des 7 fonctions des SONUB, la transfusion sanguine et les césariennes pour un total de 9 fonctions. Pour l’analyse de la capacité opérationnelle des services, les 17 éléments traceurs rassemblés en 4 groupes ci-après sont pris en compte : **Personnel et directives** **(4)**: Directives nationales en soins obstétricaux d'urgence et néonatals complets (SONUC), Personnel formé aux SONUC, Personnel formé à la chirurgie et Personnel formé à l’anesthésie ; **Equipement (2)**: Equipement d'anesthésie et Couveuse ; **Capacité de diagnostic (2)**: Groupages sanguins et Test compatibilité croisée ; **Médicaments et produits (9)**: Approvisionnement en sang suffisant, Approvisionnement en sang sécurisé, Lidocaïne 5%, Epinéphrine (injectable), Halothane(inhalation), Atropine(injectable), Thiopental (poudre), Bromure de suxaméthonium (poudre) et Kétamine (injectable).

Selon les résultats de l’enquête, 92 % des structures 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 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 2ème et 3e niveau (HD HR et HN) assurent à la fois la césarienne et la transfusion sanguine. Les cliniques réalisant la césarienne représentent 6% et la transfusion sanguine 8%.

1. **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 CS. 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 2e 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 vaccinés[[8]](#footnote-8) au Tchad.

1. **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. 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%).

1. **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, donc en général hors de la gratuité des soins. 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 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%.

1. **Services de santé des personnes âgées**

Le système de santé ne dispose pas, pour ces sous-groupes 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. Les personnes âgées représentent XX% de la population totale.

1. **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 atteint le seuil critique de 15% dans la plupart des 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 un processus d’intégration de la prise en charge de la malnutrition aigüe dans le PMA mais elle doit être mise à échelle rapidement.

* + - 1. **Lutte contre la maladie**
1. **Lutte contre les maladies transmissibles**
	1. **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, mais les enfants de 0-11 mois sont 2 fois plus éprouvés (21 107 NC/100 000 nourrissons) que ceux de 1-4 ans (10 687 NC/100 000 enfants de 1-4 ans). Première cause indirecte de mortalité maternelle, le taux de détection du paludisme chez les femmes enceintes représente 11 597 NC/100 000 femmes enceintes

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 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 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 MII 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 MII la veille de l’enquête.

* 1. **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 l’incidence de la tuberculose est de 151 pour 100 000 habitants (rapport OMS 2013) soit un nombre attendu de 20492 cas de tuberculose en 2015.

Le Tchad a souscrit aux initiatives mondiales de lutte contre la tuberculose en adoptant la stratégie de traitement en observation directe « DOTS » et la stratégie « Halte à la tuberculose ».

Le programme national se propose de faire passer la couverture DOTS de 46 à 100 % et d’améliorer la qualité de diagnostic et de prise en charge dans toutes les structures de prise en charge de la TB. La lutte antituberculeuse est intégrée à différents niveaux de la pyramide sanitaire ainsi que le dépistage des cas suspects. Il faut noter que la prise en charge de la TB au 1er niveau se résume au dépistage des cas de toux de plus de 15 jours et à leur référence au 2e niveau. La confirmation du diagnostic et la prescription des antituberculeux sont strictement réservés aux hôpitaux (74 à 75%). Le diagnostic basé sur la radiographie est peu disponible (3%) et le test rapide Gene Xpert est inexistant (1%).

L’offre de services de lutte contre la TB est disponible dans 96% des établissements (2015). Le service de diagnostic est disponible dans 96% des structures. Environ 48% des formations sanitaires disposent d’agents formés sur la lutte contre la tuberculose. La disponibilité des autres directives de lutte contre la tuberculose varie de 4 à 6%. La microscopie pour le diagnostic de la TB est disponible dans 53% des établissements. Par contre la capacité de diagnostic VIH et le système de diagnostic parmi les TB sont disponibles dans 5% et 6% des cas.

En 2015, 12026 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%). Le taux de dépistage du VIH chez les tuberculeux est 65% (7919/12026) (objectif : au moins 90%). 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.

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 coinfection 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 3 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 CDT pour le VIH est croissant.

La prise en charge de la coinfection TB/VIH parmi les tuberculeux au Tchad en 2015 montre que sur 12026 cas de TB notifiés, 7919 cas sont testés pour le VIH soit 65,85% dont 1752 sont positifs soit 22,12%.

* 1. **Lutte contre le VIH/SIDA**

La prévalence 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 (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%.

1. **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, les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les 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’Djamena en octobre 2008 a montré que  31,7% de la population adulte présentent au moins trois facteurs de risque de développer une MNT.

**Tableau 15: 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 ≥160 et/ou PAD ≥100 mmHg 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/m2) | 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 MTN 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 ?)

* 1. **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%)

* 1. **Lutte contre le diabète**

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

* 1. **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 de santé.

Au niveau national, 52% des établissements de santé offrent des services de diagnostic et / ou de prise en charge des maladies respiratoires chroniques.

* 1. **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 et 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.

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 cancérologie 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.

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

Les accidents de la voie publique à travers le pays impliquent surtout les motos. L’OMS a déclaré l’année 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.

1. **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 schistosomiases, le trachome, la lèpre, la dracunculose, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) et la leishmaniose. Les cinq premières peuvent bénéficier d’une chimio-prophylaxie de masse qui, administrée annuellement, réduit considérablement leur charge de morbidité. Les autres MTN sont traitées au cas par cas.

Le Tchad organise des actions de lutte contre l’onchocercose, les schistosomiases, les géo-helminthiases, la lèpre, la dracunculose et la trypanosomiase humaine africaine. Par contre les autres pathologies endémiques n’ont pas de cartographies établies (leishmaniose, dengue) ou complétées (trachome).

La prévalence des schistosomiases 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 schistosomiases urinaires, à l’opposé de celles intestinales semblent constituer un réel problème de santé publique au Tchad. Les prévalences varient de 0 à 80, 4%. Les prévalences des helminthiases transmissibles par le sol varient de 0 à 18%.

Pour accorder plus de considération et d’attention, le MSP a élaboré un plan directeur couvrant la période 2017-2021 pour booster la lutte contre ces maladies. 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

1. **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. L’administration 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 hôpitaux au Tchad[[9]](#footnote-9).

1. **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 14 maladies qui sont : les hépatites, Méningite, Rougeole, Tétanos néonatal (TNN), Fièvre jaune, Choléra, Ver de Guinée, Grippe aviaire, Hépatite, Grippe A H1N1, Poliomyélite (PFA), paludisme, Malnutrition aigüe (modérée et sévère), Piqures des scorpions et MVE à virus Ebola.

**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 | - | - | 0 |
| 6 | Choléra | - | - |   |
| 7 | Cas de rumeurs de Ver de Guinée | 1798 | - | 0 |
| 8 | Ver de Guinée confirmé | 9 | - | 0 |
| 9 | Malnutrition aigüe modérée | 206792 | 48 | 0,02 |
| 10 | Malnutrition aigüe sévère | 114865 | 31 | 0,03 |
| 11 | PFA | 463 | - | 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***

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’opère 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.

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.

1. **Promotion de la santé**

La promotion de la santé se définit comme le processus qui permet aux individus d’accroitre 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 œuvre. Entre temps, les actions sont menées dans le cadre des programmes nationaux existants. Le plan intégré de communication 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 créé en 20XX (année).

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, le manque ou l’inexistence 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 : la diarrhée, 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.

1. **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 maitriser 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 prompte 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.

# 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 2106. La fin de sa mise en œuvre correspond ainsi globalement à celle de la période des Objectifs du Millénaires 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 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 déployés 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 crée 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 ouvert 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%. Et nombre de structure SONU de XXX… à XXX….Prière compléter les informations manquantes.

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]](#footnote-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]](#footnote-11)en 2005 à 1,6% en 2014.

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. 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.

# 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.

## 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 des 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 co-infection TB/VIH est estimée à 33 cas pour 100 000 habitants.
	* Bien qu’elle ait baissé ces dernières années (3,3% en 2005 à 1,6% en 2014-2015), la prévalence du VIH/SIDA reste encore un problème 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 présentent au moins trois 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%.

## PROBLEMES LIES AUX A LA REPONSE ACTUELLE DU SYSTÈME DE SANTE

* + 1. **PROBLEMES LIES A LA GOUVERNANCE & 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 du manque d’une vision du MSP, 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 redévabilité 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.
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**. Le système de sante reste encore très centralise. Les délégations sanitaires ainsi que les districts n’ont pas les effectifs, ni les compétences, l’autonomie financière et le statuts juridique requis pour gérer leurs entités. D’autre par la multiplication des districts sanitaires et des centres de sante peu viables sont un handicap certain à un fonctionnement efficient du système de santé.
	* 1. **PROBLEMES LIES AU FINANCEMENT DE LA SANTE**
6. **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).
7. **Le secteur de santé reste encore sous financé à 37 USD par habitant et par an[[12]](#footnote-12), alors que les premières estimations situent les besoins pour faire des avancées vers la CSU à 86 UDS par habitant et par an[[13]](#footnote-13)**. En plus, on note une baisse constante du budget de l’Etat consacré à la santé depuis 2013. Ce budget a baissé de 22,84% de 2013 à 2016. Cette situation accroît la dépendance vis à des ressources extérieures dans un contexte où les pays doivent compter d’abord sur les ressources domestiques pour financer la CSU et les ODD.
8. **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.
9. **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.
10. **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 permettrait de favoriser l’équité dans l’offre et l’utilisation des services entre régions et districts.
	* 1. **PROBLEMES LIES AUX RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE**
11. **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, s’ajoute, la prolifération des écoles privées de santé publique qui forment du personnel de qualité douteuse.
12. **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**.**
13. **Les RHS ne sont pas reparties 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.
14. **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.
15. **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** ;
16. **La prolifération des écoles de formation des sages-femmes qui n’ont ni du personnel enseignant requis, ni des structures de stage pratique et d’encadreurs pour une formation de qualité.** Ce qui pose le problème de compétence des sages-femmes et maïeuticiens sortis des écoles de formation.
17. Le nombre insuffisant des gynécologues obstétriciens dans les régions.
	* 1. **PROBLEMES LIES AUX INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET MAINTENANCE**
18. **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.
19. **L’insuffisance de coordination dans les travaux de construction des infrastructures médico- sanitaires.** Les textes en vigueur qui définissent les attributions du Maitre d’ouvrage et du Maitre d’Ouvrage Délégué ne permettent pas une bonne représentativité du Maitre 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.).
20. **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**.
21. **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.
22. **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 en disposent certaines doivent être mises aux normes. 22 HME sont à construire sur les 23 dont le pays a besoin[[14]](#footnote-14).
23. **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. .
	* 1. **PROBLEMES LIES AU SYSTÈME D’INFORMATION SANITAIRE**
24. **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
25. **Une faible coordination et de leaderships 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 différent niveau (DSIS, DSR, DS) concourent également à la faiblesse de la coordination et leadership.
26. **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 maitrise 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 a tous les niveaux, etc.
27. **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.
28. **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 pas rare d’assister à des conflits inter ou intracommunautaires du fait de l’implantation anarchique des CS.
	* 1. **PROBLEMES LIES AUX MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS DE SANTE**
29. **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. Même si c’est le cas, leur application reste un problème.
30. Le manque du budget national pour les médicaments essentiels.
31. **La Chaîne d’approvisionnement dans le secteur public ainsi que dans le secteur privé reste encore insuffisamment performante.** Le budget alloué annuellement à la CPA par le gouvernement 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%. En plus, les créances non payées par le gouvernement à la CPA du fait des médicaments utilisés dans les programmes de gratuité ont atteint environ 11 000 000 000 FCFA. Cette situation encourage la vente illicite des médicaments et risque de menacer la survie de la CPA si elle continue. Six régions sur les 23 que comptent le pays ne disposent pas encore des PRA pour le stockage et la distribution des médicaments. Parmi les 17 PRA 2 nécessitent d’être mises aux normes nationales et internationales. Certains véhicules utilisés pour le transport des médicaments ne sont pas très appropriés pour cette tâche.
32. **La prolifération du marché illicite et des faux médicaments.** Les médicaments illicites notamment les SSFFC (Sous Standard, Faux, Faussement Etiquetés, Contrefaits) 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. L’interférence des hautes personnalités entrave la mise en œuvre des initiatives de lutte contre le marché illicite des médicaments.
33. **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 médicaments 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.
34. **La faiblesse du système d’assurance qualité des produits de santé.** Le système d’Assurance Qualité connait 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 Dossiers), 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.
	* 1. **PROBLEMES LIES AUX PRESTATIONS SANITAIRES**
35. **Le manque de stratégies de base (PMA et PCA) pour un encadrement des services.** Le MSP ne dispose pas des normes relatives au le PMA, le PCA ainsi que les ressources nécessaires (humaines, matérielles et financières) à leur production. Il en est de même des normes relatives aux plateaux techniques pour les hôpitaux régionaux et nationaux. Cette situation ne permet pas une gestion efficace des services de tant publics que privés, pas plus qu’elle ne permet pas un bon suivi des performances des formations sanitaires aux différents niveaux du système de santé.
36. **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. Dans la plupart des régions, les HR n’existent pas, parmi ceux qui existent, il se pose un sérieux problème d’infrastructure et équipements. Au niveau national les services spécialisés tels que l’oncologie, l’IRM, le centre des brulés, la réanimation, la psychiatrie, etc. sont quasi inexistants. 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 prompte 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.

1. **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 expliquent que les services des soins curatifs et préventifs sont sous utilisés. La résurgence de certaines maladies tropicales négligées se traduit par la complexité de leur épidémiologie engendrant la faiblesse des mécanismes de lutte mis en place.
2. **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 0,27/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.

# 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 :

**1er 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 assuranciels (mutuelles de santé, assurance maladie obligatoire, harmonisation des deux mécanismes, etc.) et des mécanismes assistanciels (à court terme il sera procéder 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 assuranciels).

**2ème 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.).

**3ème 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.

**4ème 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 règlementations, mise en place des taxations spécifiques sur certains biens dont on connaît les effets néfastes sur la santé de la population, etc.

**5ème 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 connaitre 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.

**6ème 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’accroitre. 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.

# RAPPEL DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE

## 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.

## 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).

1. **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).

## 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 Néonatals 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 revisités 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 privé 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.

# OBJECTIFS, AXES D’INTERVENTION, ACTIONS PRIORITAIRES

## OBJECTIFS GENERAL ET SPECIFIQUES

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

|  |
| --- |
| **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 2020, réduire le taux de mortalité maternelle de 860 pour 100.000 naissances vivantes à 751 pour 100.000 naissances vivantes |
| D’ici 2020, les taux de couverture de la CPN1 et CPN4 passent respectivement de 64% et 31% à 75% et 50% |
| D’ici 2020, le taux d’accouchement assisté par un personnel qualifié augmente de 34% à 65% |
|  | D’ici à 2020, le nombre minimum de SONU pour 500.000 habitants sera de cinq dont un SONUC |
| D’ici à 2020 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 2020, réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 133 à 74 décès pour 1000 naissances vivantes |
| D’ici 2020, réduire le taux de mortalité infantile de 72 à 37 décès pour 1000 naissances vivantes  |
| D’ici 2020, réduire le taux de mortalité néonatale de 34 à 20 décès pour 1000 naissances vivantes |
| D’ici 2020, accroitre la couverture vaccinale des enfants complètement vaccinés de 25 à 50% |
| D’ici 2020, augmenter la couverture vaccinale au Pentavalent de 33à 90% chez les enfants de 0 à11 mois |
| D’ici 2020, augmenter la couverture vaccinale du VAR de 70% à 80% chez les enfants de 0 à 11 mois |
| D’ici 2020, 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 2020, réduire le taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5ans de 26% à 30%  |
| D’ici 2020, 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 2020, 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 2020, réduire de 20% la prévalence de la tuberculose qui est de 221 pour 100.000 habitants |
| D’ici 2020, le taux de succès thérapeutique de la TB est passé de 74% à 85%  |
| D’ici 2020, réduire d’au moins 40 % le taux de morbidité et de mortalités liées au paludisme  |
| D’ici 2020, 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 2020, réduire la prévalence des facteurs de risque du diabète de 20% dans la population adulte |
| D’ici 2020, réduire la prévalence des facteurs de risque de l’hypertension artérielle de 20% dans la population adulte |
| D’ici 2020, réduire la prévalence des maladies respiratoires chroniques dans la population générale |
| D’ici 2020, renforcer la lutte contre les substances psycho-actives notamment les stupéfiants, l’alcool et le tabac ; |
| D’ici 2020, renforcer la santé mentale |
| D’ici 2020, 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 2020, accroitre 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 2020, réduire de 20% l’incidence des dépenses catastrophiques et appauvrissantes de santé |

## CHAINE DES RESULTATS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INTRANTS ET PROCESSUS**  | **EXTRANTS**  | **EFFETS**  | **IMPACT**  |
| 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 des DSR, 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
 | 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
 | 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 à11 mois ;
3. La couverture vaccinale du VAR augmente de 70% à 80% chez les enfants de 0 à 11 mois ;
4. La couverture en chaine 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%
 | 1. La mortalité maternelle baisse de 860 à 751 décès pour 100 000 naissances vivantes ;
2. L’indice synthétique de fécondité est passé de 6,4 à 4% ;
3. Le taux de mortalité infanto-juvénile baisse de 133 à 74‰
4. Le taux de mortalité néonatale baisse de 34 à 20‰
5. Le taux de mortalité infantile baisse de 72 à 37‰
6. La prévalence du VIH/SIDA est réduite de 1,6% à 1,2% et la transmission du VIH de la mère à l’enfant à l’enfant est éliminée
7. La prévalence de la TB qui est de 221 pour 100 000 habitants est réduite de 20%
8. Le taux de mortalité et de morbidité liée au paludisme est réduit de 30%
9. Les MTN, les hépatites virales et les maladies transmissibles par l’eau et autres maladies transmissibles sont contrôlées
10. Les dépenses catastrophiques de santé sont réduites de 20% de leur niveau de 2016
11. La résilience du système de santé est améliorée
 |

## 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.

* + 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: Les textes juridiques sont adoptées et appliquées pour accélérer l’aboutissement des reformes sectorielles***

**Action 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 (PTF, Ministères, 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 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 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 3 *:* 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 4 : 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 5 : 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 6 : Contrôler de manière 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 3 : Le rôle de transversalité de la santé est reconnu par tous les acteurs dans le développement socioéconomique***

**Action 7 : 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.)**

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 (Santé dans Toutes les Politiques). 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 abordée 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 8 : 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 PNDS, le MSP devra corriger cette insuffisance en créant un cadre de dialogue et de concertation avec le secteur privé et le rendre fonctionnel.

**Action 9 : Renforcer la mise en œuvre de la politique contractuelle**

La redynamisation de la politique de la contractualisation passe par le renforcement en ressources humaines et matérielles (équipement et logistique). Il s’agira aussi pour le MSP de vulgariser largement le 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 soit de mise afin de disposer des services de santé de qualité. Le Tchad a besoin de l’apport d’autres partenaires comme les associations, le secteur privé lucratif ou non pour le développement du secteur.

***Résultat attendu 4 : Le partenariat sud-sud est effectif pour le renforcement technique du secteur de la santé***

**Action 10 : 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 stratégie 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.

* + 1. **ORIENTATIONS STRATEGIQUES RELATIVES AU FINANCEMENT DE LA SANTE**

**Orientation stratégique 1 : Accroissement des ressources financières en faveur du secteur de la santé**

***Résultat attendu 1- le budget du MSP a augmenté de 10% chaque année sur la base du budget 2016***

**Action 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 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 : 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 2. Promotion des mécanismes de protection de la population contre le risque financier lié au paiement des soins de santé.**

***Résultat attendu 2 : La part du paiement direct dans la DTS, les dépenses catastrophiques ainsi que le taux d’appauvrissement liés au paiement des services de santé baissent progressivement au Tchad.***

**Action 4 : 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 bénéficiera 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 5 : 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 6 : 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 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 énoncées 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 7 : Mettre en place un mécanisme de mise en commun des ressources**

A moyens ou longs termes, un mécanisme de mis en commun des ressources sera mis en place pour 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 8 : 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 comprendront à la fois, les données relatives à la couverture des interventions et celles relatives à la protection contre le risque financier[[15]](#footnote-15)

**Orientation stratégique 3 : Amélioration de l’efficience dans l’utilisation des ressources du secteur de la santé.**

***Résultat attendu 3 : Les ressources financières allouées au secteur de la sante sont utilisées de manière efficace et efficiente.***

**Action 9 : 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 aux directives de la Communauté Economique et Monétaire de l’Afrique Centrale (CEMAC) et en fonction des programmes tels que définis dans le présent PNDS.

**Action 10 : Mener des études d’efficience dans l’utilisation des ressources du secteur de la santé.**

L’’amélioration de l’efficience 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 l’inefficience dans le secteur de la santé en termes du volume des ressources actuellement gaspillées dans le secteur. Ces études identifieront des domaines dans lesquels une utilisation rationnelle des ressources peut contribuer à dégager des économies pouvant être utilisées à produire plus de résultats de santé. Ces études permettront également d’identifier des mesures à prendre pour assurer l’efficience 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.

**Action 12 : 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 inexistants 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 CA dans tous les hôpitaux régionaux et les comités de gestion (COGES) dans les HD et CS. Ils contribueront à une utilisation efficiente et efficace des ressources du secteur au niveau périphérique.

**Action 5. Elaborer chaque année les comptes nationaux de la santé**

Un renforcement des capacités des services du MSP pour élaborer chaque année les comptes nationaux de la santé pour 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 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**

***Résultat attendu 4 : L’équité dans la répartition et l’affectation des ressources sur base des clefs de répartition préalablement définies est appliquée***

**Action 13 : Définition des 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 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 14 : 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 15 : 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 16 : Assurer un suivi régulier de la gestion des ressources provenant des recouvrements des coûts.**

En effet, le MSP ne supervise pratiquement pas la situation des recettes des hôpitaux (recouvrements des couts, 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’IGS ainsi que ceux en charge du suivi 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 17 : 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 la part du paiement direct dans la DTS. Le besoin d’équité dans la répartition des ressources ainsi que celui de l’efficience 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.

* + 1. **ORIENTATIONS STRATEGIQUES RELATIVES AUX RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE**

**Orientation stratégique 1 : Poursuite de la dotation des formations sanitaires en RHS en quantité et en qualité suffisante sur la base du PMA-PCA.**

***Résultat attendu 1 : la densité du personnel de santé augmente significativement au cours de la mise en œuvre du présent PNDS.***

**Action 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 Ministère des Finances et de celui de la Fonction Publique pour inscrire et maintenir dans la Loi de 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 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**

Le MSP a négocié avec ses PTF en vue de l’appuyer pour le recrutement des agents de santé pour pallier aux insuffisances. A cet effet, d’ici 2020, 900 agents soit 300 par an seront recrutés sur le financement des PTFs 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 PTFs.

**Action 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 renforcement des formations des RH en quantité et en qualité.

**Action 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 600 étudiants passera à 800 ; ii) les Ecoles Régionales des Agents Sanitaires et Sociaux(ERSAS) qui produit X par an passe a Y chaque année. Ne pas oublier de compléter les nombres qui manquent remplacer (x et y).

**Action 6: 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 : 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 en collaboration avec le Ministère de l’Enseignement Supérieur 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 2 : Amélioration de la gestion des RHS**

***Résultat attendu 2 : Le système de gestion des RHS est renforcé et devient performant***

**Action 8 : Compléter la base des données IRHIS 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 IRHIS dans toutes les régions et DS du pays.

**Action 9 : Déployer les recrus 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 délègué sanitaire doivent s’assurer de la présence physique des agents déployés sur le terrain.

**Orientation stratégique 3 : Renforcement des politiques et stratégies de gestion des RHS**

***Résultat attendu 3: Les politiques et stratégies relatives aux RHS sont élaborés/actualisées et mises en œuvre***

**Action 10 : 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 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. 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 accroitre la redevabilité et l’efficience dans la gestion des ressources limitées.

**Action 11 : Réaliser l’évaluation à mi-parcours et finale du PSDRHS :**

Compte tenu de la pénurie aigue 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 PTFs, 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.

* + 1. **ORIENTATIONS STRAEGIQUES RELATIVES AU SIS**

**Orientation stratégique 1 : Renfoncement de la coordination et de leadership en matière de gestion de l’information sanitaire.**

***Résultat attendu 1 : Le mécanisme de suivi technique du SIS est créé rendu fonctionnel***

**Action 2 : 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.

**Orientation stratégique 2 : Renfoncement des capacités institutionnelles et techniques des services en charge de la gestion du Système d’Information Sanitaire**

***Résultat 2 : les services en charge du Système d’Information Sanitaire 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 2 : Renforcer les capacités institutionnelles du SIS**

La feuille de route actuelle de renforcement du SIS sera évaluée. Sur 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 sur comment arriver à orienter les activités relatives à la gestion de l’information à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

**Action 3 : Doter les services en charge de la gestion du SIS des ressources humaines en quantité et qualité suffisantes**

Pour que le SIS réponde à toutes les préoccupations en matière de santé publique, 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 obligatoirement renforcée par le recyclage et la formation continue surtout au niveau périphérique.

**Action 4 : Renforcer les capacités du SIS 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 ii) niveau intermédiaire : 23 kits d’ordinateurs et de connexion, iii) niveau périphérique : 50 kits d’ordinateurs.

**Orientation stratégique 3 : élaboration d’une carte sanitaire pour rendre opérationnelle progressivement toutes les structures sanitaires**

***Résultat attendu 3 : Une carte et un découpage sanitaires sont élaborés, validés et mis en œuvre par toutes les parties.***

**Action 4 : 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, les normes internationales recommandées par l’OMS. Cette définition de la nouvelle carte sanitaire doit nécessairement prendre en compte les politiques en matière de santé communautaire, de la CS ainsi que la viabilité des structures. Elle 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 5 : Réactualiser le découpage sanitaire.**

Compte tenu de l’évolution démographique du pays, il est indispensable de revoir le découpage sanitaire du pays. Ce découpage prendra en compte les spécificités socioculturelles de chaque région. 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.

* + 1. **ORIENTATIONS STRATEGIQUES RELATIVES AUX INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS**

**Orientation stratégique 1 : Renforcement de la coordination entre les différents acteurs qui interviennent dans les domaines des infrastructures et équipements médico sanitaires**

***Résultat attendu 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 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 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’œuvre 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 2 : Renforcement du cadre stratégique et normatif relatifs aux infrastructures et des équipements médico sanitaires, y compris leur maintenance**

***Résultat attendu 2 : les documents de politiques, stratégies et normes dans les domaines des infrastructures et des équipements médico sanitaires sont disponibles et mis en œuvre***

**Action 3 : 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 4 : Evaluer et 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. 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 5 : 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 6 *:* 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 3 : Accroissement de la couverture en infrastructures sanitaires**

***Résultat attendu 3 : Des infrastructures sanitaires (hôpitaux et centres de santé) sont construits et fonctionnels aux différents niveaux de la pyramide***

**Action 7 : 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, 21 hôpitaux de district, 153 CS, 10 bureaux des DSR, 1 centre national de traitement des cancers. 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) et prêts à être équipés et 3 autres (Koumra, Ati et Amtiman) sont en cours de construction. 1 HR est 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 56 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 8 : Construire une usine pharmaceutique, une CPA, 5 PRA, 3 dépôts sub-nationaux pour les vaccins.**

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 9 : 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.

* + 1. **ORIENTATIONS STRATEGIQUES RELATIVES AUX MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS DE SANTE**

**Orientation stratégique 1: Renforcement du cadre institutionnel, juridique, organisationnel et fonctionnel qui régit le secteur pharmaceutique.**

***Résultat attendu 1 : Le cadre juridique et institutionnel est adapté au contexte et aux objectifs pour l’amélioration du secteur pharmaceutique.***

**Action 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 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 le processus de gestion et d’approvisionnement et de stock ne sont pas maitrisés par les services du MSP ce qui fragilise le rôle régalien de l’Etat.

**Orientation stratégique 2 : Renforcement du Système d’Assurance Qualité des médicaments et autres produits de santé.**

***Résultat attendu 2 : le Système d’Assurance Qualité fonctionnel et performant est mis en place.***

**Action 3 : 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 3ème 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 notificateurs 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 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.**

 ***Résultat attendu 3 : la chaine 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 4 : Renforcer les capacités logistiques de la chaine 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 chaine 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 redévabilité 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 5 : 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 6 : 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 5 : Renforcement de la lutte contre la vente illicite des médicaments**

***Résultat attendu 5 : 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 7 : 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 8 : 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.

* + 1. **ORIENTATIONS STRATEGIQUES RELATIVES AUX PRESTATIONS**

**Orientations stratégique 1 : Amélioration de la disponibilité, de la qualité et de la capacité opérationnelle des services de santé a tous les niveaux du système de santé**

***Résultat attendu 1 : Toutes les structures de santé fonctionnelles disposent de tous les services conformément aux normes nationales***

**Action 1 : Elaborer/actualisez les normes relatives 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 intégré des activité 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 pour les maladies et conditions à plus haute mortalité et morbidité. Une consultance internationale sera mobilisée pour appuyer l’élaboration des normes relatives aux plateaux techniques des hôpitaux des districts sanitaires, des hôpitaux régionaux et des hôpitaux nationaux. Une fois adoptées, ces normes feront l’objet de vulgarisation auprès des acteurs concernés pour assurer leurs applications. Elles seront régulièrement utilisées pour évaluer les formations sanitaires par rapport à leurs missions.

 **Action 3 : 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 encore 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 équiper celles qui ne sont pas encore fonctionnelles, à y affecter le personnel qualifié et à les approvisionner en médicaments et autres produits de santé.

***Résultat attendu 2 : Les services de SR de qualité sont disponibles dans toutes les formations sanitaires publiques et privées à tous les niveaux du système de santé***

***Action 1 : Renforcer les services de PF, des CPN, les SONUB et les SONUC à tous les niveaux du système de santé***

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 à l’administration des méthodes peu utilisées telles que l’utilisation des pilules contraceptives progestatives, l’implant, etc. 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 HD et HR tant publics que privés et les directives seront rendues disponibles dans toutes ces formations sanitaires. Les tests d’hémoglobine et de protéinurie feront partie du PMA et du PCA actualisés pour qu’ils soient réalisés systématiquement lors des CPN. L’accent sera mis sur la CPN recentrée.

Les services de SONUB sont disponibles dans la plupart des centres de santé, dans les HD et dans les HR. Cependant leur qualité et leur capacité opérationnelle 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 et directives y relatives comme dans la plupart d’intervention ne sont pas toujours disponibles auprès du personnel qui offre ses services. 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. Cette action sera étendue aux HN qui sont dans la même situation.

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 HD, les HR et les HN offrent les services des SONUC.

***Action 2 : 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 complétera cette action en vue d’améliorer la qualité et la capacité opérationnelle des services.

***Action 3 : Renforcer les services de vaccination à tous les niveaux du système de santé***

La chaîne de froid 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, des sources d’énergie appropriées et des appareils de surveillance continue de la température. La maintenance des réfrigérateurs et autre logistique nécessaire à la vaccination sera intensifier pour assurer une durée de vie longue à toute la logistique nécessaire à la vaccination.

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 les centres de santé publics et privés. Il est actuellement estimé à environ 20%. Les directives seront également mises à disposition.

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.

La stratégie mobile sera mise à profit pour atteindre les populations les plus éloignées des centres de santé. Des stratégies novatrices seront mises en œuvre pour atteindre les populations nomades

***Résultat attendu 3 : La lutte contre les maladies transmissibles est renforcée dans la communauté et à tous les niveaux du système de santé***

**Action 7 : Renforcer les interventions de prévention et de prise en charge du paludisme à tous les niveaux du système de santé**

Les couvertures en MII 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 MII seront intensifiées et étendues à toutes les provinces du pays. La distribution des MII lors CPN, les CPoN seront poursuivies 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 sahélienne.

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 les CNP 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 médicaments antipaludiques.

**Action 9 : Renforcer la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA à tous les niveaux du système de santé**

Les services de conseil, de dépistage et ceux de diagnostic et traitement de lutte contre les infections sexuellement transmissibles 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 et 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 11 : 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 et de la forme multirésistence (MDR), le personnel formé et les directives pour la prose en charge de toutes les formes de TB rendues disponibles.

***Résultat attendu 2 : Les maladies non transmissibles sont correctement prises en charge à tous les niveaux du système de santé.***

**Action 7 : 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 8 : 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 et renforcer les compétences du personnel pour leur 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 3 : Amélioration de l’utilisation des services de santé à tous les niveaux**

***Résultat attendu 1******: L’accessibilité de toute la population aux services de santé est renforcée.***

**Action 9 : 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 paquet des soins sera défini pour ces populations ainsi que les modalités de sa mise en œuvre.

**Orientation stratégique 4 : Promotion de la santé des jeunes, des adolescents et des personnes âgées**

***Résultat attendu 2 : les services de santé des jeunes, des adolescents et des personnes âgées sont développés et intégrés dans les paquets d’activités à tous les niveaux du système de santé.***

**Action 10 : Définir les politiques, plans stratégiques, les normes relatives à la santé des jeunes, des adolescents et des personnes âgées.**

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. 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.

**Action 11 : Renforcer les capacités du personnel de santé dans la prise en charge des problèmes de santé des adolescents, des jeunes et des personnes âgées.**

Une fois les politiques, plans stratégiques et normes relatives à la santé des adolescents, des jeunes et des personnes âgées 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, les jeunes et personnes âgées dans les plans opérationnels annuels. (A QUANTIFIER)

**Orientations stratégique 5 : Renforcement des activités de santé à base communautaire dans tous les districts sanitaires.**

***Résultat attendu 1: Les activités de santé à base communautaire sont mises en œuvre dans tous les districts sanitaires fonctionnels.***

**Action 12 : 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 13 : 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.

***Résultat attendu  2: Les activités promotionnelles de santé sont développées pour susciter la demande des services.***

**Orientation stratégique 6 : Renforcement des stratégies de promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé**

**Action 14: 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 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 7 : Préparation et réponse aux urgences en sante**

## DETERMINATION DES PROGRAMMES

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 reforme relative au budget-programme qui est une directive de la Communauté Economique et Monétaire de l’Afrique Centrale (CEMAC).

Cette réforme a pour objectifs :

* Améliorer 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 base des orientations stratégiques et actions prioritaires retenues dans ce PNDS. Il d’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 tenus des ressources qui seront mises à disposition. Ce programme comprend les orientations stratégiques et actions prioritaires relatives des piliers Gouvernance & leadership et Système d’Information Sanitaire, toutes les actions en destinées à la mobilisation des ressources ainsi que le suivi et évaluation du PNDS.

1. **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.

1. **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 financière 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

## FINANCEMENT DU PNDS

## 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 privilégiées. 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 17: Evolution de quelques indicateurs d’impacts**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INDICATEURS** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| 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‰ |

## ESTIMATION DU COUT

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

**Tableau 18 : Estimation du coût annuel du PNDS 3 par pilier**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PILIER DU SYSTÈME** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |  **Total**  | **%** |
| Gouvernance & leadership | 832 110 702 | 731 381 252 | 717 317 926 | 650 087 552 | 2 930 897 432 | 0,5% |
| Financement de la santé | 19 159 524 666 | 19 159 524 666 | 19 159 524 666 | 19 159 524 666 | 76 638 098 662 | 13,8% |
| Ressources Humaines pour la santé | 27 380 961 095 | 26 778 923 711 | 27 691 080 660 | 28 628 217 549 | 110 479 183 015 | 19,9% |
| Système d'information sanitaire | 2 303 493 361 | 1 369 046 898 | 1 563 157 298 | 1 488 307 161 | 6 724 004 718 | 1,2% |
| Infrastructure et équipement | 21 932 719 316 | 62 656 102 799 | 37 332 567 084 | 37 332 567 084 | 159 253 956 283 | 28,7% |
| Médicaments et autres produits de santé | 25 595 993 224 | 41 339 432 522 | 48 095 632 896 | 49 095 642 120 | 164 126 700 762 | 29,6% |
| Prestations | 18 962 154 685 | 5 613 818 479 | 4 946 573 556 | 5 723 501 543 | 35 246 048 263 | 6,3% |
| **Total** | **116 166 957 048** | **157 648 230 327** | **139 505 854 085** | **142 077 847 675** | **555 398 889 135** | **100%** |

Par tête d’habitant, ce budget reprsente 16 USD 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 rappeller 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 et pour améliorer les chqces des pays à atteindre la CUS et les autres cibles de l’ODD3.

Tout en prenant en compte la situation écomique du pays, ce budget s’inscrit aussi dans la rupture avec le passé en termes de tendance dans ce sens qu’il permet quand dans ce contexte difficile faire des avancées en termes de réalisation des résultats à un rythme assez élévé 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 infantojuvénile, la rééduction attendue se fera au rythme de 12% par an contre 3% annuel au cours des dernières années.

La repartition du budget par programme est repris dans le tableau suivant :

**Tableau 19 : répartition du budget du PNDS3 par programme**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMME** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **Total** | **%** |
| Programme de pilotage du secteur de la santé | 542 157 106 | 1 313 305 655 | 730 234 330 | 1 100 018 956 | 3 685 716 047 | 0,7 |
| Programme de l’offre des services et soins de santé | 96 465 275 276 | 137 175 400 006 | 119 616 095 090 | 121 818 304 053 | 475 075 074 426 | 85,5 |
| Programme d’accès aux services de santé | 19159524666 | 19159524666 | 19159524666 | 19159524666 | 76 638 098 662 | 13,8 |
| **Total** | **116 166 957 048** | **157 648 230 327** | **139 505 854 085** | **142 077 847 675** | **555 398 889 135** | **100** |

## CADRAGE BUDGETAIRE

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 2016-202 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 2014et de 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 serait 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 financé sur ressources intérieures et extérieures. L’on s’attend à une régression de l’économie de l’ordre de -1,7%).

En 2017-2020, 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 conditions 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 en 2016 - 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 2018-2020.

Les données macroéconomiques prises en comptes sont celles fournies par le Ministères du plan

## PLAN DE FINANCEMENT DU PNDS

## ANALYSE DES GAPS

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

**Tableau 20: Gap de financement selon les différents sénarions**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **Total** | **%** |
| Dépenses planifiées | 116 166 957 042 | 157 648 230 325 | 139 505 854 090 | 142 077 847 676 | 555 398 889 133 | **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 | **49,0** |
| **GAP** | **46 319 957 059** | **90 724 230 328** | **74 034 854 110** | **72 230 847 693** | **283 309 889 191** | **51,0** |
| Scenario pessimiste | 66 355 000 011 | 63 578 000 011 | 62 197 000 018 | 66 354 999 981 | 258 485 000 ***020*** | **46,5** |
| **GAP** | **49 811 957 030** | **94 070 230 314** | **77 308 854 073** | **75 722 847 695** | **296 913 889 112** | **53,5** |
| Espace Financier Scénario optimiste | 73 339 000 005 | 70 268 999 991 | 68 744 999 994 | 73 338 999 984 | 285 691 999 975 | **51,4** |
| **GAP** | **42 827 957 037** | **87 379 230 334** | **70 760 854 096** | **68 738 847 691** | **269 706 889 158** | **48,6** |

Les gaps sont importants dans tous les scénarios, mais ils pourront diminuer au fur et à mesure que les données des ressources disponibles seront collectées. Je n’en fais donc pas un problème à ce stade.

# CADRE DE MISE EN OEUVRE

## CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE

Le PNDS n’est pas un plan du MSP. C’est le plan du gouvernement pour le secteur de la santé. De ce point de vue, sa mise en œuvre qui se fera sous le leadership du MSP, 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 pour améliorer la santé de la population. Trois ministères auront un rôle de premier plan à jouer. Il s’agit du MSP, le ministère en charge de la sécurité 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 CUS qui est au centre de ce PNDS.

**Le ministère de la santé publique**

La responsabilité du MSP (prestataire) est celle qui consiste à développer l’offre des services de santé de qualité et d’assurer que toutes les populations quelque soient 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 gouvernementaux à élaborer et mettre en œuvre des politiques sectorielles favorables à la santé dans le cadre de la santé dans toutes les politiques. Le MSP devra en plus mobiliser les ressources tant intérieures qu’extérieures pour financer la mise en œuvre du PNDS.

**Le ministère en charge de la sécurité sociale**

Le ministère en charge de la sécurité sociale (acheteur) aura pour responsabilité de mettre 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 des finances**

Le ministère des finances aura comme responsabilité, la mise à disposition des ressources nécessaires à la réalisation des missions qui sont celles du MSP, du ministère en charge de la sécurité sociale, mais aussi celles des autres départements ministériels dans le cadre de la santé dans toutes les politiques.

**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.

1. **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 PNDS. 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 les résultats attendus du secteur de la santé dans le cadre du programme de développement durable dans lequel le pays s’est engagé.

1. **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 carte sanitaire.

1. **Les organisations de la société civile**

La société civile aura un double rôle à jouer : (i) elle sera organisée en association des consommateurs pour faire entendre leur voix dans au cours de toute la mise en œuvre du PNDS à la fois sur l’organisation de l’offre que sur l’achat des services et, (ii) à travers les mutuelles de la santé en cours de développement dans le pays, elle interviendra plus particulièrement dans les districts sanitaires dans la chaine d’achat des services qui sera mise en place par le ministère en charge de la sécurité sociale.

## PROCESSUS DE PLANIFICATION OPERATIONNELLE

La mise en œuvre du PNDS se fera sur base des plans opérationnels qui seront élaborés et/ou actualisés chaque année. Il s’agit du cadre des dépenses sectorielles à moyens termes (CDSMT) et les plans d’action opérationnels (PAO).

**Cadre de dépenses sectorielles à moyens termes**

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 cadre des dépenses à moyen terme (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 PNDS. 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 reformes structurelles à la fois sectorielles et intersectorielles nécessaires à la mise en œuvre du PNDS

**Plan d’action opérationnelle**

Sur 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 PAO seront élaborées 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.

## ORGANES DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE

## MECANISMES DE COORDINATION

# SUIVI ET EVALUATION

Pour assurer une bonne efficacité dans la mise en œuvre du PNDS 2011-2020, il sera élaboré un plan spécifique de suivi et d’évaluation fondé sur les objectifs du PNDS. Des revues annuelles, une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale seront organisées.

# ANNEXES

**Tableau: Budget par orientation stratégique**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORIENTATION STRATEGIQUE** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |  **Total**  | **%** |
| **1. Gouvernance & leadership** | **781 110 702** | **628 381 251** | **690 317 926** | **623 087 552** | **2 722 897 431** | **0,49** |
| OS.1.1 : Renforcement de la gouvernance dans les services de santé à tous les niveaux du système de santé | 519 265 996 | 381 825 995 | 435 790 996 | 359 900 996 | 1 696 783 982 | 0,3 |
| 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 | 263 186 556 | 1 026 113 449 | 0,2 |
| **2. Financement de la santé** | **19 159 524 666** | **19 159 524 666** | **19 159 524 666** | **19 159 524 666** | **76 638 098 662** | **13,78** |
| OS.2.1 : Accroissement des ressources financières en faveur du secteur de la santé | - | - | - | - | - | 0,0 |
| 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 | 76 638 098 662 | 13,8 |
| OS.2.3 : Amélioration de l’efficience dans l’utilisation des ressources du secteur de la santé | - | - | - | - | - | 0,0 |
| 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 | - | - | - | - | - | 0,0 |
| **3. Ressources Humaines pour la santé** | **27 142 761 095** | **26 317 523 711** | **27 162 180 660** | **28 099 317 549** | **108 721 783 015** | **19,56** |
| OS.3.1 : Poursuite de la dotation des formations sanitaires en RHS en quantité et en qualité suffisante | 26 771 030 895 | 26 029 357 511 | 26 983 284 460 | 27 928 576 349 | 107 712 249 215 | 19,4 |
| OS.3.2 : Amélioration de la gestion des RHS | - | - | - | - | - | 0,0 |
| OS.3.3 : Renforcement des politiques et stratégies de gestion des RHS | 371 730 200 | 288 166 200 | 178 896 200 | 170 741 200 | 1 009 533 800 | 0,2 |
| **4. Système d'information sanitaire** | **2 303 493 361** | **1 369 046 898** | **1 563 157 298** | **1 488 307 161** | **6 724 004 718** | **1,21** |
| OS.4.1 : Renfoncement de la coordination et de leadership en matière de gestion de l’information sanitaire | 603 637 063 | 106 346 000 | 401 346 000 | 199 792 503 | 1 311 121 566 | 0,2 |
| OS.4.2 : Renfoncement des capacités institutionnelles et techniques des services en charge de la gestion du Système d’Information Sanitaire | 1 699 856 298 | 1 262 700 898 | 1 161 811 298 | 1 288 514 658 | 5 412 883 152 | 1,0 |
| OS.4.3 : élaboration d’une carte sanitaire pour rendre opérationnelle progressivement toutes les structures sanitaires  | - | - | - | - | - | 0,0 |
| **5. Infrastructure et équipement** | **22 913 162 026** | **64 099 967 471** | **38 579 709 794** | **38 767 931 755** | **164 360 771 046** | **29,56** |
| OS.5.1 : Renforcement de la coordination entre les différents acteurs qui interviennent dans les domaines des infrastructures et équipements médico sanitaires | 3 526 431 812 | 560 302 080 | 627 802 080 | 627 802 080 | 5 342 338 052 | 1,0 |
| 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 | 879 464 671 | 3 281 914 763 | 0,6 |
| OS.5.3 : Accroissement de la couverture en infrastructures sanitaires | 18 671 487 504 | 62 543 700 719 | 37 260 665 004 | 37 260 665 004 | 155 736 518 231 | 28,0 |
| **6. Médicaments et autres produits de santé** | **1 301 373 231** | **1 301 373 231** | **1 135 068 912** | **945 736 242** | **4 683 551 616** | **0,84** |
| OS.6.1 : Renforcement du cadre institutionnel, juridique, organisationnel et fonctionnel qui régit le secteur pharmaceutique | - | - | - | - | - | 0,0 |
| OS.6.2 : Renforcement du Système d’Assurance Qualité des médicaments et autres produits de santé | - | - | - | - | - | 0,0 |
| 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 | 1 301 373 231 | 1 301 373 231 | 1 135 068 912 | 945 736 242 | 4 683 551 616 | 0,8 |
| OS.6.4 : Renforcement de la lutte contre la vente illicite des médicaments | - | - | - | - | - | 0,0 |
| **7. Prestations** | **42 565 531 967** | **44 938 717 419** | **51 405 227 500** | **53 206 994 918** | **192 116 471 803** | **34,56** |
| OS.7.1 : Amélioration de la disponibilité des services de santé a tous les niveaux du système de santé | 36 986 204 679 | 40 586 396 474 | 47 531 380 323 | 48 743 895 508 | 173 847 876 985 | 31,3 |
| OS.7.2 : Amélioration de la qualité des prestations des services et des soins à tous les niveaux du système de santé | 2 303 323 984 | 2 163 008 864 | 1 557 253 555 | 2 147 988 499 | 8 171 574 902 | 1,5 |
| OS.7.3 : Amélioration de l’utilisation des services de santé à tous les niveaux | - | - | - | - | - | 0,0 |
| OS.7.4 : Promotion de la santé des jeunes, des adolescents et des personnes âgées | 178 630 686 | 186 105 056 | 186 654 251 | 187 200 457 | 738 590 451 | 0,1 |
| OS.7.5 : Renforcement des activités de santé à base communautaire dans tous les districts sanitaires | - | - | - | - | - | 0,0 |
| OS.7.6 : Renforcement des stratégies de promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé | 3 097 372 618 | 2 003 207 024 | 2 129 939 371 | 2 127 910 453 | 9 358 429 466 | 1,7 |
| **Total** | **116 166 957 048** | **157 814 534 647** | **139 695 186 754** | **142 290 899 843** | **555 967 578 292** | **100** |

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. Enquête SMART 2016 [↑](#footnote-ref-2)
3. Le cout de la faim en Afrique- L’incidence sociale et économique de la sous nutrition chez l’enfant au Tchad-2016 [↑](#footnote-ref-3)
4. Autres personnels soignants : Ceux sont tous les professionnels non compris les médecins, les IDE et ATS et les SFDE. Ils sont 1828. [↑](#footnote-ref-4)
5. <http://who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/> [↑](#footnote-ref-5)
6. <https://www.chathamhouse.org/publication/shared-responsibilities-health-coherent-global-framework-health-financing%20#sthash.FBxJ5WpB.dpuf> [↑](#footnote-ref-6)
7. L’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. [↑](#footnote-ref-7)
8. EDS-MICS 2014-2015 [↑](#footnote-ref-8)
9. Ministère de la Santé Publique. Rapport d’évaluation de la Evaluation de la qualité des soins maternels, néonatals et pédiatriques intégrés dans 3 hôpitaux de référence de N’Djaména. Mai 2017. [↑](#footnote-ref-9)
10. EDS MICS 2014-2015 [↑](#footnote-ref-10)
11. EDST II [↑](#footnote-ref-11)
12. <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en> [↑](#footnote-ref-12)
13. https://www.chathamhouse.org/publication/shared-responsibilities-health-coherent-global-framework-health-financing%20#sthash.FBxJ5WpB.dpuf [↑](#footnote-ref-13)
14. Ces données n’incluent pas les infrastructures qui sont en cours de construction. [↑](#footnote-ref-14)
15. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112823/1/WHO_HIS_HIA_14.1_fre.pdf> [↑](#footnote-ref-15)