

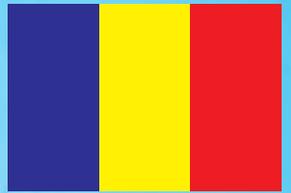


REPUBLIQUE DU TCHAD

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA PREVENTION

SECRETARIAT D'ETAT

SECRETARIAT GENERAL

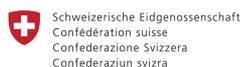


PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS 4)

2022 - 2030

Novembre 2022

PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS 4) 2022 - 2030



Au service des peuples et des nations

REPUBLIQUE DU TCHAD

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA PREVENTION

SECRETARIAT D'ETAT

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DE LA PLANIFICATION, DE LA COOPERATION ET DE L'INFORMATION SANITAIRE

PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS 4) 2022-2030

PREFACE

Le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention (MSPP) en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers, a procédé à l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire quatrième génération (PNDS4), couvrant la période 2022-2030. Ce PNDS4, contrairement aux PNDS antérieurs couvre une période de planification de neuf (09) ans au lieu de cinq (05). Ceci est du fait de la période restante pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé 2016-2030. Le PNDS4 est le dernier segment du cycle de planification stratégique de la mise œuvre de la Politique Nationale de Santé (PNS) qui est alignée sur la vision du « Tchad que nous voulons » et l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD). L'analyse de la situation sanitaire actuelle au pays révèle des problèmes et des défis pour lesquels, le Gouvernement à travers le Ministère en charge de la santé se doit d'intensifier les interventions pour y faire face, et rendre performant le système de santé.

Cet état de fait a conduit le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention à redéfinir les interventions stratégiques du secteur dans ce Plan, à travers une approche de planification participative et inclusive.

Le PNDS vise à contribuer à atteindre l'objectif de la PNS qui est d'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 socioéconomique du pays et prend en compte les priorités de la période de la transition phase II issue du Dialogue National Inclusif et Souverain (DNIS).

L'atteinte de cet objectif ne pourra être possible que par le renforcement du système de santé permettant d'améliorer l'état de santé et le bien-être des populations, marqués majoritairement par une mortalité élevée chez les couches les plus vulnérables, particulièrement le couple mère-enfant. Ce défi passe également par une plus grande mobilisation de tous les acteurs du secteur de la santé et également, ceux des secteurs connexes. En plus de l'augmentation du financement de la santé, l'affectation, l'utilisation rationnelle des ressources disponibles, et le partenariat public-privé, le Ministère en charge de la santé fait le plaidoyer pour un engagement accru des partenaires techniques et financiers et des autres acteurs locaux dans la mise en œuvre de cette politique.

Par ailleurs, pour garantir les éléments essentiels à la mise en œuvre de ce plan à travers un budget unique, un cadre de suivi et d'évaluation unique, un nouveau pacte national signé entre

le Gouvernement et l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions du secteur de la Santé soutiendra sa mise œuvre.

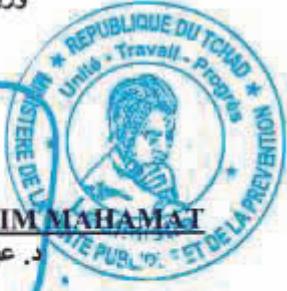
Aussi le pacte traduira-t-il l'engagement entre le Gouvernement et ses partenaires, et permettra de consolider les efforts afin d'obtenir plus d'efficacité dans l'opérationnalisation du PNDS4.

Dans cette dynamique d'ensemble, j'exhorte tous les acteurs du secteur de la santé, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à s'approprier ce document stratégique et à s'en inspirer pour l'élaboration et la mise en œuvre de leur Plan d'Action Opérationnel, car il constitue la boussole pour les neuf (09) prochaines années.

Le Ministre de la Santé Publique et de la Prévention

وزير الصحة العامة والوقاية


Dr ABDELMADJID ABDERAHIM MAHAMAT
د. عبد المجيد عبد الرحيم محمد



REMERCIEMENTS

L'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire de quatrième génération (PNDS 4) qui couvre la période 2022-2030, est le résultat d'un travail participatif qui a impliqué des cadres du Ministère de la Santé Publique et de la Prévention, des Partenaires Techniques et Financiers, des ministères connexes, des représentants de la société civile et des communautés, qui ont montré leur savoir-faire et leur disponibilité. Pour ce remarquable travail, nous tenons à leur exprimer nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance, plus particulièrement, à l'Organisation Mondiale de la Santé et, à travers elle, tous les autres partenaires techniques et financiers qui ont soutenu de bout en bout cet exercice, grâce à leurs appuis multiples et multiformes combien indispensables, qui ont permis la matérialisation de ce précieux outil de référence, pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé du Tchad.

Nous souhaitons que le même élan anime les différents partenaires dans la mobilisation des ressources pendant toute la durée de la mise en œuvre du PNDS 4 (2022-2030).

Nous vous prions de recevoir tous ici une fois de plus, nos sincères remerciements.

Acronymes et abréviations

| | |
|------------------|---|
| AMM | Autorisation de Mise sur le Marché |
| APCC | Attachement Prolongé des Chiens et Chats |
| ASC | Agent de Santé Communautaire |
| ATM | Autorité Tchadienne du Médicament |
| ATS | Agent Technique de Santé |
| AOI | Appel d'Offre International |
| AQ | Assurance Qualité |
| ARV | Antirétroviral |
| AVP | Accident de la Voie Publique |
| BGE | Budget Général de l'Etat |
| CA | Conseil d'Administration |
| CCIA | Comité de Coordination Inter Agence du PEV |
| CDM | Campagne de Distribution de Masse |
| CDMT | Cadre de Dépenses à Moyen Terme |
| CHURN | Centre Hospitalier Universitaire de Référence Nationale |
| CHUME | Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant |
| CIC-CSU | Cellule Interministérielle de Coordination de la Couverture Sante Universelle |
| CIMED | Comité Interministérielle des Médicaments |
| CNLS | Conseil National de Lutte contre le SIDA |
| CNAR | Centre National d'Appareillage et de Rééducation |
| CNC-GASPM | Commission Nationale de Coordination de Gestion d'Approvisionnement et de Stock des Produits Médicaux |
| CNRD | Centre National des Recherches et Développement |
| COGES | Comité de Gestion |
| COSAN | Comité de Santé |
| COUSP | Centre des Opérations d'Urgence en Santé Publique |
| CNTS | Centre National de Transfusion Sanguine |
| CNTF | Centre National de Traitement de Fistule |
| CPA | Centrale Pharmaceutique d'Achat |
| CPE | Consultations Préventives Enfant |
| CPN | Consultation Périnatale |
| CPoP | Consultation Post Natale |
| CPS | Consultation Pré Scolaire |
| CQ | Contrôle Qualité |
| CS | Centre de Santé |
| CSSI | Centre International pour la Recherche en Santé |
| CSU | Couverture Sanitaire Universelle |
| CTC | Centre de Traitement de Choléra |
| CTD | Commun Technical Document |

| | |
|-----------------|--|
| DES | Diplôme des Etudes Supérieures |
| DGPML | Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et Laboratoire |
| DIISM | Direction des Infrastructures, des Equipements Sanitaires et de la Maintenance |
| DFBA | Direction des Finances, du Budget et des Approvisionnements |
| DANA | Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée |
| DPSP | Délégation Provinciale de la Santé et de la Prévention |
| DS | District Sanitaire |
| DSSIS | Direction des Statistiques et du Système de l'Information Sanitaire |
| DRHF | Direction des Ressources Humaines et de la Formation |
| DTS | Dépenses Totales de Santé |
| ECD | Equipe Cadre du District |
| EDS-MICS | Enquête Démographique et de Santé & Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples) |
| EDST | Enquête Démographique et de Santé au Tchad |
| ENSASS | Ecole Nationale Supérieure des Agents Socio-Sanitaires |
| FEAP | Femme en Age de Procréer |
| FOSA | Formation Sanitaire |
| FSSH | Faculté des Sciences de Santé Humaines |
| GTC | Groupe de Travail Conjoint |
| HP | Hôpital Provincial |
| HPF | Hôpital Provincial de Farcha |
| HTA | Hypertension Artérielle |
| IDH | Indice de Développement Humain |
| IHP+ | Partenariat International pour la Santé et Initiatives Apparentées |
| IDE | Infirmier Diplômé d'Etat |
| IGE | Inspection Générale d'Etat |
| ISF | Indice Synthétique de Fécondité |
| IRED | Institut de Recherche en Elevage pour le Développement |
| LNCQM | Laboratoire National de Contrôle Qualité des Médicaments |
| LMD | Licence, Maîtrise et Doctorat |
| LQAS | Lot Quality Assurance Survey |
| MA | Malnutrition Aigue |
| MC | Malnutrition Chronique |
| MCD | Médecin Chef de District |
| MEG | Médicaments Essentiels Génériques |
| MQIF | Médicaments de Qualité Inférieure et Falsifiée |
| MFC | Ministère des Finances et des Comptes Publics Budget |
| MO | Maître d'Œuvre |
| MOD | Maître d'œuvre Délégué |
| MSPP | Ministère de la Santé Publique et la Prévention |
| MSF | Médecins Sans Frontière |

| | |
|-----------------|--|
| MTA | Médicaments Traditionnels Améliorés |
| MTN | Maladies Tropicales Négligées |
| NC | Nouveau Cas |
| NV | Naissance Vivante |
| ODD | Objectifs de Développement Durable |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| OS | Objectif Stratégique |
| OSC | Organisation de la Société Civile |
| PAO | Plan d'Action Opérationnel |
| PASST | Projet d'Appui au Secteur de la Santé au Tchad |
| PCA | Paquet Complémentaire d'Activités |
| PCIME | Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant |
| PEC | Prise en Charge |
| PEV | Programme Elargi de Vaccination |
| PIB | Produit Intérieur Brut |
| PF | Planning Familial |
| PMA | Paquet Minimum d'Activités |
| PND | Plan National de Développement |
| PNDS | Plan National de Développement Sanitaire |
| PNLFO | Programme National de Lutte contre la Fistule Obstétricale |
| PNLP | Programme National de Lutte contre le Paludisme |
| PNS | Politique Nationale de Santé |
| PNT | Programme National de Lutte contre la Tuberculose |
| PPA | Pharmacie Provinciale d'Approvisionnement |
| PPDS | Plan Provincial de Développement Sanitaire |
| PSDRHS | Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé |
| PSLS/IST | Programme Sectoriel de Lutte contre le Sida/ et les Infections Sexuellement Transmissibles |
| PTF | Partenaires Techniques et Financiers |
| PTCA | Plan de Transformation de la Chaîne d'Approvisionnement |
| PTME | Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH |
| PVVIH | Personnes Vivant avec le VIH |
| RMA | Rapport Mensuel d'Activités |
| RAM | Résistance aux antimicrobiens |
| RCS | Responsable de Centre de Santé |
| RdC | Recouvrement de Coûts |
| RGPH | Recensement Général de la Population et de l'Habitat |
| RH | Ressources Humaines |
| RHS | Ressources Humaines pour la Santé |
| RSI | Règlement Sanitaire International |
| SARA | Service Availability and Readiness Assessment |

| | |
|----------------|--|
| SIGL | Système d'Information en Gestion Logistique |
| SIS | Système d'Information Sanitaire |
| SNCSU | Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle |
| CNRD | Centre National de la Recherche pour le Développement |
| SONU | Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence |
| SONUB | Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base |
| SONUC | Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets |
| SRMNIAN | Stratégie de Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents/Nutrition (SRMNIAN) |
| SR | Santé Reproductive |
| SWEDD | Sahelian Women Empowerment Demographic Dividend |
| TBC | Tuberculose |
| TBN | Taux Brut de Natalité |
| TDR | Test de Diagnostic Rapide |
| THA | Trypanosomiase Humaine Africaine |
| TPI | Traitement Préventif Intermittent |
| UGL | Unité de Gestion Logistique |
| UGP | Unité de Gestion des Projets |
| UNA | Unité de Nutrition Ambulatoire |
| UNS | Unité de Nutrition des Soins |
| UNT | Unité de Nutrition Thérapeutique |
| ZR | Zone de Responsabilité |

Table des matières

| | | |
|----------|---|------------|
| 1 | Première partie : Cadre général..... | 19 |
| 1.1 | Contexte général | 21 |
| 1.1.1 | Généralité du pays | 21 |
| 1.1.2 | Système de santé du pays..... | 25 |
| 1.2 | Situation sanitaire | 27 |
| 1.2.1 | Etat de santé de la population | 27 |
| 1.2.2 | Principaux déterminants de la santé:..... | 30 |
| 2 | Deuxième partie : Diagnostic stratégique..... | 35 |
| 2.1 | Analyse de la situation sanitaire..... | 37 |
| 2.1.1 | Gouvernance, Leadership et Coordination..... | 37 |
| 2.1.2 | Financement de la santé | 43 |
| 2.1.3 | Ressources humaines pour la santé au Tchad | 49 |
| 2.1.4 | Infrastructures, équipements et maintenance | 53 |
| 2.1.5 | Information Sanitaire et Recherches | 56 |
| 2.1.6 | Médicaments et autres produits de santé et laboratoire..... | 61 |
| 2.1.7 | Prestation des services et des soins de santé | 68 |
| 2.2 | Analyse du fonctionnement du système de santé national..... | 95 |
| 2.3 | Contraintes/menaces et opportunités lors de la mise en œuvre du PNDS3 | 96 |
| 2.4 | Synthèse de l'évaluation du PNDS3 | 97 |
| 2.5 | Problèmes prioritaires et analyse causale..... | 99 |
| 2.5.1 | Problèmes de santé de la population | 99 |
| 2.5.2 | Problèmes prioritaires du système de santé et analyse causale | 100 |
| 2.5.3 | Recommandations issues de l'évaluation du PNDS 3 | 112 |
| 3 | Troisième partie : Cadre stratégique | 113 |
| 3.1 | Rappel des stratégies | 115 |
| 3.1.1 | Rappel de la stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle | 115 |
| 3.1.2 | Rappel de la politique nationale de la santé : Vision, Pilier, Orientations Stratégiques..... | 117 |
| 3.2 | Objectifs, orientations stratégiques, actions prioritaires..... | 119 |
| 3.2.1 | Objectif général et objectifs spécifiques | 119 |
| 3.2.2 | Chaîne des résultats | 122 |
| 3.2.3 | Cadre logique du PNDS 4 et analyse des risques..... | 127 |
| 3.2.4 | Orientations stratégiques..... | 136 |
| 4 | Quatrième partie : Cadre de mise en œuvre, de suivi-évaluation et du budget du PNDS 4..... | 189 |
| 4.1 | Cadre de mise en oeuvre..... | 191 |
| 4.2 | Cadre de suivi et évaluation | 192 |
| 4.2.1 | Cadre institutionnel de mise en œuvre | 192 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 4.2.2 | Coordination et pilotage du PNDS | 193 |
| 4.2.3 | Planification stratégique et opérationnelle des interventions..... | 194 |
| 4.2.4 | Suivi et évaluation du PNDS | 195 |
| 4.3 | Cadre budgétaire..... | 195 |
| 4.3.1 | Besoins financiers globaux du PNDS 4 (2022-2030)..... | 195 |
| 4.3.2 | Budget global et budget par programme budgétaire..... | 196 |
| 4.3.3 | Budget par rubrique du PNDS 4 (2022-2030)..... | 200 |
| 4.3.4 | Autres catégories budgétaires | 201 |
| 4.3.5 | Analyse du gap de financement et des résultats..... | 203 |
| 5 | Conclusions | 204 |
| 6 | Annexes | 204 |
| | ANNEXE 1: RAPPEL DES OBJECTIFS ET CIBLES DES ODD POUR LA SANTÉ..... | 206 |
| | ANNEXE 2: LES ENGAGEMENTS INTERNATIONAUX EN MATIÈRES DE SANTÉ..... | 208 |
| | ANNEXE 3 : CODIFICATION DU PNDS 4 | 210 |
| | ANNEXE 4 : LISTE DU COMITE DE REDACTION DU PNDS 4 | 228 |
| | ANNEXE 5 : PARTICIPANTS AUX ATELIERS D'ELABORATION DU PNDS 4 | 229 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Evolution de la part du budget de la santé dans le budget de l'Etat (BGE) de 2012 à 2021 en milliards de FCFA | 45 |
| Figure 2 : Circuit national public d'approvisionnement et de distribution des produits de santé au Tchad | 63 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|-----|
| Tableau 1: Catégories et proportions de populations cibles de 2021 à 2030 | 22 |
| Tableau 2 : Indicateurs démographiques | 22 |
| Tableau 3 : Structures sanitaires en 2019 | 26 |
| Tableau 4 : Evolution de la part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat de 2012 à 2021 en milliards de FCFA et de l'aide extérieur | 44 |
| Tableau 5 : Niveau de financement du PNDS 3 par l'Etat et les PTF selon les budgets de 2018 à 2021 (en milliards de FCFA)..... | 46 |
| Tableau 6 : Evolution des effectifs du personnel entre 2018 et 2021 | 50 |
| Tableau 7 : Gaps en personnel soignant pour 2030 | 52 |
| Tableau 8 : Evolution du nombre des DS et des CS de 2017 à 2021 | 54 |
| Tableau 9 : Utilisation de la consultation curative au niveau des CS | 68 |
| Tableau 10 : Taux de couverture des structures sanitaires en équipements de chaîne de froid..... | 79 |
| Tableau 11 : Evolution des taux de couvertures vaccinales entre 2015 et 2020 et 2021 | 79 |
| Tableau 12 : Chaîne des résultats | 123 |
| Tableau 13 : Tableau cadre logique | 127 |
| Tableau 14 : Analyse des risques..... | 134 |
| Tableau 15 : Programme du budget par pilier..... | 191 |
| Tableau 16 : Maquette budget du MSPP | 198 |
| Tableau 17 : Répartition du budget par pilier du PNDS 4 (2022-2030) en million de F CFA..... | 200 |
| Tableau 18 : Ventilation du budget par niveau de soins | 200 |
| Tableau 19 : Budget par catégories de dépenses | 202 |
| Tableau 20 : Budget estimatif du PNDS 4 par scénario | 203 |

Résumé Exécutif

Le présent Plan National de Développement Sanitaire de quatrième génération (PNDS 4) qui couvre la période 2022-2030 a été élaboré suite à l'évaluation du PNDS 3 dont les résultats n'étaient pas à la hauteur des objectifs attendus.

Du point de vue méthodologique, le PNDS 4 a été élaboré de manière très consensuelle et participative, avec une large implication des cadres du MSPP, des Partenaires techniques et financiers, des ministères sectoriels et des organisations de la Société Civile. La plupart du travail a été fait en travaux de groupes lors des ateliers organisés à ce propos et qui ont permis d'obtenir le consensus sur les différentes parties du document.

Le PNDS 4 comprend quatre chapitres et est bâti autour des 6 piliers du système de santé qui sont la Gouvernance/Leadership/Coordination, le Financement de la santé, les Ressources humaines pour la santé, les infrastructures/Equipement/Maintenance, les informations sanitaires, les médicaments et les prestations de soins.

- 1) **Le Cadre général** décrit le contexte du pays ainsi que le système de santé national, l'état de santé de la population et les principaux déterminants de la santé au Tchad.
- 2) **Le Diagnostic stratégique** comprend :
 - a. L'analyse de la situation sanitaire fait ressortir les points forts et les points faibles par pilier ainsi que les principaux problèmes sous-jacents.
 - b. L'analyse du fonctionnement du système de santé complète le point précédent et fait ressortir les contraintes qui minent son fonctionnement.
 - c. La Synthèse de l'évaluation du PNDS3 reprend les difficultés liées à la mise en œuvre du PNDS3 et les points à prendre en considération dans le PNDS 4.
 - d. L'analyse causale par pilier du système de santé des problèmes identifiés.
 - e. Les principales recommandations
- 3) **Le Cadre stratégique** comprend :
 - a. Le rappel de la Politique nationale de santé
 - b. Les objectifs, les orientations stratégiques et les principales actions, ainsi que les chaînes de résultats et le cadre logique du PNDS 4
- 4) **Le Cadre de mise en œuvre, de suivi-évaluation et de budget.** Ce chapitre comprend :
 - a. Le cadre de mise en œuvre
 - b. Le cadre de Suivi et Évaluation (Cadre institutionnel, coordination et pilotage, planification stratégique et opérationnelle...)
 - c. La budgétisation axée sur les résultats avec l'outil ONE-HEALTH (Besoins financiers du PNDS 4, budget général, budget par programme et budget par rubrique

Un Plan de Suivi et Evaluation du PNDS 4 a été élaboré pour garantir une bonne mise en œuvre du dit document.

Situation sanitaire

Dans le contexte général, on retiendra que les indicateurs de santé du Tchad sont les plus faibles de la sous-région avec un taux de mortalité maternelle de 860 pour 100000 NV (SDT 2014), un taux de mortalité néonatal de à 33‰ NV en 2019 (MICS 2019), un taux de mortalité infantile de 78 pour 1.000 NV (MICS 2019) et un taux de mortalité infanto juvénile de 122 pour 1000 NV.

L'objectif général du PNDS 4 est d'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 socioéconomique du pays.

Les objectifs spécifiques sont présentés ci-dessous selon les piliers du système de santé.

- D'ici 2030, améliorer la gouvernance et le leadership dans le secteur ;
- D'ici 2030, accroître la part du budget général de l'Etat destinée à la santé de 7,25% en 2021 à 15%¹;
- D'ici 2030, faire passer la densité du personnel de santé pour 1000 habitants de 0,8 à 2 ;
- D'ici 2030, augmenter la couverture théorique en infrastructures sanitaires fonctionnelles de 86% à 90% ;
- D'ici 2030, rendre le DHIS2 opérationnel dans tous les DS ;
- D'ici 2030, augmenter de 34 à 90% les établissements de santé qui ne connaissent pas de rupture de stock de produits traceurs de santé ;
- D'ici 2030, réduire le taux de mortalité maternelle de 860 pour 100.000 naissances vivantes à 564 pour 100.000 naissances vivantes ;
- D'ici 2030, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire la prévalence du VIH de 1,6% à 1,2% dans la population générale;
- D'ici 2030, réduire de 30% la prévalence de la tuberculose qui est de 144 pour 100.000 habitants ;
- D'ici 2030, réduire d'au moins 40% le taux de morbidité et de mortalité liées au paludisme ;
- D'ici 2030, éliminer les principales maladies tropicales négligées, les hépatites virales et les maladies transmissibles ;
- D'ici 2030, réduire les différentes formes de malnutrition dans la population tchadienne ;
- D'ici 2030, atteindre au moins 90% de couverture vaccinale pour chaque antigène.

Orientations stratégiques

Les orientations stratégiques du PNDS 4 sont présentées selon les piliers du système de santé et chaque orientation stratégique correspond à plusieurs résultats et des actions retenues avec une codification pour faciliter la planification opérationnelle. La matrice donne 43 orientations stratégiques, 92 résultats attendus et 288 actions.

¹ L'engagement des Chefs d'Etat d'Abuja date déjà de 2001.

Budget global

La programmation des coûts a été proposée en fonction des prévisions de financement du plan sur la base des sept (7) piliers. Le coût global estimatif de mise en œuvre du PNDS 4 (2022-2030) s'élève à **2 115, 635 041 343 milliards de francs CFA**, soit environ **3, 254 823 141 milliards de dollars US**.

Introduction

Le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention (MSPP) à l'instar des autres départements ministériels a élaboré une politique nationale de santé arrimée sur la Vision 2030 du Tchad que nous voulons et de l'Agenda 2030 de l'Union Africaine, en lien avec les ODD et plus spécifiquement l'ODD3 qui vise à « Permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous, à tout âge ».

La Politique Nationale de Santé 2016-2030 a pour objectif principal d'assurer à la population l'accès universel aux soins et services de santé de qualité, globaux, intégrés, continus et centrés sur la personne afin de contribuer efficacement au développement socio-économique du pays.

Cette politique est mise en œuvre à travers des stratégies contenues dans des programmes nationaux de développement sanitaire dont le PNDS3 constitue la troisième génération. Il est arrivé à terme le 31 décembre 2021. Lors de son évaluation, il a été constaté que malgré les efforts continus du gouvernement et des partenaires, la situation sanitaire de la population reste précaire. Cette situation est due au fait que le PNDS3 n'a pas été mis en œuvre comme attendu à cause du manque de ressources de tout genre : financières, humaines, et matérielles. En plus, la survenue de la COVID-19 a rendu le contexte national plus austère à cause de la réorientation des ressources déjà insuffisantes et de son impact sur la fréquentation des services.

Le nouveau PNDS qui couvre la période 2022-2030 aura comme mérite de faire progresser le système de santé compte tenu de l'amélioration de la situation économique générale et de l'engagement des partenaires. Cette période est calquée sur la période de la mise en œuvre de la Politique nationale de santé (PNS).

Le PNDS 4 se fixe comme objectif de mettre en œuvre la PNS qui vise « l'accès universel aux soins et services de santé de qualité, globaux, intégrés, continus et centrés sur la personne afin de contribuer efficacement au développement socio-économique du pays ».

Elaboré grâce à une démarche inclusive, participative et consensuelle de l'ensemble des parties prenantes, le PNDS 4 a connu 4 grandes étapes qui sont : (i) l'analyse de la situation sanitaire nationale, (ii) la définition des orientations stratégiques, et des priorités d'actions ; (iii) l'élaboration d'un cadre de mise en œuvre et d'un cadre de suivi-évaluation et (iv) la planification et la budgétisation axée sur les résultats avec l'outil ONE-HEALTH.

Le PNDS 4 est bâti autour des 6 piliers du système de santé, avec 4 chapitres, à savoir : (i) Cadre général, (ii) Diagnostic stratégique, (iii) Cadre stratégique et (iv) Cadre de mise en œuvre, de suivi-évaluation et de budget.

1 Première partie : Cadre général

1.1 Contexte général

1.1.1 Généralité du pays

Du point de vue géographique, le Tchad est un État continental, situé entre les 8^{ème} et 14^{ème} degrés de latitude Nord et les 14^{ème} et 24^{ème} degrés de longitude Est, couvrant une superficie de 1 284 000 km². Il est divisé 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 provinces 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. L'hydrographie et le relief du Tchad font de ce pays un véritable bassin, bordé à l'Est et au Nord par des montagnes. On trouve également des montagnes au Sud-ouest. La cuvette sédimentaire du Tchad est occupée par de nombreux lacs, dont le principal, le Lac Tchad, alimenté à 90% par les fleuves Chari (1200 km) et Logone (1000 km). Sur les 23 provinces que compte le pays, 10 sont enclavées en partie en saison pluvieuse. Il s'agit de la moitié du Salamat, d'une partie de Ouaddaï, du Guéra, du Moyen Chari, de Hadjer-Lamis, du Lac, des deux Mayo-Kebbi et de la Tandjilé. Cette différence climatique détermine le profil épidémiologique de chaque province.

La population du Tchad, selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH2) de 2009, était de 11 072 067 habitants. Elle est passée d'une estimation en 2017 de 15 778 417 habitants à 17 305 108 en 2021. La population du Tchad est très jeune : les moins de 25 ans représentent 68% du total de la population, tandis que les plus de 60 ans représentent 4,5%. Selon le milieu de résidence, 21,9% de la population vit en milieu urbain, 78,1% en milieu rural. Les nomades représentent 3,4%. La densité moyenne de la population est relativement faible (10,65 hab./km²). Mise à part la Province de N'Djaména qui est une particularité avec 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. De 2018 à 2021 la population du Tchad a augmenté d'environ 11%, en passant de 16 330 663 à 17 305 108 habitants.

Les Délégations Provinciales de la Santé et de la Prévention (DPSP) des Mayo Kebbi-Est et Ouest, de la Tandjilé, du Mandoul et du Logone occidental ont une densité largement au-dessus de la moyenne nationale. Le taux d'accroissement moyen annuel de la population est de 3,6%. Selon les résultats du recensement, les naissances attendues représentent 4,1%, les grossesses 4,23%, les nourrissons de 0-11 mois 3,7%, les enfants de 0-59 mois 20,20%, les jeunes de moins de 15 ans 50,6% et les femmes en âge de procréer 21,76%.

Tableau 1: Catégories et proportions de populations cibles de 2021 à 2030

| Année | Population Totale | Grossesses attendues | Naissances attendues | Nourrissons de 0-11 mois | Enfants de 0-59 mois | Jeunes de moins de 15 ans | Jeune et Adolescent de 10 à 24 ans | Femmes en âge de procréer |
|-------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|---------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| | | 0,0423 | 0,041 | 0,037 | 0,202 | 0,506 | 0,2176 | 0,2176 |
| 2021 | 17305108 | 732006 | 709509 | 640289 | 3495632 | 8756385 | 3765592 | 3765592 |
| 2022 | 17958641 | 759651 | 736304 | 664470 | 3627645 | 9087072 | 3907800 | 3907800 |
| 2023 | 18602177 | 786872 | 762689 | 688281 | 3757640 | 9412702 | 4047834 | 4047834 |
| 2024 | 19316830 | 817102 | 791990 | 714723 | 3902000 | 9774316 | 4203342 | 4203342 |
| 2025 | 20004882 | 846207 | 820200 | 740181 | 4040986 | 10122470 | 4353062 | 4353062 |
| 2026 | 20340673 | 860410 | 833968 | 752605 | 4108816 | 10292381 | 4426130 | 4426130 |
| 2027 | 21118810 | 893326 | 865871 | 781396 | 4266000 | 10686118 | 4595453 | 4595453 |
| 2028 | 21929799 | 927630 | 899122 | 811403 | 4429819 | 11096478 | 4771924 | 4771924 |
| 2029 | 22773930 | 963337 | 933731 | 842635 | 4600334 | 11523609 | 4955607 | 4955607 |
| 2030 | 23652050 | 1000482 | 969734 | 875126 | 4777714 | 11967937 | 5146686 | 5146686 |

Source : DSSIS

Projection de la population : En tenant compte du taux de croissance qui est de 3,6, la population passera de **17 305 108** habitants en 2021 à **23 652 050** habitants en 2030. Alors, le nombre des enfants de 0 à 11 mois passera de **640 289** à **875 126** et celui des FEAP de **3 765 592** à **5 146 686**, soit une augmentation de 1/3 en 9 ans.

Tableau 2 : Indicateurs démographiques

| Indicateurs | Valeurs | Sources |
|---|----------------------------|---------------|
| Indice synthétique de fécondité (ISF) | 6,4 | MICS 2019 |
| Taux brut de natalité (TBN) | 3,6 % | |
| Age moyen au premier rapport sexuel pour les filles | 24 | |
| Femmes de 15-19 ans qui sont déjà mères ou enceintes | 44,3 | |
| % de grossesses attendues | 4,23% | |
| % d'accouchements attendus | 4,1% | |
| Taux de mortalité néonatale (décès pour 1000 naissances) | 33‰ | |
| Taux de prévalence contraceptive, toutes méthodes confondues | 8,1% | |
| Taux de fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans | 138 ‰0 | |
| Taux de mortalité infantile (décès pour 1000 naissances vivantes) | 78‰ | |
| Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000) | 122‰ | |
| Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) | 860 pour 100 000 NV | EDS-MICS 2015 |

Situation économique : Ayant rejoint le groupe des pays producteurs de pétrole en 2003, le Tchad est devenu fortement dépendant de cette ressource. A partir de 2014, l'économie du pays a commencé à être touchée par la chute des cours du baril du pétrole et une dégradation du contexte sécuritaire dans le bassin du Lac Tchad. Après la chute brutale du budget général de l'Etat en 2016, on assiste à une remontée progressive à partir de 2019. En effet, le BGE est passé de 1343,5 milliards de F CFA en 2018 à 979,9 milliards en 2019 avant de se stabiliser à 1209, 677 milliards en 2020 et 1247, 153 milliards en 2021. Dans le même sens, le budget de la santé est passé de 60,4 milliards en 2017 à 90,3 milliards en 2021 et représente 7,47% du budget général de l'Etat. Le taux d'exécution du budget alloué à la santé est de 83%. Le taux de dépenses directes des ménages pour la santé est de 64,4 en 2018 par rapport aux dépenses courantes (CNS 2018).

Pour la même période, l'aide extérieure est passée de 18 milliards en 2018 à 26 milliards en 2020, avant de baisser à 21,2 milliards en 2021. Elle représente 29% du budget de la santé en 2018, 16% en 2019, 18% en 2020 et enfin 24% en 2021. Durant la période du PNDS 3, le budget de la santé représentait par an en moyenne 6% du budget national.

Les dépenses du secteur santé sont en pleine régression de manière générale depuis 2014 avec une forte chute en 2015, tandis que les besoins de la population sont croissants d'une part et d'autre part, l'adoption de la déclaration d'Abuja par les pays, recommande des dépenses de santé plus importantes (15% du budget général de l'État alloué au secteur de la santé). Malgré l'engagement d'Abuja, le budget accordé aux dépenses du secteur de la santé n'a représenté que 6,85% du budget général de l'État en 2019. Les dépenses de santé par habitant sont d'environ 4 000 FCFA (\$7), loin du minimum compris entre 17 130 FCFA (\$30) à 22 840 FCFA (\$40) pour les pays à faible revenu, recommandés par l'OMS.

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

En dépit de la mise en œuvre de différentes stratégies de développement, le Tchad reste l'un des pays les plus pauvres au monde. En effet, en 2019, selon l'Indice de Développement Humain (IDH), le Tchad était placé au 187ème rang sur 189 devant la République Centrafricaine et le Niger.

L'instabilité régionale met le Tchad dans une situation socio-économique et humanitaire difficile. Ainsi, le pays accueille des centaines de milliers de réfugiés (environ 700.000 en 2018) en provenance de la République Centrafricaine, du Soudan (Darfour), du Nigéria, du Niger et du Nord Cameroun.

Transport et communication :**Réseau routier**

L'état du réseau routier est l'un des principaux obstacles au développement. Il est peu dense, généralement en mauvais état et inégalement réparti sur le territoire. Avec les ressources pétrolières, les principaux axes routiers reliant les grandes villes : Ndjamenas-Bongor-Moundou-Doba-Koumra-Sarh, Moundou-Toubooro (Cameroun), Ndjamenas-Abéché, N'Djaména-Massakory- Ngouri ; Ngoura- N'Djaména Bilala, sont bitumés, mais en voie de dégradation. Ce qui ne favorise pas l'accessibilité aux formations sanitaires. Deux projets de construction des lignes ferroviaires (l'un Cameroun -Tchad et l'autre Soudan –Tchad) sont sur l'agenda du Gouvernement. La mise en œuvre de ces projets désenclavera d'avantage le Tchad et contribuera significativement à son développement économique.

Réseau aéroportuaire

Il est composé de deux aéroports internationaux à N'Djaména et Amdjarass, de deux aéroports nationaux à Moundou et à Abéché et de plusieurs aérodromes. Les dessertes internationales et régionales sont partagées par les grandes multinationales et des compagnies privées.

Système de communication de masse et télécommunication

Le paysage médiatique est dominé par trois types de média: audio, audiovisuel et écrit. Le Tchad est couvert dans l'ensemble du territoire par l'ONAMA (Office Nationale des Médias Audiovisuels) à travers ses stations provinciales, appuyées par les radios communautaires et les journaux en ligne qui diffusent les informations et émissions en rapport avec la santé des communautés.

Il a été créé au sein du MSPP, une direction de la communication dont la mission est d'élaborer et de vulgariser les documents de politique en matière de communication en santé.

Aussi, les directions techniques, les programmes et projets du MSPP disposent en leur sein des services et sections de communication qui élaborent des stratégies et plans de communication pour le changement social de comportement.

Les télécommunications sont marquées par l'existence de plusieurs réseaux.

Téléphonie mobile :

Le Tchad ne dispose que de trois (3) opérateurs de téléphonie mobile (Airtel, Moov Africa et Sotel) qui ne couvrent pas tout le territoire national. Le débit de l'internet fourni par ces réseaux est faible et le coût est relativement cher par rapport aux autres pays de la sous-région. Il a été relevé que la communication est très importante pour le changement de comportements exemplaires en matière de santé. Le téléphone et l'internet sont des moyens de communication les plus utilisés par les agents de santé mais force est de constater que ces moyens de communication se font rares dans les FOSA (9% disponible et suffisant; 8% disponible et non suffisant). 68% des FOSA ne disposent pas de moyens de communication (téléphone et internet) et 15% inconnu (Selon la carte sanitaire 2019).

1.1.2 Système de santé du pays

1.1.2.1 Cadre institutionnel

Le système de santé du Tchad est de type pyramidal à trois (3) niveaux de responsabilité et d'activités qui sont :

Un niveau central comprenant : un Conseil National de Santé et de la Prévention (CNSP), une administration centrale, des organismes techniques sous tutelle et des organes de consultation, les Institutions Nationales Sanitaires (CHU Référence Nationale, CHU Renaissance, CHU Mère/Enfant, HATC, Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA), Ecole Nationale Supérieure des Agents Sanitaires et Sociaux (ENSASS), Centre National d'Appareillage et de Réadaptation (CNAR), Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Centre National de Traitement des Fistules (CNTF), des Programmes Nationaux de Santé...).

Un niveau intermédiaire comprenant : les Conseils Provinciaux de Santé et de la Prévention (CPSP), les Délégations Provinciales de la Santé et de la Prévention (DPSP), les Établissements Publics Hospitaliers des Provinces (HP), les écoles provinciales de formation et les Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement (PPA);

Un niveau périphérique comprenant : les Conseils de Santé des Districts (CSD), les Équipes Cadres de District (ECD), les Hôpitaux des Districts (HD), les Centres de Santé (CS), les Conseils de Santé des Zones de Responsabilité (CSZR), les Comités de Santé (COSAN) et les Comités de Gestion (COGES).

NB : Bien que des activités à base communautaire soient réalisées sur le terrain, le niveau communautaire des soins n'est pas inscrit dans le système de santé défini dans la PNS.

1.1.2.2 Structures de soins de santé

Les trois (3) niveaux de prestation de soins sont: le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique :

Le niveau central comprend les services centraux et les institutions nationales dont quatre (4) Centres Hospitaliers Universitaires(CHU) qui sont : CHU Référence Nationale, CHU Renaissance, CHU Mère/Enfant, Centre Hospitalier Universitaire Le Bon Samaritain (CHUBS). Outre les CHU, les structures suivantes jouent le rôle de « centre de référence nationale ». Il s'agit de l'Hôpital de l'Amitié Tchad-Chine (HATC), l'Hôpital Militaire d'Instruction (HMI) et le Centre National de Traitement des Fistules (CNTF). La Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA) assure un ravitaillement régulier en médicaments essentiels génériques (MEG) pour l'ensemble du pays.

Le niveau intermédiaire comprend vingt-trois (23) DPSP avec vingt-trois (23) hôpitaux provinciaux dont le CHU d'Abéché, vingt-trois (23) PPA parmi lesquelles plusieurs ne sont pas aux normes, et le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA) localisé dans la province du Logone Occidental.

Le niveau périphérique est composé de cent soixante (160) Districts Sanitaires (DS) dont cent trente-neuf (139) fonctionnels (86,87%). Chaque DS devrait disposer d'au moins un hôpital de district qui doit être capable de réaliser le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). Sur les 160 DS, 114 disposent d'un HD dont 98 sont fonctionnels. Il reste 62 HD à construire. Parmi les 98 HD fonctionnels, certains nécessitent une réfection. Les districts sanitaires sont subdivisés en 2207 zones de responsabilité dont 1915 sont fonctionnelles soit un pourcentage de 86,76%. Chaque ZR fonctionnelle dispose d'au moins un Centre de Santé (CS), capable de réaliser le paquet minimum d'activité (PMA). En outre, il est attendu un renforcement des soins à base communautaire dont la stratégie et le plan stratégique 2021-2025 ont été adoptées en 2021.

Dans le cadre de la réforme hospitalière en cours, il est prévu de renforcer les capacités de neuf (09) pools des hôpitaux interprovinciaux. Il s'agit des HP d'Abéché, de Moundou, de Sarh, de Pala, de Mongo, de Mao, N'Djamena, Amdjarass et Faya afin de rehausser la qualité des prestations de services d'une part, et réduire les évacuations sanitaires vers les hôpitaux nationaux d'autre part.

Pour rappel, le taux de couverture sanitaire théorique de la population est de 86.7% en 2021.

En 2019, le Tchad comptait 235 formations sanitaires privées lucratives de soins dont 29 cliniques médicales, 79 cabinets de soins médicaux et 127 cabinets de soins infirmiers. Les cabinets de soins infirmiers représentent à eux seuls 54,04% des structures privées de soins médicaux. Sur les 235 FOSA, 160 sont implantées à N'Djamena soit 68,08% de l'ensemble des FOSA privées au Tchad (Source : DSSIS). On constate qu'il y a création de nouveaux DS et CS après le début de l'élaboration de la carte sanitaire sans qu'il y ait une amélioration du nombre des HD et des CS fonctionnels.

Tableau 3 : Structures sanitaires en 2019

| Structures | Carte sanitaire 2019 |
|--|---|
| Hôpitaux nationaux | 4 |
| Hôpitaux nationaux assimilés | 3 |
| DPSP (toutes fonctionnelles) | 23 |
| Hôpitaux provinciaux (N'Djaména non fonctionnel) | 22 + 1 CHU |
| Nombre total de districts | 160 |
| Nombre de districts fonctionnels | 139 (Soit 86,87%) |
| Nombre des HD | 114 |
| Nombre des HD fonctionnels | 98 |
| Hôpitaux sans statut | 4 |
| Nombre de CS | 2207 |
| Nombre de CS fonctionnels | 1915 (soit 86,76%) |
| Formations sanitaires privées confessionnelles | 209 dont 10 hôpitaux et 199 CS |
| Formations sanitaires privées lucratives | 235 dont 29 cliniques, 79 cabinets médicaux et 127 cabinets de soins |
| Ecoles de Santé Privées reconnues par le MSPP | 50 |

1.2 Situation sanitaire

1.2.1 Etat de santé de la population

La population totale est estimée à 17 958 641 en 2022. L'espérance de vie de la population est de 64 ans (DSSIS 2019). Le taux brut de la mortalité est estimé à 12,2% en 2020 (INSEED). Le taux de couverture sanitaire théorique est de 90,09% en 2019 (DSSIS 2019).

1.2.1.1 Santé de la mère

La situation de la santé de la mère reste une préoccupation majeure pour l'Etat Tchadien. En l'absence d'enquête récente, son appréciation reste basé sur les données de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples par grappes (EDS-MICS) 2014 – 2015, qui montrent que le taux de mortalité maternelle est de 860 pour 100.000 naissances vivantes (NV) en 2014. La cible fixée par le pays dans le PNDS3 était de 751 pour 100 000 NV pour 2021. L'objectif fixé par la Politique Nationale de Santé (PNS) pour 2030 est de 500 pour 100 000 NV, loin de la cible de l'ODD3 qui est de 140 pour 100 000 NV.

S'agissant de l'utilisation des services de la santé maternelle, les principaux indicateurs se rapportent à la couverture en CPN, les accouchements assistés par un personnel qualifié dans une structure sanitaire, la CPoN, le planning familial...

1.2.1.2 Santé du nouveau-né

La santé du nouveau-né au Tchad reste encore à améliorer, car le taux de mortalité néonatal est resté stationnaire (34‰ NV en 2014 et 33‰ NV en 2019). Elle est encore loin de la cible qui est de 12‰ NV en 2030. Cette mortalité contribue à 33% de la mortalité infanto-juvénile qui est encore très élevée (122‰) pour une cible de 25‰ d'ici 2030. Le Tchad a élaboré son plan d'action « Chaque nouveau-né » en 2018, qui s'aligne aux standards et normes de l'OMS, édité et publié en 2016, pour la prise en charge du nouveau-né. La mise en œuvre de ce plan peine à démarrer. Le CHU Mère-Enfant de N'Djamena et l'HATC restent jusque-là les seuls qui disposent d'un service de néonatalogie et reçoivent des nouveau-nés malades. Le pays ne compte qu'un seul néonatalogue, pourtant la politique nationale de santé 2016-2030 a recommandé la réduction de la mortalité du nouveau-né de 34 pour 1000 NV à 10 pour 1000 NV d'ici 2030.

1.2.1.3 Santé de l'enfant

Après dix ans de progrès en termes de survie de l'enfant, le taux de mortalité infantile est passé de 102 pour 1000 NV (2004) à 72 pour 1000 NV en 2014 (EDS-MICS), une détérioration est observée en 2019 avec un taux de 78 pour 1000 NV. Quant à la mortalité néonatale, elle est passée de 48 pour 1000 NV en 2004 à 34 pour 1000 NV en 2014 (EDS-MICS) et 33 pour 1000 NV en 2019 (MICS). La mortalité infantile représente 33% pour 1000 NV.

La couverture vaccinale

Selon les données de l'enquête EDS-MICS, le taux de couverture en Penta 3 chez les enfants de 0 - 11 mois était à 33% en 2015 et 80,6% en 2019. Une enquête de couverture vaccinale a été réalisée par le PEV en 2021 mais les résultats ne sont pas encore disponibles. Cependant, les estimations de l'OMS et de l'UNICEF pour la couverture en Penta 3 en 2020 est de 52%.

La couverture vaccinale contre la rougeole est passée de 55% en 2015 à 57% en 2019, par contre les estimations de l’OMS et de l’UNICEF sont à 47%, alors que la cible dans le PNDS 3 était la suivante : d’ici 2021, augmenter la couverture vaccinale du VAR de 70% à 80% chez les enfants de 0 à 11 mois. Des efforts restent encore à fournir dans le domaine de la vaccination pour épargner la vie d’un plus grand nombre d’enfants au Tchad.

L’allaitement maternel exclusif

L’allaitement maternel exclusif jusqu’à l’âge de 6 mois est passé de 0,3% en 2014-2015 à 16,2% en 2019 et 11,4% en 2021 (SMART 2021).

La prise en charge de la malnutrition

Le suivi de l’état nutritionnel des enfants se fait dans les services de CPE et dans les unités nutritionnelles intégrées dans les centres de santé. Le taux d’utilisation des services de consultation préventive enfant est de 21,37% en 2019 (DSSIS 2021), ce qui est très faible. Ce sont les enfants venus à la vaccination qui sont pesés une seule fois et leur nombre est donné comme de nouveaux inscrits à la CPE. En effet, très rares sont les enfants suivis régulièrement avec une courbe de croissance. Le manque de suivi des enfants ne permet pas de détecter précocement la malnutrition chez les enfants, de donner des conseils alimentaires aux mères et d’organiser des démonstrations culinaires au niveau du CS avec les mères de ces enfants à risque.

Les micronutriments

Le Tchad fait face à une faible disponibilité des données sur la situation des carences en micronutriments (fer, vitamine A, iode). Cependant, le Tchad connaît probablement des taux élevés de troubles dus à la carence en iode, en fer, en zinc, à l’instar des autres pays de la sous-région.

L’anémie chez l’enfant :

Le taux d’anémie chez les enfants âgés de 6 – 59 mois est estimé à 60,3% selon l’enquête SMART 2021 (> 40% seuil critique de l’OMS en santé publique), contre 65,6% en 2018. Au sujet de la lutte contre la carence en iode, les résultats de l’enquête SMART de 2021 ont montré que 69,8% des ménages disposaient de sel suffisamment iodé contre 53,5% selon les résultats de SMART 2017.

La lutte contre le paludisme

Elle est basée sur la prévention et la prise en charge des malades. La prévention est basée sur l’éducation de la population, les campagnes de chimio prévention saisonnières (CPS) du paludisme des enfants âgés de 3-59 mois, le traitement préventif intermittent avec un taux de couverture (TPI1 : 8%, TPI 2 : 16%, TPI 3 : 36%, et TPI 4 : 18%). La distribution de masse des moustiquaires en 2020 était de 10 000 000 et la distribution de routine aux femmes enceintes en 2020 était de 864 393, soit 43,3%. (Rapport PNLN 2022).

La pulvérisation intra domiciliaire (PID) est aussi une mode de prévention qui est très peu utilisée.

Le paludisme, constitue la première cause de consultation curative, la première cause d'hospitalisation et la première cause de décès pour tous les groupes d'âge et plus particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Les infections respiratoires aiguës (IRA)

Les infections respiratoires aiguës constituent la 3^{ème} cause de consultation curative dans les CS. Les tranches d'âge les plus touchées par les infections respiratoires aiguës hautes en 2021 sont celles des nourrissons de 0-11 mois (8830,71 NC/100 000 hab.), suivie des enfants de 1-4 ans (2126,08 NC/100 000 hab.). Les taux de détection les plus élevés sont observés dans les DPSP du Ouaddaï (4 256,32 NC/100 000 hab.), du Wadi Fira (2 237,55 NC/100000 hab.), du Barh El Gazel (2 119,17 NC/100 000 hab.), du Moyen-Chari (1505,10 NC/100000 hab.). Par contre, dans les DPSP de Chari Baguirmi (56,81 NC/100000 hab.), du Logone Occidental (166,92NC/100000 hab.) et le Hadjer-Lamis (2 31,26 NC/100 000 hab.) ont notifié moins des cas enregistrés et les taux de détection les plus bas.

Les maladies diarrhéiques

En 2019, le Tchad a notifié 125 116 NC de Diarrhée dont 77 981 NC de diarrhée simple traitée au SRO et Zinc (60%), 40 850 NC de diarrhée simple non traité au SRO et Zinc (32,6%) et 6285 NC de diarrhée avec déshydratation (5%). La diarrhée est la 6^{ème} cause de consultation curative. Les taux de détection les plus élevés sont observés chez les nourrissons avec la diarrhée simple traitée au SRO (4 071,69 NC/100 000 nourrissons), diarrhée simple non traitée au SRO (1983,91 NC/100 000 hab.), diarrhée avec déshydratation (247,08 NC/100 000 hab.). Les DPSP les plus touchées sont le Ouaddaï (1048,60 NC traité au SRO et Zinc/100 000 hab.) et le Barh El Gazel (975,58 NC traité SRO et Zinc/100 000 hab.). Les taux de détection de diarrhée les plus faibles se retrouvent au Chari Baguirmi (50,72 NC traité SRO et Zinc/100 000 hab.).

1.2.1.4 Santé de l'adolescent

La population du Tchad est relativement jeune avec 68% des personnes âgées de moins de 25 ans. Les femmes entrent en première union à un âge plus précoce que les hommes : l'âge médian à la première union est de 16,1 ans pour les femmes de 25-49 ans contre 22,8 ans pour les hommes du même groupe d'âges. 8% des femmes mariées ou vivant en union âgées de 15-49 ans utilisent une méthode contraceptive dont 7% une méthode moderne. Selon l'enquête MICS 2019, le taux de fécondité chez les adolescents de 15 à 19 ans est de 138 pour 1000. 24 % d'entre elles ont commencé leur vie procréative avant l'âge de 18 ans.

La **Médecine Scolaire** met 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.

Un plan stratégique (2019-2024) de santé et de développement des adolescents et des jeunes a été adopté en 2019 mais sa mise en œuvre tarde à démarrer.

1.2.1.5 Santé des personnes âgées et des personnes vivant avec handicap

Il n'existe pas encore de véritables statistiques nationales sur la morbidité chez les personnes âgées et sur la prévalence et l'incidence des incapacités et des handicaps au Tchad. Le MSPP ne dispose pas, pour ces deux sous-groupes de population, de programme spécifique. Néanmoins, il existe un centre national d'appareillage rendu fonctionnel en 2021. Un service de santé des personnes âgées et des personnes vivant avec handicaps vient d'être créé au sein de la direction de la promotion de la santé et de l'hygiène publique et de l'assainissement. Des services de prise en charge des personnes avec handicap existent dans certains hôpitaux (CHURN, HATC, HMI...) et dans des institutions privées confessionnelles (N'Djamena, Doba, Moundou).

1.2.1.6 Santé des populations nomades, des populations des zones difficiles et des insulaires :

Le Tchad compte des populations spécifiques en raison de leur situation géographique ou de leur mode de vie, notamment les nomades, les populations insulaires et des zones d'accès difficile. La prise en charge de ces populations est assurée par le Programme national pour la santé nomade (PNSN), créé en 2014 et rendu fonctionnel en 2016. Le programme intervient chez les nomades, les insulaires, les populations des zones d'accès difficile, dans les camps des réfugiés et dans les sites de déplacés avec un programme intégré de santé humaine et animale.

1.2.2 Principaux déterminants de la santé:

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

Les conditions géo-climatiques

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

Le Tchad est enclavé au niveau interne et externe

Le pays s'ouvre à l'extérieur à travers le transport routier vers le Cameroun, le Soudan, la RCA, le Niger, la Lybie et le Nigeria. Le port le plus proche, le Port Harcourt au Nigeria, est à environ 1750 km de N'Djaména. Le pays s'ouvre également à travers les aéroports internationaux (N'Djaména et Amdjarass). Cette situation influe sur le transport des intrants de la santé dont les médicaments. Au niveau intérieur, la circulation des personnes pendant la saison des pluies est difficile car plusieurs provinces sont enclavées. Les formations sanitaires sont difficiles d'accès à cause du mauvais état des routes (la plupart des pistes ne sont pas entretenues et même les routes bitumées sont en partie dégradées) ou à cause des dunes de sable dans les régions désertiques.

L'alphabétisme et la sexualité

Le taux d'analphabétisme est de 62% chez les femmes et 36% chez les hommes de 15 à 49 ans. Au Tchad, au fur et à mesure que l'on quitte le primaire pour le secondaire premier cycle et le secondaire deuxième cycle, le taux d'achèvement des études baisse sensiblement passant de 21,5% à 11,3% entre le primaire et le premier cycle du secondaire et à seulement 4,2% à la fin du second cycle du secondaire. Le taux d'analphabétisme est de 77,7% au Tchad, dont 85% en milieu rural. Le taux d'analphabétisme de la population âgée de 15 ans et plus s'élève à 78% avec de fortes disparités selon le genre (69% chez les hommes et 86% chez les femmes). (Projet de revitalisation de l'éducation de base du Tchad : PREBAT ; Période : janvier 2013 - 30 Juin 2017, septembre 2017).

L'enseignement primaire

Il se caractérise par des niveaux d'accès relativement faibles et inégalement répartis, une qualité des apprentissages insuffisante, une gestion onéreuse du personnel enseignant et un système de pilotage peu performant. Le Taux Brut de Scolarisation (TBS) est passé de 91,9% (dont 80% pour les filles) à 86,4% (dont 75,2% pour les filles) entre 2015 et 2016. Le taux d'achèvement dans le primaire est particulièrement faible en 2016 (43,9%), (Plan Intérimaire de l'éducation au Tchad PIET 2018-2020, Juillet 2017).

L'enseignement secondaire

Le taux de fréquentation du premier cycle du secondaire est de 8% chez les filles et 11% chez les garçons alors qu'au deuxième cycle du secondaire le taux n'est que de 3% chez les filles et 6% chez les garçons (Enquête MICS 2019).

La situation socioculturelle

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

La situation économique

En dépit de la mise en œuvre de différentes stratégies de développement, le Tchad reste l'un des pays les plus pauvres au monde avec un taux de chômage très élevé surtout chez les jeunes. Les deux-tiers de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation économique difficile a un impact sur le pouvoir d'achat des populations et réduit l'accès au service de santé.

L'hygiène, l'eau et l'assainissement

Selon les résultats de MICS 2019, 51% de la population utilise une source améliorée dont 80% en milieu urbain et 44% en milieu rural. Environ 10% de la population ne dispose pas d'une source améliorée. Le manque d'eau potable dans certaines provinces du pays ainsi que les mauvaises pratiques de stockage de l'eau potable et le mauvais entretien des sources, exposent les populations à des maladies hydriques (Le choléra, l'hépatite virale E, la fièvre typhoïde, ver de Guinée...).

Par rapport à l'assainissement de base, 12% seulement de la population utilisent des toilettes de base dont 40% en milieu urbain et seulement 6% en milieu rural. Environ 66% de la population ne disposent pas d'installations sanitaires surtout en milieu rural (77%) contre 17% en milieu urbain. Il y a un léger progrès par rapport à l'enquête de 2015 qui donne 8% (MICS 2019). Quant à l'hygiène de base (utilisation d'un dispositif de lavage des mains avec de l'eau et du savon), elle se serait améliorée avec la lutte contre la COVID-19. L'évacuation et la gestion des ordures ménagères est un sérieux problème de santé publique. La situation actuelle se caractérise par la quasi absence de moyens de transport adéquats et d'ouvrages pour le traitement 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.

La qualité de l'alimentation

De plus en plus, certaines personnes des grandes villes abandonnent les produits du terroir pour des aliments manufacturés dont les conserves et les jus de fruits de toute nature et de toute provenance qui abondent sur les marchés et sans être soumis à un contrôle systématique de qualité. On note également l'emploi de plus en plus répandu des insecticides, des pesticides et des engrais chimiques dans la production agricole. Même dans le domaine de la pêche, l'usage des pesticides pour le séchage des poissons a été signalé.

La lutte contre le tabac, l'alcool et les substances psychotropes

La consommation de l'alcool, notamment de l'alcool frelaté (En sachet et en bouteille), du tabac et autres drogues tels que le tramadol, la colle, le chisha, etc. commence généralement à l'adolescence et constitue un facteur de risque majeur pour la santé avec des conséquences socio-économiques et sécuritaires néfastes.

Bien que les données ne soient pas d'actualités, l'alcoolisme est responsable des violences, des agressions psychosociales, de l'adoption des comportements à risque telles que les grossesses non désirées, les grossesses précoces, les infections sexuellement transmissibles dont le VIH/Sida et les hépatites, de la délinquance juvénile et sénile avec risque d'abandon des études, de la perte de l'emploi, de la participation à des activités criminelles, etc. Ces conséquences peuvent affecter considérablement la qualité de la vie sociale. Selon l'étude parcellaire menée par la Croix Bleue Tchadienne en 2001 à Moundou dans les cabarets, la prévalence de l'alcoolisme chez les jeunes de 25 à 35 ans est de 41%, suivie de celle de 15 et 24 ans à 35%. Parmi ces consommateurs, les élèves et les étudiants représentent 70 %. En ce qui concerne les résultats de l'enquête STEPS Wise de 2008, réalisée par le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention, en collaboration avec ses partenaires, la prévalence de l'alcoolisme chez les personnes âgées de 25 ans et plus est de 17%.

Malgré les conséquences néfastes liées à l'alcool, on constate qu'au cours de ces dernières années, les boissons frelatées en sachets et en bouteilles inondent les marchés et les rues en milieu urbain et en milieu rural. On dénombre plus de 50 variétés de sachets des boissons frelatées importées et vendues en détail sur le marché tchadien à des prix très dérisoires (25 à 100 franc CFA/sachet). La plupart de ces boissons frelatées vendues dans des petits sachets de

50ml contiennent environ 43% d'alcool pur donc environ 3 à 4 bouteilles de bière Gala (une bouteille de Gala contient 5,3% seulement d'alcool pur). Malheureusement, l'accessibilité géographique et financière ainsi que la facilité à emporter ces boissons frelatées font que beaucoup de jeunes tchadiens, s'y adonnent.

En dépit de ce phénomène dont l'évolution croît avec le contexte, le Tchad ne dispose pas d'une loi qui tient compte de tous les aspects de la lutte notamment l'interdiction de la publicité, de l'ivresse au volant, de la politique de fiscalité, etc. A ce jour, les seuls outils juridiques existant sont la Loi n°02 du 2 mars 1961 instituant un régime des licences pour les débits de boissons et certains établissements et le décret N°2835/PCMT/PMT/MSPSN/2022 portant interdiction de l'importation, de la fabrication, de la détention, de la circulation, de la vente, de l'offre et de la consommation de toutes les boissons alcoolisées, frelatées au Tchad.

Pour le tabagisme qui est le principal facteur de risque des maladies non transmissibles, des efforts ont été consentis par le Tchad par l'adoption de la Loi n°10 de 2010, promulguée le 10 juin 2010 au niveau national notamment, portant lutte antitabac avec plusieurs textes d'applications notamment le Décret n° 1522/PR/MSP/2019 du 11 septembre 2019, portant interdiction de fumer dans les lieux publics, le Décret n° 1523/PR/MSP/2019 du 11 sept. 2019, portant prévention de l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé, l'arrêté n° 420 /PR/MSPSN/SE/DGM/DGTLMP/DMTNT/PNLTAD/2020, du 20 sept. 2020, portant étiquetage et conditionnement des produits du tabac au Tchad, etc. Aussi, le Tchad dispose des directives et de guide pour le sevrage du tabagisme. Il a créé à travers la loi des finances de 2019, les taxes spécifiques de 100 FCFA/paquet de cigarettes dédiées à la CSU.

En dépit de ces efforts, le tabagisme reste un problème majeur de santé au Tchad. La prévalence du tabagisme chez les hommes adultes est de 11.5% ; plus de 5000 enfants (10-14 ans) et 489 000 adultes consomment du tabac chaque jour (Drope et al, 2018). Aussi, une grande partie des tchadiens est exposée à la fumée secondaire : 23,3% et 44.5% des jeunes sont exposés à la fumée du tabac respectivement à domicile et dans les lieux publics fermés (GYTS 2019). Concernant les connaissances et attitudes des jeunes adolescents de 13 à 15 ans, face aux mesures restrictives de lutte antitabac, 49% des élèves pensaient que le tabagisme était dangereux pour les autres et 63,3% des élèves étaient favorables à l'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés (GYTS 2019). Enfin, selon les résultats de l'étude de modélisation, cas du Tchad, réalisée en 2019 par le Tchad en collaboration avec le PNUD et l'OMS, le tabac coûte 32 milliards de XAF par an au Tchad soit 0,5% de son PIB et 2 500 Tchadiens meurent de suite de tabagisme et 71% de ces décès surviennent chez les moins de 70 ans. Cependant, l'insuffisance des ressources ne permet pas au programme d'étendre la lutte au niveau national. L'application des textes adoptés reste également faible.

Les autres déterminants de la santé

En dehors des déterminants développés plus haut, s'ajoutent les facteurs suivants : le mode de vie sédentaire surtout dans les villes, le stress, l'inactivité physique, l'alimentation non équilibrée (l'ignorance et la méconnaissance des bonnes pratiques alimentaires dont la consommation des fruits et de légumes, l'indisponibilité des aliments et la barrière financière

limitant la variation et l'utilisation des aliments), le surpoids (25% des adultes) (Sources : STEP 2008).

Le niveau de pollution de la nature au niveau des installations industrielles comme la Société Sucrière du Tchad et les brasseries, les sociétés pétrolières, les sites d'exploitation de l'or, etc., reste encore à documenter.

Ces facteurs favorisent surtout le développement des maladies non transmissibles comme l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, le cancer... qui sont en pleine expansion dans le pays et plus particulièrement, les villes.

2 Deuxième partie : Diagnostic stratégique

2.1 Analyse de la situation sanitaire

Il s'agit d'analyser la manière dont le système de santé est organisé et les principaux acquis suite à la mise en œuvre du PNDS 3. Cette analyse se fera en prenant comme cadre conceptuel, les piliers du système de santé tels que proposés par l'OMS. Ces piliers sont : la Gouvernance et le leadership, les infrastructures et les équipements, les médicaments, les ressources financières, les ressources humaines pour la santé, le système d'information et les prestations de soins.

2.1.1 GOUVERNANCE, LEADERSHIP ET COORDINATION

Le pilier Gouvernance, Leadership et Coordination dans le secteur de la santé comprend : i) la Gouvernance incluant le cadre institutionnel, l'élaboration des documents et la planification stratégique ; ii) la Coordination ; iii) le Partenariat ; iv) les Réformes sectorielles ; v) la Participation communautaire ; vi) la Redevabilité/contrôle ; vii) la Décentralisation/Déconcentration et, viii) le Dialogue politique et ix) la Police sanitaire.

i) Gouvernance

Cadre institutionnel et sa fonctionnalité

Le fonctionnement du cadre institutionnel pour le suivi du PNDS 3 a été mitigé. Le Comité national de suivi du PNDS 3 n'avait pas été mis en place de manière formelle pour pouvoir suivre régulièrement la mise en œuvre des actions planifiées. Cependant, ce suivi est assuré par les organes de coordination et de suivi existants : Comité directeur du MSPP, réunion mensuelle du 24, réunions avec les PTF, Comité de direction hebdomadaire, revue des programmes nationaux de santé, etc. Un service de suivi du PNDS 3 avait été créé en 2021 au sein de la Direction de la Planification (DP). Il faut aussi souligner que l'évaluation à mi-parcours du PNDS3 n'a pas été réalisée, du fait de la perturbation liée à la pandémie de la COVID-19.

Elaboration des documents nationaux

Le Ministère en charge de la Santé Publique a créé la Direction de la Législation et de la Traduction lors de la révision de son organigramme en 2018. Celle-ci est fonctionnelle et a pour mission d'élaborer et de proposer les textes législatifs et réglementaires en matière de santé et de veiller à leur adoption et application effectives. Le défi de ce service est de veiller à l'application des textes et d'en assurer la traduction. Un recueil des textes juridiques inhérents au secteur de la santé devrait être mis en place. Durant la période, plusieurs textes juridiques importants ou des documents de stratégies ont été élaborés dans tous les secteurs du système de santé. C'est le cas de la pharmacie avec plus de 15 textes élaborés, de la santé reproductive, des ressources humaines etc. Malgré tout cela, le dispositif juridique du secteur sanitaire reste encore insuffisant. Il faut noter aussi que 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'inexistence des textes d'application.

Planification Stratégique

Le processus de la planification stratégique a été toujours participatif et inclusif et cela est très important. A remarquer que le cycle retenu pour la planification stratégique, cinq ans officiellement (mais quatre ans en réalité pour le PNDS 3), en référence au cycle de développement retenu par le pays, est très court pour la mise en œuvre du PNDS et pour l'organisation des activités de suivi et évaluation. Cela est confirmé par le niveau de réalisation et de l'atteinte des certains indicateurs du PNDS 3. Par ailleurs, le processus d'évaluation du PNDS 3 a été long et coûteux. C'est pourquoi, le PNDS 4 devra couvrir la période allant de 2022 à 2030 pour être aligné à la Politique Nationale de Santé et au Plan National de Développement, avec deux évaluations intermédiaires en 2025 et 2028 ainsi qu'une évaluation finale en 2030.

Les Plans d'Actions Opérationnels annuels des Directions du MSPP sont souvent élaborés avec retard et ne sont pas mis en œuvre ni suivis comme il se doit. Il en est de même de l'élaboration des PPDS.

La planification stratégique dont l'un des principes est la gestion axée sur les résultats a connu un début timide avec le PNDS3 et devra être rendu systématique et renforcée avec la mise en œuvre du PNDS 4

ii) Coordination

Coordination multisectorielle

Le PNDS3 avait prévu de redynamiser les instances de coordination et de dialogue politique à tous les niveaux du système de santé et de les rendre fonctionnelles et efficaces. Il faut noter qu'en dehors du Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) du PEV, le Comité de Direction, la Réunion du 24 du mois jusqu'en avril 2021. Le Comité Directeur du MSPP, les réunions des PTF, la Plateforme de la SRMNIAN, les autres instances ne fonctionnaient pratiquement pas (Comité de pilotage du PNDS, Comité de suivi du Pacte, Comité technique de suivi du PNDS 3, Comité de Suivi/Evaluation du PNDS 3, la Commission Nationale du SIS...) pour défaut de formalisation ou pour indisponibilité des membres ayant pouvoir de décision ou, du fait de l'instabilité institutionnelle liée aux changements successifs des responsables au niveau central et périphérique.

Dans les délégations provinciales de la santé et de la prévention, on note aussi une irrégularité dans la tenue des réunions statutaires (organes de décision et de gestion) dont les décisions sont insuffisamment mises en œuvre.

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. Par ailleurs, 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 MSPP pour l'organisation du suivi rapproché des activités sur le terrain.

iii) Partenariat

Le partenariat s'est renforcé avec l'adhésion du Tchad au Partenariat International pour la Santé et Initiatives Apparentées (IHP+), suivi de la signature en 2011 d'un pré-pacte, en 2014 d'un deuxième Pacte et en 2019 d'un troisième Pacte entre le Gouvernement et ses partenaires. La mise en œuvre des engagements pris par les parties devait faciliter la mise en œuvre des PNDS. Cependant, le financement des activités sanitaires des partenaires n'est pas suffisamment aligné sur le Pacte. L'évaluation du Pacte 3 par le MSPP a été programmée pour 2022.

Le partenariat public-privé à but non lucratif (ONG et Confessions religieuses) s'est davantage renforcé grâce à la politique nationale de contractualisation adoptée en 2001 et révisée en 2015. Depuis lors, les orientations qui en sont issues ont connu une faible application. Le service de la contractualisation, au sein de la DGOSSQS a été supprimé alors que la contractualisation dans le domaine de la santé reste un des mécanismes clés du partenariat entre les différents acteurs. Des conventions ont été signées entre le Gouvernement et les partenaires au fur et à mesure que les opportunités se présentent.

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

L'implication du secteur privé lucratif est faible dans la prise de décisions du secteur de la santé. En outre, le secteur privé n'est pas bien suivi par le MSPP. Il reste à être régulé par ce dernier (manque des textes règlementaires définissant les caractéristiques des établissements, la tarification des soins...). Leurs rapports d'activités ne sont pas intégrés dans le SIS. Enfin, il n'existe pas un Document de Stratégie de Partenariat devant guider les différents partenaires nationaux et internationaux et le MSPP.

iv) Réformes sectorielles

Le MSPP a engagé plusieurs réformes dans le secteur de la santé pendant la période de mise en œuvre du PNDS 3.

- Réforme hospitalière

Dans le cadre de la réforme hospitalière, le MSPP envisage:

- i) L'organisation administrative des hôpitaux avec la définition des organes de gouvernance et des organes consultatifs ;
- ii) La gestion financière et comptable des hôpitaux définit le régime financier et comptable auxquels sont soumis les établissements hospitaliers et le mode de nomination des Comptables publics et des Contrôleurs financiers délégués ;
- iii) La tutelle et le contrôle des établissements hospitaliers (l'encrage institutionnel et les différents modes de contrôle de ces établissements) ;

- iv) Le projet de Loi pour la création des pools d'hôpitaux interprovinciaux à Moundou, Abéché, Sarh, Mao, Farcha, Amdjarass, Faya, Mongo et Pala. Pour l'opérationnalisation du dit projet, il a été retenu de rendre fonctionnels les deux premiers hôpitaux qui sont Abéché et Moundou d'ici les 5 ans ;
 - v) La création de service d'aide Médicale d'Urgence (SAMU) pour assurer les soins préhospitaliers.
- Réforme de l'ENASS

La Réforme de l'ENASS a abouti à son orientation vers le système LMD de formation : l'ENASS a été transformée en Ecole nationale supérieure des agents sanitaires et sociaux (ENSASS) ; La création de l'Agence Nationale d'Accréditation des hôpitaux,

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU)

L'objectif poursuivi par la Stratégie Nationale de la Couverture Santé Universelle (SN-CSU) du Tchad adoptée en 2015 est d'atteindre la situation dans laquelle toutes les personnes peuvent obtenir les services de santé dont elles ont besoin, et qui répondent aux normes de qualité et d'efficacité, sans que le coût de ces services n'expose les usagers à des difficultés financières.

Dans le cadre du processus d'opérationnalisation de la SN-CSU, deux lois ont été promulguées. Il s'agit de la loi n°035/PR/2019 du 5 août 2019, instituant une Couverture Santé Universelle au Tchad et celle n°026/PR/2020 du 31 décembre 2020 créant la Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS) au Tchad. L'adoption du cadre juridique de la CSU s'est poursuivie par la signature du Décret n°0577/PCMT/PMT/MSP/2021 portant organisation et fonctionnement de la CNAS du 15 octobre 2021. Des dispositions budgétaires qui dédient des taxes spécifiques (identifiées par une étude sur les financements innovants) à la CSU ont été prises en compte dans les lois de finances 2020, 2021 et 2022.

La loi n°035/PR/2019 sur la CSU prévoit 3 régimes dont les deux premiers sont contributifs. Il s'agit de : (i) le régime de l'Assurance Santé des Salariés (ASS) pour les travailleurs salariés du public et privé ; (ii) le régime de l'Assurance Santé des Indépendants (ASI) pour les travailleurs indépendants ; (iii) le régime de l'Assistance Médicale (AMED) pour les personnes économiquement démunies.

Cette loi confie la gestion des 3 régimes à la CNAS et stipule la possibilité de confier certaines fonctions du dispositif d'assurance santé à des Organismes de Gestion Délégée (OGD) à l'exemple des mutuelles et certaines ONG intervenant dans la santé. La délégation est effectuée à travers un contrat de gestion.

Elle prévoit également la création de l'Agence Nationale de Régulation de la CSU qui fusionne les instances de coordination et de pilotage actuelles de la SN-CSU (CIC/SN-CSU, CTS et HC).

L'atteinte des objectifs de la CSU qui est d'assurer la couverture sanitaire de toute la population tchadienne d'ici 2030, risque d'être entravée par plusieurs facteurs. Au nombre de ces facteurs, il faut noter le retard pris dans le démarrage effectif de la prise en charge des régimes de la CSU

qui est dû principalement au fait que les ressources issues des taxes dédiées en faveur de la CSU dont une somme importante a été déjà mobilisée par le trésor public, ne sont pas mises toujours à la disposition de la CSU. A cela s'ajoute la non opérationnalisation de la CNAS, organe de gestion de l'assurance maladie et de l'Agence Nationale de Régularisation (ANAR). Par ailleurs, les mutuelles de santé, dont le taux de couverture des assurés représente moins de 1%, sont limitées dans quelques districts (07 districts) du pays.

La Santé Communautaire

Le Plan stratégique 2021/2025 a été élaboré et validé. La révision des statuts et règlement intérieur des COSAN/COGES est en cours. Au sein des communautés, il n'existe pas un système d'enregistrement de routine des naissances et des décès et les CS ne maîtrisent pas les populations couvertes. Au niveau des CS, des districts sanitaires et des DPSP, la population n'est pas suffisamment représentée dans les instances de gestion. Ce qui retarde le processus d'autonomisation des communautés. Le suivi des activités à base communautaire demeure très faible à tous les niveaux. En plus, il n'y a pas d'outils adéquats de supervision. Un guide de formation pour le fonctionnement des COSAN et COGES est disponible depuis 2021. Une première série de formation a déjà été réalisée dans quelques districts sanitaires dans le cadre de la redynamisation des structures de dialogues de la participation communautaire.

Le statut, le fonctionnement et le financement des ASC sont en cours d'harmonisation afin de les rendre polyvalents. Un manuel de formation harmonisé est en cours d'élaboration. Le paquet d'activités des ASC a été défini et des outils de formation sont disponibles, mais la mise en œuvre de cette politique n'est pas encore effective. L'organe de dialogue (COSAN) doit être organisé en sous fédération et en fédération pour participer au comité de santé de district et comité de santé provincial. La stratégie préconisée au départ qui est de recruter 2 ASC par village n'est pas réalisée. Le recrutement d'un ASC doit obéir aux critères de sélection. Aussi, on compte environ 6.077 ASC identifiés et formés sur les 40.000 ASC attendus, soit 15,19%.

La révision de l'organigramme du MSPP

Le ministère a connu plusieurs révisions de son organigramme durant la mise en œuvre du PNDS 3. La première révision a été réalisée en 2018. Suite à un audit organisationnel du MSPP réalisé en 2020, la seconde révision est intervenue en 2021. La DGAS et la DGASR ont été supprimées et leurs missions ont été attribuées à d'autres directions générales

Aussi, plusieurs nouvelles Directions et Structures ont été créées dont :

- La Cellule de la Législation, Réglementation et du Contentieux;
- La Coordination de la Police Sanitaire ;
- La Cellule de la Communication et de la Traduction ;
- Le Programme National de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe (PCIMA) ;

- Le Programme de Renforcement des Capacités du Personnel de Santé et de la Formation Continue par arrêté n°0034/PSMT/PMT/MSPP/ SE/SGM/21/84 du 6 novembre 2021. L'arrêté 0212 le rattache au SG/MSPP ;
- Le Programme National de Télémédecine (PRONATEL) par arrêté n° 343/PCMT/PMT/MSPP/SE/DGM/DGPC/2021 du 24 décembre 2021 ;
- Le Programme National de Prévention Intégrée de la malnutrition Aigüe (PNP-PCIMA) par arrêté n°127/PCMT/PMT/MSPP/SE/DGM/2021 du 23/07/2021 ;
- Le Centre de Vaccination International par arrêté N° 0112 / PMCT / PMT / MSPP / SE / DGM / DGPLMPS / 2021 du 30 juin 2021.

v) Redevabilité/Contrôle

La mise en place du Budget Programme n'entraîne pas automatiquement la culture de la gestion axée sur les résultats et la redevabilité. Il faut mettre en place des outils, des mécanismes et des cadres de redevabilité formels et s'assurer qu'ils fonctionnent. Le renforcement de l'Inspection Générale du MSPP accompagné des missions ponctuelles du Contrôle d'Etat et la réalisation des audits sont de bons exemples. Cela a permis la restauration progressive de l'obligation de rendre compte. Les moyens dont dispose l'Inspection Générale demeurent encore insuffisants pour lui permettre de remplir convenablement sa mission...

vi) Décentralisation/déconcentration

Depuis les années 1980, les services de santé sont déconcentrés avec une délégation de pouvoir aux niveaux des Délégations provinciales sanitaires et de la Prévention (DPSP) et des districts sanitaires. Mais dans la pratique les pouvoirs de décision restent très fortement centralisés. Les centres de santé sont créés depuis le niveau central sans tenir compte des textes en vigueur et des avis techniques des districts et des délégations sanitaires. Cette situation a pour conséquence la création anarchique des formations sanitaires dont la viabilité n'est pas souvent garantie et mais ces créations désorganisent le plan de développement des délégations et des districts sanitaires. Le manque de déconcentration effective limite la prise des décisions à ces niveaux pour améliorer la gestion des ressources pour une meilleure prise en charge de la population.

Les collectivités locales sont décentralisées, mais elles n'ont pas toujours le pouvoir de décisions sur les services de santé à cause du retard enregistré dans l'application des textes de la décentralisation de façon générale et de l'absence de définition claire de leurs responsabilités dans la gestion des services déconcentrés et décentralisés en particulier. Au niveau de la DPSP de N'Djaména, un accord de collaboration signé avec la mairie lui permet de créer et de gérer les CS publics.

vii) Dialogue politique en santé

Le dialogue politique en santé a commencé au Tchad en 2012. Cependant les organes de mise en œuvre de ce dialogue ne sont pas fonctionnels.

Viii) Police sanitaire

Créé par le décret n° 1611/PR/MSP/2019 du 03 Octobre 2019, la Police Sanitaire est chargée de promouvoir l'information, la sensibilisation, la communication sociale en matière de la santé, d'hygiène publique et de la protection de l'environnement. Elle doit procéder à la recherche, la constatation des infractions en matière d'hygiène et d'assainissement et leur répression conformément à la législation en vigueur et plus spécifiquement de fédérer toutes ses énergies afin de faire face à tous les problèmes liés à la santé, l'hygiène publique et à l'environnement. Elle doit à cet effet lutter contre les médicaments de la rue, les aliments malsains et/ou périmés, le mauvais environnement, le tabagisme et lutter contre les infractions des textes. Cet organe a une dimension multisectorielle du fait de sa mission.

2.1.2 FINANCEMENT DE LA SANTE

Le financement du secteur de la santé est analysé à travers : i) Les Dépenses totales de santé (DTS), ii) Le Système de collecte des fonds, iii) Les Mécanismes de mise en commun et Protection contre les risques financiers, iv) Les Modalités d'achat et v) l'Equité dans la répartition et l'Efficiency dans l'utilisation des Ressources Financières

Dépenses Totales de Santé

Les crédits de dépenses alloués au Ministère de la Santé Publique et de Prévention, rapportés au Budget Général de l'Etat, représentent 4,61% en 2018, 6,85% en 2019, 7,61% en 2020 et 7,47% en 2021, soit respectivement 61,87 milliards de F CFA, 67,14 milliards, 92, 02 milliards et 90, 38 milliards. Dans ces crédits, sont pris en compte les financements extérieurs à hauteur de 29% en 2018, 16% en 2019, 28% en 2020 et 24% en 2021. Comparé à 2018, l'allocation budgétaire pour la santé de 2021 s'est nettement améliorée, passant de 61,87 milliards à 90,38 milliards soit un accroissement de 46%. A cela s'ajoutent les dépenses des ménages mobilisées à travers le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires. Elles sont estimées à plus de 50% des dépenses courantes de santé selon les comptes nationaux de santé de 2018.

Système de collecte des fonds

La mobilisation des ressources s'effectue à travers deux mécanismes, l'un public et l'autre privé. Pour le mécanisme public, il y a les ressources mobilisables à travers le Budget Général de l'Etat, les dons et prêts obtenus par l'Etat auprès de ses partenaires au développement. Pour le mécanisme privé, il y a le paiement direct des ménages qui représentent 64,4% des dépenses courantes en santé (CNS 2018) et les cotisations prépayées volontaires des ménages (0,4% des dépenses totales de santé).

Sources de financement

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

Les dépenses de santé s'effectuent à travers l'allocation d'un budget au MSPP. La loi des finances répartit annuellement le Budget Général de l'Etat aux différents départements ministériels notamment celui de la santé sur la base du Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) central, tout en tenant compte des priorités et orientations nationales, ainsi que du contexte macroéconomique du pays. Outre le financement de l'Etat, le MSPP bénéficie des financements des partenaires sous forme de dons ou de prêts. Le tableau ci-dessous montre l'évolution du Budget du MSPP de 2012 à 2021. Les autres dépenses de santé s'effectuent à travers les recettes issues du recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques et privées, ainsi que les structures sanitaires militaires, scolaires et carcérales.

Par ailleurs, avec la CSU, la loi n°035/PR/2019 prévoit le financement de 3 régimes d'assurance santé: (i) le régime de l'Assurance Santé des Salariés (ASS) pour les travailleurs salariés du public et privé, financé par les cotisations des assurés et des employeurs ; (ii) le régime de l'Assurance Santé des Indépendants (ASI) pour les travailleurs indépendants, financé par les cotisations des assurés et éventuellement par les subventions publiques ; (iii) le régime de l'Assistance Médicale (AMED) pour les personnes économiquement démunies, financé par l'Etat et éventuellement par les partenaires.

Tableau 4 : Evolution de la part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat de 2012 à 2021 en milliards de FCFA et de l'aide extérieure

| Années | BGE | Budget MSPP | % Budget MSPP/BGE | Financement extérieur | % Fin. Ext/ Budget MSPP |
|--------|-----------|-------------|-------------------|-----------------------|-------------------------|
| 2012 | 1287,351 | 72,782 | 5,65% | 15,429 | 20% |
| 2013 | 1326,059 | 130,000 | 9,21% | 20,350 | 17% |
| 2014 | 1 877,741 | 117,986 | 6,28% | 8,589 | 7% |
| 2015 | 1 506,744 | 83,104 | 5,52% | 20,824 | 25% |
| 2016 | 922,277 | 83,031 | 9,00% | 28,307 | 34% |
| 2017 | 966,109 | 60,416 | 6,25% | 13,903 | 23% |
| 2018 | 1 343,507 | 61,872 | 4,61% | 18,000 | 29% |
| 2019 | 979,975 | 67,135 | 6,85% | 11,000 | 16% |
| 2020 | 1 209,677 | 92,016 | 7,61% | 26,000 | 28% |
| 2021 | 1247,153 | 90,380 | 7,47% | 21,254 | 24% |

Source : MFB/DGSB/MSPP/DGRIE

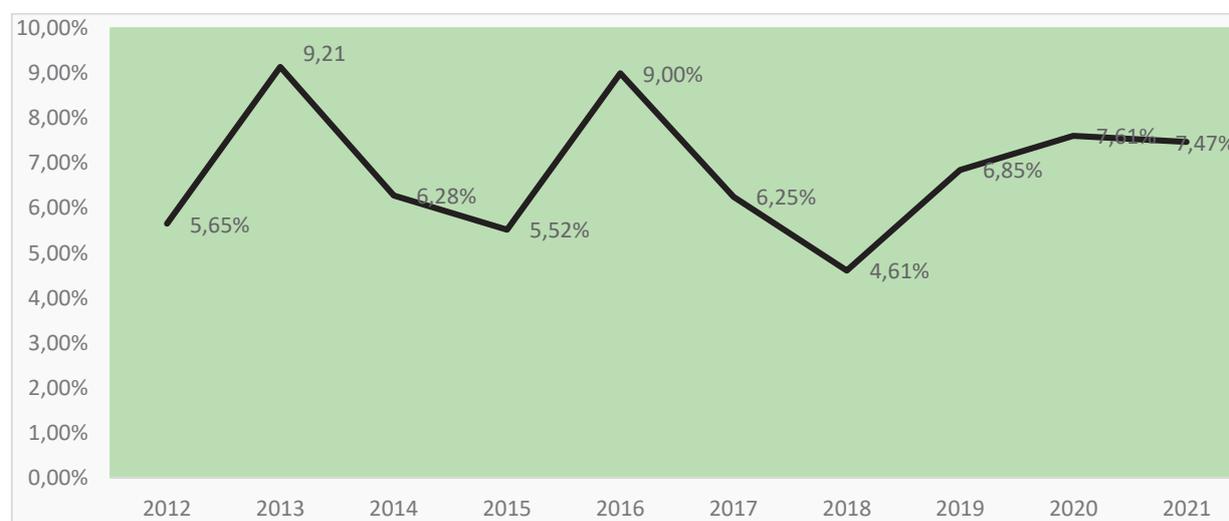
Evolution du Budget Général de l'Etat (BGE) alloué au MSPP

Depuis la grande crise économique et financière qui a vu chuter le budget du MSPP de 130 milliards en 2013 à 83 milliards en 2015. Cependant, on note une progression moyenne annuelle de l'engagement de l'Etat qui représente environ 6% du BGE. Durant la même période, l'aide

extérieure est passée de 18 milliards de francs CFA à 21,254 milliards francs CFA entre 2018 et 2021, soit 29% et 24% du budget du MSPP. En termes de pourcentage, cela représente une baisse de 5% en 4 ans.

Par rapport à la Déclaration d'Abuja de 2002 où les Chefs d'Etat africains se sont engagés à consacrer au moins 15% du Budget Général de l'Etat au secteur de la santé, le Tchad n'a pas respecté son engagement, en se référant au budget annuel alloué au MSPP. Cette proportion de 15% est le minimum nécessaire pour améliorer la santé des populations et contribuer ainsi à assurer la mise en œuvre de la CSU. On note une évolution en dents de scie de la proportion du BGE alloué au (MSPP) depuis 2012 comme le montre la figure ci-dessous.

Figure 1 : Evolution de la part du budget de la santé dans le budget de l'Etat (BGE) de 2012 à 2021 en milliards de FCFA



Exécution du budget de 2018 à 2021

Le taux d'exécution du budget de la santé a connu une amélioration entre 2017 et 2019, passant de 91%, à 97,4%. A partir de 2019, le taux connaît un net recul : 83% en 2020 et 70% en 2021.

Financement du PNDS 3

Par rapport au budget du PNDS3, le budget alloué au MSPP et les financements des PTF représentent 52% en 2018, 42% en 2019, 65% en 2020 et 63% en 2021, ce qui est largement inférieur aux ressources nécessaires pour la réalisation des actions retenues. Le budget estimatif du PNDS 3 en F CFA était de 117 milliards en 2018, 159 milliards en 2019, 141 milliards en 2020 et 143 milliards en 2021, soit un total d'environ 562 milliards, alors que 311 milliards seulement ont été alloués par l'Etat au MSPP, soit 55%. La part des partenaires pour la période de 2018 à 2021 est de 76 milliards. Le Budget total de la santé y compris le financement des PTF est de 387 milliards. Cela représente 69% du Budget total du PNDS3. Il convient de noter que l'augmentation de 2020 par rapport à 2019 est due essentiellement à la lutte contre la COVID-19 et s'est étendue en 2021.

Tableau 5 : Niveau de financement du PNDS 3 par l'Etat et les PTF selon les budgets de 2018 à 2021 (en milliards de FCFA)

| ANNEE | BUDGET PNDS 3 | BUDGET MSPP (Fin. Etat) | BUDGET MSPP (Fin. PTF) | Proportion |
|-------|---------------|-------------------------|------------------------|------------|
| 2018 | 117 | 43,87 | 18,00 | 52% |
| 2019 | 159,25 | 56,14 | 11,00 | 42,2% |
| 2020 | 141,26 | 66,02 | 26,00 | 65,1% |
| 2021 | 143 | 69,13 | 21,25 | 63% |

Source: DGSB/DGRIE/DFBA

Mise en commun des fonds et protection contre le risque financier

Les mécanismes de mise en commun des fonds du secteur de la santé sont faibles. Toutefois, on note le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires, les mutuelles de santé dans quelques districts sanitaires et l'assurance en santé qui couvre moins de 1% de la population. Pour ce qui concerne les PTF, il n'y a pas non plus une véritable mise en commun des fonds malgré la signature du pacte.

L'évolution de la part du paiement direct dans les Dépenses Totales de Santé (DTS) en pourcentage (%).

Selon l'OMS, la part du paiement direct dans les dépenses totales de santé doit être inférieure à 20%. Le risque des dépenses catastrophiques de santé reste encore très élevé au Tchad. En effet, les ménages couvrent, sous forme de paiement direct, 64,4% des dépenses courantes de la santé au Tchad (CNS 2018). A ce jour, il n'existe pas d'études faites pour déterminer l'incidence des dépenses catastrophiques des ménages en santé.

Par rapport à la mise en place d'une assurance maladie destinée à protéger toute la population contre le risque financier lié au paiement des services de santé, le nombre des personnes assurées n'est pas disponible. Mais il est très faible et estimé à moins de 1% de l'effectif total de la population tchadienne, car le système n'est pas trop vulgarisé au niveau des provinces et la Caisse Nationale d'Assurance en Santé créée est en cours d'opérationnalisation.

Concernant l'extension progressive du système des mutuelles de santé dans toutes les provinces du pays, aucune extension n'a été effectuée durant la période du PNDS3 (2018-2021). Néanmoins, il y a une légère augmentation des adhérents aux mutuelles dans les cinq provinces pilotes où le nombre est passé de 35.612 en 2016 à 43.072 en 2021, soit un taux d'accroissement de 17,3%.

Les mécanismes d'assistance qui existent sont essentiellement la gratuité des soins ciblés qui concerne notamment les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Malheureusement ce mécanisme connaît des difficultés du fait du paiement tardif et échelonné des importantes

créances de la CPA et des formations sanitaires par le Gouvernement causant souvent des ruptures des médicaments au niveau des formations sanitaires.

Modalités d'achats des services

Les principaux postes budgétaires pour le MSPP sont : les dépenses du personnel, les dépenses de fonctionnement (biens et services), les transferts et subventions et les dépenses d'investissements.

Les modalités d'achats pratiquées dans le secteur de la santé sont assez passives et n'incitent pas à la performance, ni à l'efficacité dans l'utilisation des ressources, ni à l'amélioration de la qualité des soins. Il s'agit:

Pour l'Etat:

- De la gratuité des soins ciblée y compris la SRMNIA;
- De la subvention de certaines prestations notamment la prévention.

Pour les ménages :

- Du paiement direct des soins (64,4% selon les CNS-2018).

Pour les PTF :

- De l'appui financier à certains programmes (PEV, PSLs, PNLP, PTME, Programme Tabac, Gratuité des Soins Ciblés, etc.) ;
- Du forfait grossesse à l'Hôpital le Bon Samaritain (PASST II) ;
- D'autres modalités d'achats pratiquées dans le secteur de la santé considérées actives, sont les suivantes:
 - Le mécanisme de financement basé sur les résultats ou financement basé sur la performance (FBR/FBP), appuyé par la Banque Mondiale (BM) dans le cadre du PRSSMI est mis en œuvre dans cinq (5) DPSP. Dans son nouveau programme avec le Projet de Renforcement des Performances du Système de Santé (PRPSS), avec l'appui de la BM, le MSPP a élargi le FBR à huit (8) DPSP (Batha, Ennedi Est, Log. Oriental, Mayo Kebbi Est, Tandjilé, Wadi Fira, Guéra et Mandoul), pour un total de cinquante-quatre (54) districts sanitaires ;
 - Le Contrat d'Objectif et des Moyens pratiqué par le PADS de la Coopération Suisse ;
 - L'achat des soins par les mutuelles et assurances, n'est pas pratiqué à grande échelle.

Toutes ces modalités concourent à la mise en œuvre de la CSU, en attendant l'opérationnalisation de la CNAS. Par ailleurs, la mise en œuvre du budget programme, dont la gestion est axée sur la performance / résultat, permettra d'intensifier les modalités pratiques d'achats actifs.

Autres modalités de financements de la santé

- **Mécanisme de financement mondial (GFF)**

Il utilise des subventions modestes de manière catalytique, pour attirer d'autres ressources de l'Etat, des OSC, des PTF, du secteur privé et de la population bénéficiaire. Le Tchad étant éligible à ce financement, il a élaboré un Dossier d'Investissement intitulé « **Réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile, infanto-juvénile et amélioration de la santé des adolescents et des faits d'Etat civil, de SRMNIAN-EC TCHAD 2022-2026** » a été élaboré et adopté. L'adhésion du gouvernement tchadien au GFF est une opportunité pour focaliser les efforts sur certaines cibles et disparités pour plus d'impact et d'équité en SRMNIAN et dans le domaine de l'enregistrement des faits d'état civil.

- **Le Financement Basé sur la Performance (FBP)**

Les expériences pilotes du FBP ont débuté au Tchad entre 2011 et 2013 au niveau de huit districts sanitaires de quatre délégations sanitaires. Après l'évaluation qui a montré des résultats encourageants, notamment dans le renforcement des piliers du système de santé, la motivation des agents de santé, la réduction des cas de ruptures en médicaments, l'amélioration de l'environnement de travail, etc. Cette expérience du FBP et les résultats qu'elle a produits ont été à la base du « Projet de Renforcement des Services de Santé Maternelle et Infantile (PRSSMI) » financé par la Banque Mondiale entre 2017 et 2019. Après la clôture du PRSSMI en mars 2019, le Gouvernement du Tchad et la Banque Mondiale ont encore convenu d'un troisième projet dénommé « Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) », avec la mise en œuvre effective des activités FBP dans l'ensemble des huit provinces du projet qui compte désormais 65 districts, 769 CS et 51 hôpitaux. Ces provinces sont : le Batha, le Guéra, l'Ennedi Est, le Wadi Fira, le Logone Oriental, le Mandoul, le Mayo Kebbi Est et la Tandjilé.

Ce dernier projet permettra de capitaliser les résultats et acquis des interventions basées sur le FBP et de passer à la mise à échelle afin de toucher le maximum de bénéficiaires possible. A travers le FBP, l'Etat entend créer des conditions d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile en réduisant les barrières financière au niveau des services et en renforçant la qualité des prestations.

Equité dans la répartition et Efficience dans l'utilisation des ressources financières

L'état des lieux de la promotion de l'équité dans la répartition et l'affectation des ressources aux provinces et districts sanitaires est basé sur une clef de répartition préalablement définie. Cette clef tient compte du nombre des districts dans chaque DPSP, de ceux nouvellement créés et de l'austérité de certaines zones. Cependant, elle ne prend pas en compte les appuis directs des PTF au niveau provincial du fait de la rétention d'informations sur le financement des interventions (indisponibilité des rapports financiers). L'efficacité de cette clef de répartition reste à démontrer. Au niveau central, la répartition des ressources se fait sur la base des orientations de la hiérarchie en ce qui concerne la subvention des hôpitaux et le respect des engagements pour les contreparties de financement des PTF au profit des programmes nationaux et projets de santé.

L'amélioration de l'efficacité dans l'utilisation des ressources existantes peut contribuer à atténuer les effets de la crise économique que traverse le pays. C'est pourquoi, des efforts notables ont été fournis au niveau du MSPP dans le domaine de la redevabilité en renforçant le contrôle de l'Inspection Générale du MSPP à tous les niveaux du système de santé.

Le suivi/contrôle de l'exécution budgétaire

Le suivi et le contrôle du financement sur les fonds propres de l'Etat consiste à assurer le suivi des engagements budgétaires au niveau du contrôle financier, de l'ordonnancement et au trésor public jusqu'aux structures bénéficiaires. Le contrôle à priori à travers le contrôleur financier est centralisé au niveau du MFB. Le contrôle à posteriori, se fait auprès des bénéficiaires à travers les différentes missions de contrôle. Ce dispositif n'est pas suffisamment performant et nécessite une décentralisation à tous les niveaux. L'informatisation, la déconcentration et la décentralisation du système d'exécution budgétaire sont en cours. Les recettes issues du recouvrement des coûts ne sont pas bancarisées, et les communautés ne sont pas suffisamment impliquées dans le suivi de la gestion, ce qui se traduit par un risque de déperdition de ressources. Toutefois, ces fonds issus des recouvrements des coûts sont dépensés pour le fonctionnement des structures génératrices.

Pour ce qui est des fonds des PTF, le financement est effectué selon les procédures propres à chaque PTF. Cette juxtaposition des procédures rend souvent la mobilisation des ressources difficile. Aussi, la justification des fonds alloués au MSPP par l'Etat et les partenaires reste encore un problème réel.

2.1.3 RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD

En matière des ressources humaines, le système de santé tchadien est loin de répondre à toutes les préoccupations malgré les bonnes volontés affichées par toutes les parties prenantes. Les effectifs du personnel au Tchad sont loin d'atteindre les normes fixées par l'OMS. La Densité des personnels de santé est de 0,63 pour 1000 habitants en 2019 (Rapport CNPS 2019/DRHF/MSPP/2020) alors que la norme de l'OMS est de 4,45 pour 1000 habitants dans le cadre de l'atteinte des objectifs de Couverture Santé Universelle (CSU) et des Objectifs de Développement Durable (ODD).

Le nombre de personnel a significativement évolué dans la période 2018-2021 sans tenir compte de quota fixé de 500 agents toutes catégories à intégrer pour le compte du Ministère en charge de la Santé dans le cadre du PNDS3. Il faut noter qu'en 2019 l'Etat a recruté 471 médecins et en 2020, 1.638 paramédicaux et 143 Médecins. En 2018 et en 2021 il n'y a pas eu des recrutements. L'effectif des agents est passé de 8.456 en 2018 à 9.561 en 2021 en tenant compte des départs volontaires et obligatoires.

En 2021, la Loi des Finances n'a pas accordé un quota pour le recrutement des agents de santé. En outre, malgré l'existence sur le marché de travail, des paramédicaux, des différentes écoles nationales ayant satisfait à l'examen de certification organisé chaque année par le MSPP, le

recrutement est imposé par le Ministère de la Fonction Publique qui continue à recruter des agents dont les profils ne répondent pas aux besoins des structures sanitaires. Cette manière de faire ne permettra pas d'atteindre les objectifs sanitaires comme l'amélioration de la santé de la population. C'est pourquoi, le MSPP devra faire un plaidoyer auprès du Gouvernement pour solliciter l'augmentation du quota à au moins 2500 places annuellement. De même, il devra prendre des dispositions pour que le recrutement du personnel médical et paramédical se fasse au sein d'un cadre de concertation interministériel. Ce cadre devra être mis en place en amont. Les capacités en gestion prévisionnelle des cadres de la DRHF devront également être renforcées pour leur permettre de faire régulièrement la planification des effectifs en vue de déterminer les besoins quantitatifs et qualitatifs réels des structures sanitaires (PSDRHS 2022-2030).

Effectifs des ressources humaines pour la santé

De 2018 à 2021, l'effectif du personnel est passé de 8.456 à 9.561 soit une progression de 13,06%. Le nombre des infirmiers est passé de 2745 à 3184 soit 15,99%, celui des médecins de 638 à 982 soit 64,96% et celui des Sages-Femmes Diplômées D'Etat (SFDE) de 498 à 664 soit 75%.

Le ratio infirmier est passé d'1 inf./5.955 hab. à 1 inf./5.709 hab. Le ratio médecin est passé de 1 méd./25.621 hab. à 1 méd./18710 hab. Le ratio SFDE est d'1 SFDE/7143 Femmes en âge de procréer (FEAP) à 1 SFDE/5.957. Les normes de l'OMS sont d'un inf./5000 hab., un méd./10000 hab. et 1 SFDE/3000 FEAP. Globalement il y a une amélioration par rapport à la disponibilité du Personnel. Cependant, on est encore très loin des normes de l'OMS.

Tableau 6 : Evolution des effectifs du personnel entre 2018 et 2021

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Population | 15614328 | 16197436 | 16 802 319 | 17 305 108 |
| FEAP | 3 397 678 | 3 397 678 | 3 397 678 | 3 397 678 |
| IDE | 1320 | 1300 | 1537 | 1509 |
| Infirmiers (ATS+IB) | 1425 | 1429 | 1707 | 1675 |
| Total IDE + ATS | 2745 | 2729 | 3244 | 3184 |
| Ratio infirmiers | 1 inf./5688 hab. | 1 Inf./5935 hab. | 1 Inf./5179hab. | 1 Inf./5435 hab. |
| Médecins | 638 | 996 | 1000 | 982 |
| Ratio médecins | 1 Médecin/24474 hab. | 1 Médecin/16262 hab. | 1 Médecin /16802 hab. | 1 Médecin/17622 hab. |

| | | | | |
|-------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Pharmaciens | 60 | 60 | 62 | 63 |
| Ratio Pharmaciens | 1 Pharmacien /26024 hab. | 1 Pharmacien /269957 hab. | 1 Pharmacien/280 039 hab. | 1 Pharmacien/288 419 hab. |
| Sages-Femmes | 498 | 525 | 617 | 664 |
| Ratio SFDE | 1 SFDE/6823 FEAP | 1 SFDE/6471 FEAP | 1 SFDE/5507 FEAP | 1 SFDE/5117 FEAP |

(Sources DRH 2021)

Cadre organique et gestion prévisionnelle des Ressources Humaines pour la Santé

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines en Santé (PSDRHS) et pour un meilleur pilotage des effectifs du personnel, le pays a initié depuis 2012 la mise en place de la gestion prévisionnelle des RHS avec l'outil IRHIS. Cependant, ce logiciel n'est pas encore opérationnel à cause de plusieurs contraintes (logistique, humaine, financière etc...). Par contre d'autres outils qui sont en expérimentation devraient être utilisés.

Production des ressources humaines pour la Santé

o Formation initiale

Malgré l'existence de l'ENASS et de quatre écoles provinciales à Abéché, Moundou, Sarh et Biltine, la production reste toujours faible. Parallèlement, des initiatives privées se sont manifestées pour accompagner l'effort de l'Etat dans la production des paramédicaux. De 25 écoles de santé privées (confessionnelles et privées à but lucratif) selon le PDRHS (2013), leur nombre est passé à 50 en 2021 : 24 sont à N'Djaména et 26 dans les provinces. Le pays fait face à une prolifération des écoles de formation des privées de paramédicales qui ne respectent pas toujours les normes et standards établis.

En plus de la formation des médecins généralistes aux deux facultés des sciences de la santé humaine de N'Djaména et d'Abéché, des filières de spécialités (pédiatrie, gynécologie, pharmacie, nutrition...) ont été créées pour palier au déficit des ressources humaines en santé. L'érection de l'ENASS en école Nationale supérieure des agents sanitaires et Sociaux, va contribuer significativement à une augmentation du nombre des cadres supérieurs formés et la formation de certaines catégories de spécialistes en santé publique.

Pour améliorer la qualité du personnel formé tant dans le secteur public que privé, le comité Technique d'Accréditation des Ecoles de Formation des Agents Sanitaires et Sociaux (CTAEFASS) a élaboré un plan et un manuel des procédures d'accréditation des écoles de formation des paramédicaux qui n'est toujours pas mis en œuvre. Aussi, le gouvernement a instauré l'examen unique de certification des professionnels de la santé. En 2014 sur 5.163 inscrits 762 sont déclarés admis soit un taux de réussite de 14,76%. En 2016, cet examen a été élargi aux lauréats des écoles publiques sur 4049 inscrits 717 sont déclarés admis soit un taux

de réussite de 17,51%. Pour l'Édition 2.018 sur 2582 inscrits, 714 sont déclarés admis soit un taux de 27,65% et en 2019 sur 2.619 inscrits, 606 sont déclarés admis soit un taux de réussite 23,13%. En 2021, le pourcentage de réussite s'est nettement amélioré et il est passé à 43,46 % : sur 4.631 inscrits, 2.013 sont déclarés admis.

○ **Besoins en RHS**

Le rythme actuel de production des Ressources Humaines pour la Santé (RHS) pour la santé qui est d'environ 2.513 professionnels de santé par an est très insuffisant. Il ressort du tableau ci-dessous, un gap de 3.479 médecins, 4451 IDE, 3.739 SFDE, 7.955 ATS et 3.183 TL pour 2030, soit un recrutement annuel de 3.526 agents toutes catégories confondues. Pour combler le gap, il faut renforcer la capacité et la qualité de la production du personnel.

Tableau 7 : Gaps en personnel soignant pour 2030

| Catégories | 2021 | 2030 | Gap |
|--------------------|-------------|-------------|------------|
| Médecins | 982 | 4402 | 3420 |
| IDE | 1509 | 5886 | 4377 |
| ATS | 1675 | 9575 | 7900 |
| SFDE | 664 | 4348 | 3684 |
| TL | 817 | 4000 | 3183 |
| Pharmaciens | 63 | 100 | 37 |

Sources : Diagnostic de santé 2020

○ **Formation continue**

Vu le nombre insuffisant des médecins spécialistes au Tchad, la formation dans le domaine de la chirurgie générale, de la gynéco-obstétrique, de la pédiatrie, de la pharmacie et de la nutrition a été ouverte. Ceci a permis de former plus de 54 médecins spécialistes dont 6 chirurgiens, 35 gynécologues et 13 pédiatres. Dans le domaine de la formation continue et de la spécialisation, 685 agents ont été formés dont 262 Médecins généralistes, 423 paramédicaux. Ceci a permis de renforcer les formations sanitaires en personnel de santé qualifié.

○ **Déploiement des agents de Santé**

Dans le cadre de déploiement fait au niveau central et au niveau déconcentré, on constate que des efforts ont été fournis par le gouvernement en accordant un statut particulier au personnel de santé pour qu'il exerce sur l'ensemble du territoire national. Malgré ce statut particulier, les conditions de vie dans certaines zones ne permettent pas toujours de disposer de tous les agents de santé. C'est ainsi qu'on constate que certaines affectations ne sont pas toujours respectées par les agents. Cette situation a amené le MSPP à mettre en place un comité Ad hoc pour le déploiement des agents de santé afin de veiller à la disparité entre les provinces.

○ **Fidélisation/Motivation**

En ce qui concerne la fidélisation des agents de santé, l'insuffisance dans l'application du décret n° 903 du 12 octobre 2016 fixant le statut particulier du corps des fonctionnaires du secteur de

la santé et qui définit une stratégie de fidélisation des RH en milieu rural et en formation continue constitue un goulot d'étranglement. Il convient de souligner également que malgré l'existence du statut particulier pour les personnels de santé qui prend en compte les zones austères, des résistances persistent dans leur déploiement effectif. Il est souhaitable de réviser le texte relatif au statut particulier en mettant plus l'accent sur les faveurs que pourraient avoir les cliniciens par rapport aux administrateurs à cause des risques plus élevés en matière de santé et sécurité au travail dans les zones difficiles.

La loi n°17, relative au statut général de la Fonction Publique est un cadre de redevabilité et de sanctions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dont les dispositions sont insuffisamment appliquées et certains agents de santé en profitent pour ne pas répondre à leurs obligations et responsabilités vis-à-vis de la population.

2.1.4 INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET MAINTENANCE

Le volet infrastructure sera abordé au travers des points suivants: infrastructure sanitaire, équipements médico-sanitaires et maintenance des infrastructures et des équipements médico-sanitaires.

- **Infrastructures sanitaires**

Cadre institutionnel et réalisation des travaux

Le cadre institutionnel comprend la direction des infrastructures et équipement, les bureaux d'études, les organes chargés de la passation des marchés publics, les bureaux de contrôle...

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

Malgré les tâches qui sont assignées, le MO est confronté aux difficultés de mise en œuvre dont les problèmes majeurs sont liés soit au conflit de compétence, soit à l'insuffisance de certains textes élaborés qui ne permettent pas une bonne représentativité dans le processus de passation de marchés, de suivi des travaux de construction et même pendant les réceptions des travaux.

Normes en matière d'infrastructures sanitaires

Le problème majeur souligné au cours de la mise en œuvre des PNDS précédents est la mauvaise conception des plans architecturaux des infrastructures sanitaires avec pour conséquence l'inadéquation avec les équipements lors de l'installation de ceux-ci. La méconnaissance des matériaux de construction spécifique des infrastructures sanitaires par le MOD constitue également un gros handicap pour l'installation des équipements. Durant le PNDS 3, les documents de normes en infrastructures sanitaires n'ont pas pu être révisés. Toutefois le processus de révision de ces documents est en cours. Il faut aussi relever le

problème de faible implication des techniciens du MSPP dans le suivi des travaux de construction des infrastructures sanitaires. On constate souvent une installation non appropriée des réseaux électriques, de la plomberie sanitaire, des fluides médicaux, etc.

On note par contre une tendance à la désorganisation du découpage sanitaire qui est dû à une création massive des CS à partir du niveau central sans l'avis des Médecins Chefs de District (MCD) et des Délégués Provinciaux de la Santé et de la Prévention (DPSP). Ces CS ne répondent pas aux normes mais rehaussent malgré tout le taux de couverture sanitaire. De même, de plus en plus des DS sont créés et déclarés fonctionnels avec l'affectation d'un MCD mais sans un hôpital de district. Les DS sans un HD représentent 48% de l'ensemble des DS.

La plupart des HD dans les villes et plus particulièrement à N'Djaména ne répondent pas aux normes. Ils ne peuvent pas mettre en œuvre un paquet complémentaire d'activités pour ce niveau. Il en va de même des hôpitaux de district transformés en hôpitaux provinciaux. Ces hôpitaux sont opérationnels mais avec un plateau technique inadapté. Actuellement, le Tchad a un réseau de structures de santé qu'il ne peut rendre opérationnel par manque de ressources. 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.

Etat des infrastructures du niveau périphérique

Le nombre de DS est passé de 150 à 160 dont 123 et 139 fonctionnels respectivement de 2017 à 2021. Plus de 2207 zones de responsabilité ont été créées dont 1915 fonctionnels (Données de l'évaluation des PPDS 2021). Le taux de couverture sanitaire théorique est passé de 86,84% en 2017, à 92,18% en 2018, puis est redescendu à 80,34% en 2021.

Tableau 8 : Evolution du nombre des DS et des CS de 2017 à 2021

| Années | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|-------|-------|
| DS total | 138 | 150 | 150 | 150 | 160 |
| DS fonctionnels | 123 | 125 | 126 | 129 | 139 |
| CS total | 1816 | 1892 | 1856 | 2107 | 2207 |
| CS fonctionnel | 1577 | 1744 | 1672 | 1835 | 1915 |
| Total HD | ND | 130 | 130 | 130 | ND |
| HD fonctionnels | 66 | 114 | 114 | 114 | ND |
| HP | 6 | 23 | 23 | 23 | 23 |
| Taux de couverture Théorique | 86,84% | 92,18% | 90,09% | 87,09 | 86,77 |

Sources : Ann. Stat 2017-2019 Rapport évaluation des PPDS 2021.

Durant le PNDS3, en termes de réalisation, on note:

- Structures achevées : 6HP, 9 HD, 3 dépôts Sub-nationaux et 34 CS;
- Travaux en cours : 2 HP (Faya et Lai), 2 HD (Tiné et Bahāi) et 20 CS ; 2 autres HP dont les contrats sont approuvés et non démarrés (Mao, Moussoro) ;
- Travaux suspendus : 2 HP, 13 HD, 1 HME, 85 CS, 1 CNTF ;

Dossiers en études : 2 HP (Goz-Beida et Bol:), 6 HD.

- **Equipements médico-sanitaires**

Cadre institutionnel des équipements médico-sanitaires

Le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention, à travers la Direction des Infrastructures, des Equipements Sanitaires et de la Maintenance est chargé de définir les caractéristiques techniques et les répartitions de ces équipements conformément aux besoins exprimés par les services demandeurs. L'acquisition de ces équipements médico-sanitaires se fait essentiellement sur le budget de l'Etat. Certains équipements sont donnés par des partenaires.

Normes en matière d'équipements médico-sanitaires

Il n'existe toujours pas de normes en matière d'équipements médico-sanitaires dans le pays. Cette situation a pour conséquence le fait que l'un des problèmes majeurs constatés lors de la mise en œuvre des trois premiers PNDS a été l'inadéquation entre les 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 achetés par l'Etat ou 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. Toutefois, il existe une liste homologuée des équipements en cours de validation. L'existence d'une telle liste faciliterait la maintenance des équipements. De même, une liste homologuée des équipements pour les centres de santé a été adoptée lors de la révision du PMA.

Etat actuel des équipements dans les formations sanitaires

En prévision de rendre fonctionnel 4 hôpitaux provinciaux, 12 hôpitaux de district et 20 CS déjà construits et non équipés, il faut noter que 5 HP, 14 HD et 32 CS sont équipés ou leurs équipements sont disponibles. Il faut aussi signaler que les programmes d'infrastructures et de dotation des formations sanitaires en matière d'équipements ne sont pas toujours bien coordonnés du fait des retards accusés dans le délai contractuel des constructions et le manque d'implication du maître d'ouvrage dans le suivi des travaux. En plus, ces programmes ne prennent pas en compte la disponibilité et la qualité du personnel clinique et biomédical existant pour leur utilisation optimale.

La gestion de la COVID-19 a été une opportunité pour renforcer les services en équipements, en infrastructures et les capacités du personnel : Un central de production d'oxygène est installé à l'Hôpital de Farcha et deux autres à Abéché et Moundou. Tous les hôpitaux provinciaux ont été équipés d'au moins trois extracteurs d'oxygène et de 2 respirateurs (formation/recyclage) et les Hôpitaux Nationaux, de 3 à 8 concentrateurs d'oxygène et de 12 à 18 respirateurs d'anesthésie.

- **Disponibilité de l'eau, d'électricité, d'hygiène et d'assainissement et des moyens de communication**

Selon l'enquête SARA, entre 2017 et 2019, le pourcentage des formations sanitaires qui disposent d'une source d'eau améliorée n'a pas évolué (60% et 61%). Le pourcentage des formations sanitaires qui disposent des installations sanitaires améliorées est passé de 76% à 78%. Le pourcentage de structures qui disposent d'une source d'énergie a progressé en passant de 21% à 26%. Et enfin, la disponibilité des équipements de communication est passée de 4% à 21%. Aujourd'hui, une structure de santé sans une source d'eau fiable n'est plus acceptable. Et pourtant c'est le cas de beaucoup de CS et surtout en milieu rural. La faible couverture en eau potable et en électricité a un impact négatif sur la qualité des soins.

- **Maintenance des infrastructures et des équipements médico-sanitaires**

Dans le domaine de la maintenance, le document de politique nationale de maintenance des infrastructures et des équipements médico-sanitaires n'a pas encore été élaboré. Par contre, un plan de maintenance a été élaboré mais non validé. La non standardisation et la non révision des documents de la politique nationale de la maintenance ne facilitent pas les achats des équipements et rendent leur maintenance très difficile. Il est à noter que 80 agents sont programmés pour la formation en maintenance biomédicale.

2.1.5 INFORMATION SANITAIRE ET RECHERCHES

Le volet SIS sera abordé au travers des points suivants : la qualité des données, la production de l'information et sa diffusion, la surveillance épidémiologique et les enquêtes nationales. Le Système d'Information Sanitaire (SIS) est reconnu comme l'un des piliers du dispositif de suivi et évaluation de la mise en œuvre de toutes les politiques et stratégies de développement en matière de santé. Cependant ces dernières années, le SIS souffre de problèmes structurels entraînant de fait des difficultés dans la production des données en temps opportun pour leur utilisation dans l'orientation de la prise de décisions.

L'information sanitaire de routine

La Direction des Statistiques et du Système d'Information Sanitaire (DSSIS) a pour mission d'assurer le fonctionnement de tous les dispositifs du SIS depuis la conception des outils jusqu'à la production des informations complètes, exhaustives et de bonne qualité.

Collecte et analyse des données

Les données sont collectées quotidiennement à l'aide d'outils primaires (registres et fiches) dans les formations sanitaires et compilées dans les Rapports Mensuels des Activités (RMA). Chaque mois, ces données devraient en principe être validées au niveau du District Sanitaire (DS) avant leur transmission aux DPSP puis au niveau central. Il faut noter cependant que les

données ne sont pas suffisamment analysées à tous les niveaux notamment dans les DS et les DPSP.

Il est à relever que les outils de collecte de données connaissent très souvent des ruptures de stock sur le terrain et cela oblige les agents à utiliser des outils non conformes et rend difficile la compilation et le traitement des données collectées. Dans les services et les formations sanitaires, il existe d'autres outils mis en place par les partenaires et les programmes nationaux de santé tels que la PTME, le PNT, le PNLP..., qui sont soucieux d'avoir des informations en temps réel pour le suivi de leurs activités. Par conséquent, la multitude d'outils de collecte de données surcharge les prestataires de soins, fragilise davantage le SIS de routine et réduit sa crédibilité. Ces différents systèmes sont à la base des données sanitaires disparates qui circulent dans le pays.

Un nouveau système informatisé est déployé à tous les niveaux du système de santé. Il s'agit du District Health Information Software 2 (DHIS 2). Le processus de déploiement de cette plateforme a été effectif avec la formation des utilisateurs et l'installation des équipements informatiques y afférent et le serveur central. Il est opérationnel depuis juillet 2022 dans toutes provinces du pays. Le DHIS2 fournira une solution complète de gestion des données en produisant les informations en temps réel et en soutenant l'analyse à différents niveaux de la hiérarchie organisationnelle.

Qualité des données

Vu ce qui a été décrit plus haut, les informations produites par la DSSIS sont de qualité insuffisante et nécessitent une amélioration. Les principales raisons de cette insuffisance sont : la collecte qui n'est pas souvent exhaustive, les ruptures intempestives des outils de collecte sur le terrain, le personnel peu qualifié et moins supervisé ainsi que l'existence de plusieurs systèmes d'information parallèles. A cela, il faut ajouter l'absence des outils de contrôle de qualité des données, notamment le DQAS utilisé par le PEV et la régularité des réunions de validation des données.

Production de l'information et sa diffusion

La DSSIS est la direction du MSPP qui est responsable de la production et de la diffusion des informations sur le système de santé au Tchad. Mais, dans la pratique ce n'est pas le cas, car certains programmes produisent périodiquement leurs propres informations. Il en est de même pour certains PTF et ONG. Cela est dû à la faiblesse de la coordination et du leadership de la DSSIS. Alors que les données du secteur privé non lucratif (ONG, Professionnel) sont intégrées au SIS, celles du secteur privé lucratif (cliniques, cabinets de soins et médicaux), ne sont presque pas intégrées dans le SIS. Ceci entraîne une déperdition d'une partie de l'information sanitaire. Il faut signaler que ces dernières années, la production des annuaires statistiques connaît des retards ; par exemple celle de 2020 est encore en cours d'élaboration.

Le processus de mise en place d'un Observatoire National de Santé est en cours. Il permettra une meilleure coordination de flux d'informations sur la santé en vue d'une harmonisation au

niveau national et international. Il assurera également la disponibilité et la fiabilité des données, le partage et la publication des informations sanitaires.

Surveillance épidémiologique

Le pays dispose d'un système de surveillance hebdomadaire pour assurer la détection et la notification des cas suspects, mener des investigations et organiser des ripostes rapides et appropriées. Ce système repose sur des équipes provinciales qui travaillent avec les points focaux dans les districts et les centres de santé. Au niveau de la communauté, les agents de santé communautaires (ASC) collectent des informations dans les villages et les quartiers puis les transmettent de manière hebdomadaire aux points focaux. Les données collectées alimentent les réunions hebdomadaires du CTNLE sur la surveillance épidémiologique à tous les niveaux et permettent de prendre des décisions promptes. Le système nécessite une supervision régulière à tous les niveaux, une logistique appropriée et un recyclage régulier de tous les acteurs de la surveillance épidémiologique (CASE, points focaux, RCS, ...) sur le terrain.

Le Tchad a mis à jour la liste des maladies sous surveillance selon les normes de l'OMS qui prend en compte 14 maladies qui sont : Méningite, Rougeole, Tétanos néonatal (TNN), Fièvre jaune, Choléra, Ver de Guinée, Grippe aviaire, Hépatite E, Grippe à H1N1, Poliomyélite (PFA), paludisme, Malnutrition aiguë (modérée et sévère), Piqures des scorpions et Maladie à Virus Ebola (MVE). Depuis 2015 les décès maternels sont intégrés à la liste des maladies et événements sous surveillance. Ces maladies font l'objet d'une surveillance hebdomadaire active permettant de détecter des flambées épidémiques et d'organiser des ripostes appropriées. Bien que la collecte des données s'opère dans des conditions acceptables, quelques faiblesses subsistent et concernent surtout la complétude et la promptitude des données dont les retards sont imputables surtout au problème de communication avec les provinces de l'extrême nord du pays (Source : Rapport de la SSEI).

Carte sanitaire

Grâce à un processus participatif, une carte sanitaire 2019-2025 a été réalisée. Cette carte a permis de donner une idée sur les ressources sanitaires disponibles au niveau du pays, notamment le nombre des formations sanitaires (fonctionnelles et non fonctionnelles), les ressources humaines disponibles, les équipements, la logistique, la localisation géographique des formations sanitaires et la délimitation des DS. Cette carte a également mis en évidence l'existence des zones non couvertes par un service de santé.

Pour améliorer l'offre des soins et services et résoudre le problème d'équité dans l'accès aux soins, une projection incluant l'année 2021-2025 a été réalisée dans les mêmes contextes ainsi que les critères de création des structures sanitaires ont été redéfinis, permettant ainsi de faire un plan d'investissement et la régularisation de ces structures. Après la validation technique, cette carte n'est toujours pas diffusée au niveau du pays faute de décret d'application toujours en cours de signature. Ainsi, un plaidoyer doit être fait de façon accrue pour la signature du décret d'application dans un meilleur délai. En plus, une décision stratégique doit être prise et des ressources identifiées et sécurisées pour la production périodique (tous les 5 ans) d'une

carte sanitaire du pays. Néanmoins, une actualisation peut être faite tous les 2 ans pour constater l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'investissement projeté.

Carte hospitalière

Les hôpitaux sont construits de manière anarchique car le pays ne dispose pas d'une carte hospitalière.

La carte hospitalière détermine :

- a. Les zones de couverture,
- b. La nature et l'importance des installations et des activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population, à savoir :
 - le nombre et la nature des services médicaux et chirurgicaux ;
 - les infrastructures ;
 - le nombre de lits ;
 - la liste des équipements biomédicaux et médico techniques dont le niveau est précisé par voie réglementaire ;
 - les ressources humaines nécessaires.

La carte hospitalière permet de garantir la complémentarité entre les hôpitaux, notamment dans la ville de N'Djaména.

Enquêtes nationales

Le Ministère en charge de la santé utilise les résultats des enquêtes réalisées pour compléter les données de routine et apprécier les niveaux atteints des indicateurs et faire des comparaisons avec d'autres pays. Deux directions à savoir la DSSIS et la DPERO sont chargées d'organiser des enquêtes pour le compte du Ministère. Toutefois, d'autres directions organisent aussi des enquêtes ponctuelles pour connaître le niveau de leurs indicateurs SMART....

Les enquêtes nationales telles que EDST, MICS, SMART...sont organisées par l'INSEED en association avec le MSPP. Ainsi, en 2019, il a été organisé l'enquête MICS6 après celle couplée à l'enquête EDST de 2014-2015. D'autres enquêtes nationales réalisées exclusivement par le Ministère en charge de la Santé, notamment l'enquête SARA sur la disponibilité et la fonctionnalité des services de santé ont été organisées en 2015 et 2019 et, l'enquête sur la disponibilité des produits de santé de la reproduction organisée en 2017 et 2021. Une enquête sur les décès et causes des décès enregistrés dans les formations sanitaires, l'enquête sur la Surveillance des Décès Maternels Néonataux et Riposte (SDMNR) et l'enquête téléphonique sur l'évaluation des capacités des services de santé dans le cadre de la pandémie de COVID-19 ont été organisées en 2021. Il y a également l'évaluation des besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence. Ces enquêtes ont permis d'avoir plus d'information sur l'état de santé de la population et en particulier sur les effets et impacts des principales interventions dans le domaine de la santé. L'enquête LQAS utilisée par le PEV n'est pas encore généralisée et reste limitée à trois provinces. Les comptes nationaux de la santé (CNS) pour 2018 et les comptes nationaux des personnels de la santé (CNPS) pour 2020 ont été adoptés. En outre, les Comptes Nationaux de Santé (CNS) pour 2019 et 2020 sont en cours d'élaboration. Bien que la périodicité de réalisation de ces enquêtes soit bien définie, elle n'est pas respectée dans la plupart des cas.

Ainsi, l'absence d'une nouvelle EDST et d'autres grandes enquêtes ne permet pas d'avoir des données actualisées sur les impacts des interventions sanitaires telles que le taux de mortalité maternelle.

Les défis du SIS

Des défis importants sont à relever au niveau du SIS tant au niveau de la Direction du SIS que de la Surveillance épidémiologique. Il s'agit entre autres de: i) La disponibilité permanente des outils de collecte de données dans tous les établissements sanitaires ; ii) La faible capacité des structures sanitaires à fournir l'information sanitaire en temps réel ; iii) La faible capacité des équipes au niveau des DPSP et des DS pour analyser les données et de riposter face aux épidémies ; iv) L'insuffisance d'un système de surveillance communautaire fiable ; v) Une insuffisance de coordination entre la SSEI et la DSSIS et vi) Une supervision formative pas régulière du SIS à tous les niveaux.

Recherche en santé

Au Tchad, la loi n°16/PR/2006 stipule que les recherches en matière de santé au niveau national sont sous la coordination du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Toutefois, une cellule rattachée à la Direction de la Planification, des Etudes et de la Recherche Opérationnelle (DPERO), à travers le Service de Recherche Opérationnelle (SRO), délivre des autorisations de recherche et utilise les résultats de ces recherches pour des orientations stratégiques dans la prise de décision. Cependant, le SRO souffre de l'insuffisance de personnel qualifié, des ressources matérielles et financières.

L'OMS invite les Gouvernements d'investir au moins 2% des dépenses nationales de santé et au moins 5% de l'aide aux projets/programmes du secteur de la santé, au renforcement du système de recherche. On note également une insuffisance de coordination entre le Ministère en charge de la santé et les autres parties prenantes en matière de recherche en santé tels que la Faculté des Science de la santé Humaine (FSSH), le Centre National de Recherche pour le Développement (CNRD), le Comité National de Bioéthique, etc.

La déclaration de Ouagadougou souligne l'importance de la recherche dans le secteur de la santé et que cela doit exiger une attention accrue des Etats. Plusieurs raisons expliquent le fait que la recherche en santé reste embryonnaire au Tchad. Il s'agit de : i) le peu d'intérêt accordé à la recherche dans le secteur de la santé par les décideurs, ii) l'insuffisance des ressources humaines compétentes ; iii) la non appropriation voire l'exploitation des résultats des recherches réalisées ; iv) l'insuffisance de ressources financières ; iv) l'insuffisance de coordination stratégique des intervenants en matière de recherche et v) la faible synergie entre les partenaires ...

En 2020, une évaluation virtuelle de la Recherche en Santé a été réalisée. Les problèmes identifiés devraient être utilisés pour élaborer un plan stratégique national de la Recherche en Santé. Mais ce plan n'est pas encore élaboré.

La santé numérique et télémédecine

L'objectif du Programme de la santé numérique et de la télémédecine est la digitalisation et la dématérialisation de tous les services de l'Etat (services publics). Cette vision a été opérationnalisée par le Ministère en charge des Postes et de l'Economie Numérique avec l'organisation de « Tchad Numérique » et son plan stratégique Numérique. Dans le domaine de la santé, le MSPP a créé en 2021, un Programme National de Télémédecine, en abrégé (PRONATEL). Le programme a pour mission de développer la pratique médicale à distance en recourant aux nouvelles technologies de l'information et de la communication afin de favoriser l'accès de tous à des soins médicaux sur l'ensemble du territoire. Un plan d'action opérationnel pour l'année 2022 a été élaboré. Dans ce cadre une conférence entre les deux (2) Ministères a été organisée pour accélérer la mise en œuvre de la santé numérique, y compris la Télémédecine. Ce plan est assorti d'une feuille de route dont les principales actions devraient être arrimées au PNDS 4.

L'enregistrement des faits d'état-civil (naissances et décès)

L'enregistrement des faits d'état civil (naissance et décès) se réalise partiellement dans les formations sanitaires et elle est peu fiable pour les décès où parfois les noms, sexe et âge ne sont pas toujours enregistrés. Ce dernier temps, les Ministères en charge de la santé et celui en charge de l'Administration du territoire ont conduit l'évaluation du système d'état civil avec l'appui des partenaires. Sur la base de cette évaluation, des difficultés ont été relevées sur les faits d'état civil. Cela s'est confirmé par les résultats de l'enquête sur l'évaluation rapide des décès et des causes des décès dans le contexte du COVID-19 pour la période de trois ans (2018, 2019 et 2020).

Dans le souci de sécuriser les documents nationaux et de moderniser son système d'état civil, l'état tchadien a entamé depuis quelques années des grandes réformes. L'état civil tchadien a connu des mutations tant sur le plan juridique que sur le plan institutionnel. Des nouveaux acteurs dont les communes sont désormais impliquées dans ce secteur avec la mise en place du mécanisme d'interopérabilité afin d'agir en synergie pour atteindre l'objectif de l'enregistrement universel des naissances.

2.1.6 MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS DE SANTE ET LABORATOIRE

Les points suivants seront traités: le Cadre institutionnel, l'Approvisionnement, le stockage, la distribution, la vente illicite des médicaments, la Résistance aux antimicrobiens, le Laboratoire de biologie médicale et le Centre National de Transfusion Sanguine.

Cadre institutionnel, juridique, organisationnel et fonctionnel

La Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC) à travers l'Organisation de la Coordination pour la Lutte Contre les Endémies en Afrique Centrale

(OCEAC), son organe d'exécution, a adopté la Politique Pharmaceutique Commune (PPC) des pays membres, 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 :

- Règlement n°02/13-UEAC-OCEAC-CM-SE-2 portant adoption des lignes directrices sur l'approvisionnement en médicaments essentiels ;
- Règlement n°03/13-UEAC-OCEAC-CM-SE-2 portant adoption des lignes directrices sur la pharmacovigilance ;
- 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 (01) procédure générale dite Procédure des Procédures, sept (07) Procédures d'Homologation, trois (03) Procédures d'Importation et cinq (05) Procédures d'Inspection.

Les Plans stratégiques de la DGPML et de la CPA ont été élaborés et mis en œuvre partiellement, ce qui ne contribue pas à l'amélioration du cadre institutionnel de manière durable. Les textes élaborés et régulièrement mis à jour sont efficaces et renforcent le fonctionnement du secteur pharmaceutique et des laboratoires. Une évaluation des fonctions règlementaires de la Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires a été faite et les résultats ont recommandé la mise en place de l'Autorité Tchadienne du Médicament (ATM), à qui seront transférées les prérogatives de la DGPML, en rapport avec la régulation du secteur pharmaceutique. Le processus d'adhésion à la Convention MEDICRIME est signé et est en attente de la ratification dans le but de lutter contre les médicaments de qualité inférieure et falsifiés. Dans ce sens une loi pénale spéciale est en cours d'élaboration.

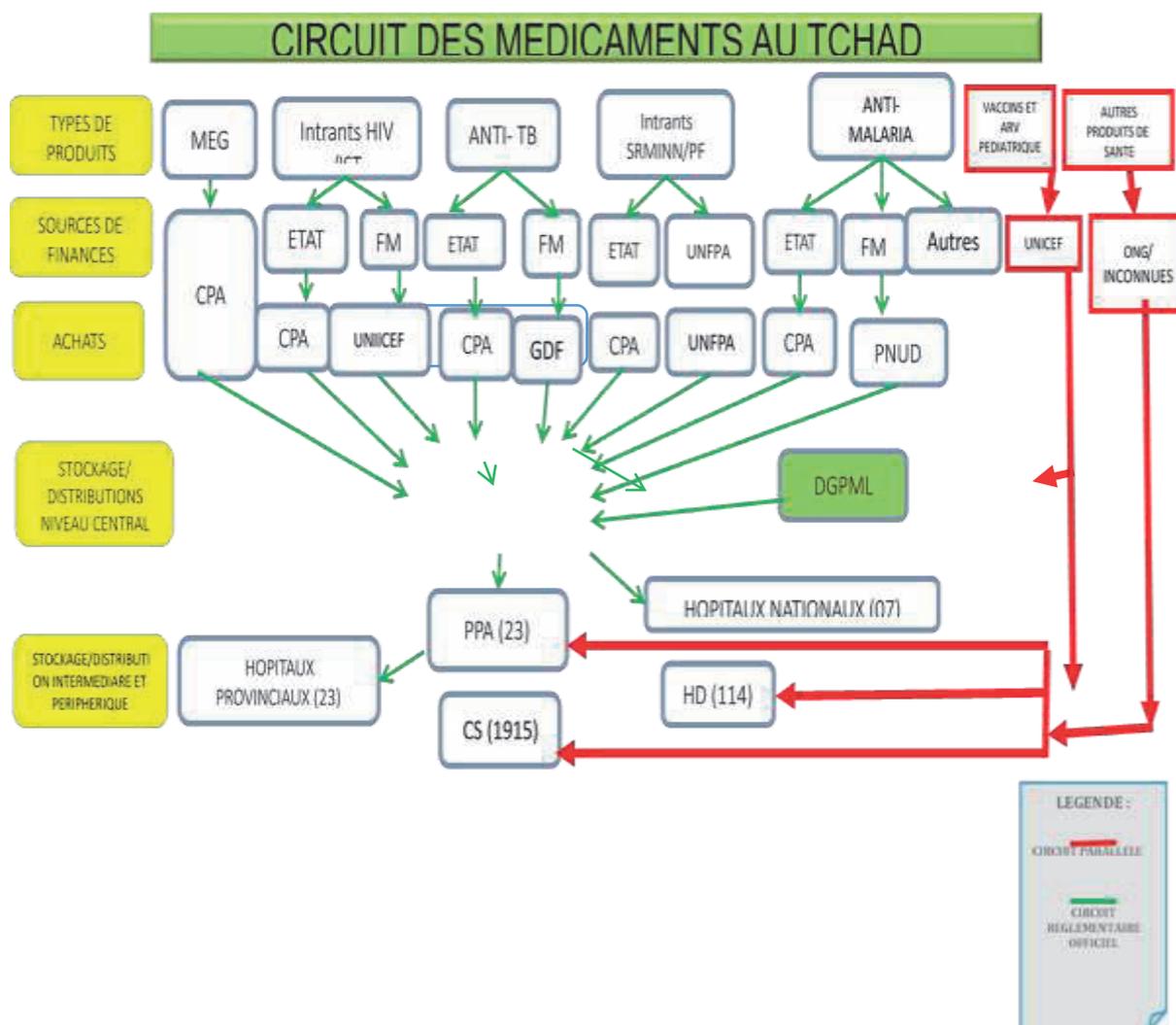
Approvisionnement, stockage et distribution des médicaments et autres produits de santé

Dans le secteur pharmaceutique public, il y a la Commission Nationale de Coordination et Gestion des Approvisionnements et stocks des Produits Médicaux (CNC- GASPM) et ses quatre sous Commissions (sous-commission TB/VIH ; sous-commission Paludisme ; sous-commission Santé de la Reproduction et sous-commission Produits de Recouvrement de Coût et des autres Programmes). La CNC- GASPM est chargée d'évaluer les besoins nationaux, de la centrale pharmaceutique d'achat (CPA) qui fait office de grossiste pharmaceutique pour le secteur public afin d'approvisionner 23 Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement (PPA), 1672 pharmacies des formations sanitaires de base (FOSA), 139 pharmacies des hôpitaux de district, provinciaux et nationaux. Dans le secteur privé, il y a 43 grossistes privés, 60 officines et 381 dépôts pharmaceutiques privés².

²Sources : carte sanitaire 2019 et Rapport statistique de la direction de la pharmacie et du médicament.

L'importation des médicaments par la Centrale Pharmaceutique d'Achats (CPA) se fait sur appels d'offre restreint après pré qualification des fournisseurs et conformément aux procédures de l'ACAME. Le circuit national d'approvisionnement permettant de répondre efficacement aux besoins nationaux a été établi par le MSPP, celui-ci n'est pas toujours respecté par certains PTF.

Figure 2 : Circuit national public d'approvisionnement et de distribution des produits de santé



L'amélioration des conditions de stockage à la CPA par la réhabilitation du sol des magasins, l'installation des climatiseurs mais aussi le renforcement du volume de stockage et de sécurisation de deux PPA du Moyen Chari et du Batha constituent une avancée notable.

La loi n° 24 /PR/2020 du 31 décembre 2020, portant restructuration de la CPA, rattache les PPA à la CPA pour résoudre l'absence de lien hiérarchique dans la chaîne d'approvisionnement. La création de 8 nouvelles PPA portant à 23 le nombre de PPA fonctionnelles permet de couvrir l'ensemble des 23 provinces. Cependant, toutes les PPA ne répondent pas aux normes architecturales et d'équipements. La dotation en moyens roulants de la CPA et de quelques PPA a permis de renforcer la capacité logistique, réduisant ainsi les coûts liés au transport jusqu'au dernier kilomètre dans les formations sanitaires.

L'Opérationnalisation du Système d'Information en Gestion Logistique (SIGL) au Tchad a permis d'avoir une remontée, une centralisation et une analyse des données fiables à tout instant. Ces données permettent au Comité National de Coordination de Gestion des Approvisionnements et Stockage des Produits Médicaux (CNC-GASPM) de faire une bonne quantification et répartition efficace des médicaments au niveau national.

La mise en œuvre du modèle de distribution par réquisition assistée dans deux (2) provinces pilotes (Salamat et Kanem) des produits de la santé de reproduction a permis de renforcer les capacités des acteurs locaux et la disponibilité des produits. L'extension à 10 autres provinces permettra de tirer les leçons pour une mise à l'échelle au niveau national.

La mise en œuvre du plan de transformation de la chaîne d'approvisionnement des médicaments permet de renforcer les capacités en ressources humaines et matérielles de la chaîne d'approvisionnement et du SIGL.

Disponibilité des Médicaments Essentiels Génériques (MEG)

Les FOSA ne disposent pas de suffisamment de capacité financière pour garantir une disponibilité des médicaments, des vaccins et des consommables médicaux de qualité. Les dotations initiales en médicaments permettent de rendre disponibles les médicaments dans les structures sanitaires nouvellement créées. Les PTF complètent les efforts du Gouvernement en rendant disponibles les médicaments pour la prise en charge de certaines maladies prioritaires.

La CPA est dans l'incapacité de régler ses factures aux fournisseurs à cause du non-paiement des créances, surtout de la part de l'Etat. Cette situation crée des ruptures fréquentes de stock des médicaments dans les services de santé à tous les niveaux. Par ailleurs on note une insuffisance du budget national alloué pour l'achat et la distribution des médicaments essentiels. Le budget alloué annuellement par le gouvernement (Fonds médicaments) pour l'approvisionnement en médicaments des structures nouvellement créés est inconstant et varie d'une année à l'autre : 2018, 266 millions ; 2019, 700 millions ; 2020, un milliard et 2021, 600 millions.

La disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires est suivie grâce à une liste des médicaments traceurs régulièrement révisée. La situation des produits en 2015 et 2019 (enquêtes SARA) montrent que, plus de 80% des établissements détiennent les produits

d'utilisation courante : Ampicilline (98%), Amoxicilline (92%), Paracétamol (92%), Gentamicine (88%) Ocytocine (73%). Les spécialités telles que les antihypertenseurs, les antidiabétiques et autres ne sont disponibles que dans 1 à 10% des structures.

Selon le même rapport, la disponibilité moyenne des médicaments dans les formations sanitaires n'est que de 34%. Les hôpitaux et les CS ne disposent pas de tous les médicaments.

Accessibilité financière des MEG

L'arrêté N° 372 du 22 août 2014 portant tarification des prix des médicaments fixe les marges bénéficiaires sur les médicaments vendus par les PPA, les hôpitaux et les centres de santé. Mais les dispositions de cet arrêté ne sont pas toujours respectées. En outre, les dispositions du Gouvernement et des Partenaires Techniques et Financiers garantissent la gratuité ciblée des soins pour les maladies prioritaires.

Production locale de médicaments

La production locale est inexistante malgré la bonne volonté politique des autorités nationales.

Médecine et pharmacopée traditionnelles

En 2018, la politique nationale sur la médecine traditionnelle a été adoptée par le Gouvernement pour matérialiser l'engagement des autorités dans la valorisation de la médecine traditionnelle. Des directives sur l'enregistrement des médicaments issus de la médecine traditionnelle, ainsi que la charte nationale pour la protection des savoirs traditionnels et des droits de la propriété intellectuelle relative aux médicaments traditionnels ont été traduites en textes officiels.

La Division de la Médecine Traditionnelle a été érigée en Direction de la Pharmacopée et Médecine Traditionnelle. La loi sur la médecine traditionnelle et ses textes d'application sur la Médecine et la Pharmacopée Traditionnelle élaborés en 2004, réactualisés en 2016 et 2021 sont en cours d'adoption. Une convention tripartite a été signée dans le cadre de la valorisation de la médecine traditionnelle entre le MSPP, l'Institut de Recherche en Elevage pour le Développement (IREDD) et le Centre National de la Recherche pour le Développement (CNRD) en 2019. Un acte réglementaire portant création de l'unité de recherche pour la production des phytomédicaments a été pris en 2020.

L'exercice de la médecine traditionnelle est encadré par une note circulaire conjointe des Ministères en charge de la Santé publique, de la Justice, de la Communication, de l'Administration du territoire et de la Sécurité publique, portant interdiction des activités en public des tradipraticiens et la vente en ambulatoire des médicaments issus de la médecine traditionnelle. Un document de base de la monographie des plantes médicinales tchadienne a été élaboré en 2019.

Assurance qualité (AQ) des médicaments

Dans le domaine de l'AQ des médicaments, des progrès considérables ont été observés. Le MSPP dispose d'un plan d'assurance qualité triennale. La DGPML met en œuvre ledit plan à travers la Direction de la Pharmacie et du Médicament et la Direction du Laboratoire de Contrôle Qualité des Médicaments (LNCQM).

Le service de contrôle qualité des médicaments a été érigé en direction de laboratoire de contrôle qualité en 2021. Pour rendre opérationnel le LNCQM, du matériel de pointe a été acquis et remis au Ministère en charge de la Santé le 03 septembre 2019. L'accréditation ISO 17025 est en cours. Dans le secteur public, la Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA) veille sur la qualité des médicaments essentiels génériques importés. L'homologation se fait conformément aux règlements n° 05 de l'OCEAC. Un pool de comité d'experts et la Commission Nationale du Médicament sont constitués pour analyser les dossiers au format CTD (*Common Technical Document*). La liste nationale de MEG a été révisée et adoptée en mai 2022.

Vente illicite des médicaments et circulation des médicaments contrefaits

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

Les établissements tels que les dépôts pharmaceutiques et grossistes illégaux s'installent constamment de manière anarchique sans l'aval de l'Autorité de la Réglementation Pharmaceutique, exposant ainsi la population aux dangers liés à la consommation des médicaments d'origine douteuses. La porosité des frontières avec le flux des médicaments sans Autorisation de Mise sur le Marché tchadien (AMM) en provenance de tous les horizons explique cette situation.

Résistance aux antimicrobiens (RAM)

Le phénomène de la résistance aux antimicrobiens persiste toujours du fait de l'insuffisance des laboratoires d'analyse biomédicale disposant des unités de bactériologie pour réaliser les tests de sensibilité des germes aux antibiotiques et aussi du fait de l'utilisation irrationnelle des antimicrobiens dans le domaine de la santé humaine, animale, végétale et environnementale. Depuis 2019, le Tchad célèbre chaque année la journée Mondiale de la RAM. En 2020, le Tchad a adhéré au GLASS (Mécanisme Mondial de Suivi de la Résistance Antimicrobienne). Un plan national de lutte contre l'antibiorésistance est élaboré et adopté en septembre 2021, mais ce plan est très faiblement mis en œuvre. Un Comité National Multisectoriel « Résistance aux antimicrobiens » composé de 4 sous-comités techniques a été mis en place. Les ordinogrammes ont déjà été élaborés mais faiblement diffusés et nécessitent une formation des professionnels de santé à leurs utilisations. Une enquête sur l'antibiorésistance a été réalisée en 2021 dans 7 sites sentinelles (CHU d'Abéché, HP de Moundou, HP de Sarh, CHU-RN, CHU-R, Laboratoire

Miroir et Laboratoire Etalon). Selon l'étude seules les données de 4 sites ont été prises en compte. Il s'agit des laboratoires de : CHU-RN, CHU-R, Laboratoire Miroir et Laboratoire Etalon. Les résultats se présentent comme suit:

Pour les E. Coli testés avec les céphalosporines de 3^{ème} génération, sur 384 souches, 141 souches sont résistantes, soit 38%. Les mêmes souches testées avec du Fluoroquinolone, sur 348, 142 sont résistantes soit 37%. Pour le K. pneumoniae, sur 97 souches testées au carbapénèmes, 37 sont résistantes, soit 38%. Pour les autres, soit les données sont insuffisantes ou soit incomplètes³.

L'automédication en pleine expansion au sein de la population à cause de la large diffusion des médicaments de la rue au sein des communautés, contribue également au développement de la résistance à certaines molécules, notamment les antibiotiques et les antipaludiques.

Laboratoire de biologie médicale

La Direction de Laboratoire de Biologie Médicale a été créée en 2016 et la politique nationale de Laboratoire a été élaborée et adoptée en janvier 2019. Les documents de politique sanitaire intègrent les activités de laboratoire dans le PMA. L'avènement de COVID-19 a permis de relever le niveau de diagnostic par l'acquisition des équipements modernes de laboratoire et surtout de renforcer le niveau de la biosécurité de plusieurs dizaines de laboratoires impliqués dans le diagnostic de la COVID19. Un tableau de bord permet de suivre et d'évaluer le fonctionnement des laboratoires d'analyse biomédicale dans toutes les provinces.

Toutefois, il faut souligner :

- L'absence d'un mécanisme de contrôle de qualité et des prix des examens biomédicaux dans les laboratoires publics et privés ;
- Le manque de laboratoire national de santé publique ou des laboratoires de référence désignés afin de contribuer plus efficacement à la surveillance épidémiologique d'une part et à la recherche opérationnelle en santé d'autres part ;
- L'insuffisance dans la maintenance des équipements de laboratoire, la mise en œuvre de l'assurance qualité au laboratoire (procédures) et le système d'information au laboratoire.

Centre national de transfusion sanguine

Le centre national de transfusion sanguine a été créé par la loi 27/PR/96 du 11 octobre 1996. Il est placé sous la tutelle du Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique jusqu'à 2009. En 2009, un décret portant autonomie de gestion et nomination d'un directeur et son adjoint a été signé ainsi que l'arrêté n°377/PR/PM/MSP/SE/SG/CNTS/95 portant règlement intérieur du CNTS, le décret N° 409 / PR / MSP / 2000 portant statut du CNTS, l'arrêté N° 150 / M SP /

³Source : Rapport technique
PTEAO AFTCD2018566- 7.1- 72006

SG / DGAS / O4 portant réglementation du don de sang total et du traitement des produits sanguins au Tchad et le décret N° 280/PR/PM/MSP/2007 portant organisation de la transfusion sanguine.

Des efforts de décentralisation de la transfusion dans les provinces ont été faits avec la construction de quelques centres provinciaux de transfusion sanguine. Cependant, pour cause de déficit d'énergie électrique en continue, ces centres ne peuvent stocker du sang. Le don volontaire de sang est difficile au niveau des hôpitaux. Le plus souvent ce sont les parents eux-mêmes qui donnent du sang pour leurs malades.

2.1.7 PRESTATION DES SERVICES ET DES SOINS DE SANTE

Utilisation des services curatifs

Du point de vue curatif, on note une variation du nombre de nouveaux cas de 2017 à 2019. Le nombre de nouveaux cas a augmenté en 2018, puis a diminué en 2019. Le Taux d'utilisation des services a suivi le même mouvement. De 0,26 NC/hab./an en 2017, il a augmenté à 0,35 NC/hab./an en 2018 puis a diminué à 0,23 NC/Hab./an en 2019. Dans le manuel de référence sur la réalisation de l'enquête SARA, publié en 2013 (page 49), l'OMS fixe comme cible cinq (5) consultations externes par personne et par année, sans distinction du milieu. Cette situation pourrait s'expliquer par le coût élevé des soins, le mauvais accueil des malades dans les formations sanitaires, la faible capacité financière des populations, la faible accessibilité géographique aux services de soins, la réorientation de la gratuité des soins vers des soins ciblés, la faible qualité des soins offerts et la mauvaise organisation des services.

Tableau 9: Utilisation de la consultation curative au niveau des CS

| Utilisation | 2017 | 2018 | 2019 |
|--------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| Population | 15 778 415 | 16 346 438 | 16 934 910 |
| Total nouveaux cas | 4 196 635 | 5 648 040 | 3 984 861 |
| Taux d'utilisation | 0,26 NC /hab./an | 0,35 NC/hab./an | 0,23 NC/hab. an |

Source : Annuaires des statistiques sanitaires 2017, 2018 et 2019

Organisation des soins de santé primaires

- **Organisation des soins de santé au niveau communautaire**

Le but de la santé communautaire est de rapprocher davantage les services de soins aux bénéficiaires. Une prise en charge précoce à domicile permet d'éviter les complications dont la prise en charge est nécessairement plus chère en termes de temps et de ressources. Le cadre juridique pour le développement de la santé communautaire est renforcé par la mise en place de plusieurs actes officiels définissant la santé communautaire et ses attributions. Cependant, le statut juridique de l'Agent de Santé Communautaire (ASC) reste à définir. La stratégie

nationale de santé communautaire 2015-2018 arrivée à échéance a été faiblement mise en œuvre, faute du financement adéquat. Cette stratégie révisée en 2021, a été adoptée et accompagnée d'un nouveau plan stratégique 2021-2025 mais sans un plan de mobilisation des ressources financières. Il est à noter que le paquet d'intervention retenu pour être mené au niveau communautaire est divers et peu intégré, ce qui fait que les interventions verticales sont toujours de mise. Ainsi, Il existe aussi peu de synergie dans la couverture géographique des interventions car chaque programme intervient uniquement pour ses propres objectifs. C'est pourquoi, l'harmonisation et la révision des modules de formation des ASC, sont en cours. Jusqu'en 2021, environ 6 700 ASC ont été identifiées, formés et rendus opérationnels. Un outil de formation des COSAN et COGES est disponible depuis 2021. Il faut rappeler que l'engagement communautaire reste encore faible. (Sources : Plan stratégique santé communautaire 2021 – 2025)

- **Zones de responsabilités et Centres de Santé**

Sur le plan organisationnel, le pays est subdivisé en zones de responsabilité au premier niveau de la pyramide sanitaire. Une zone de responsabilité comprend une population entre 5 000 (zones de faible densité) et 10 000 habitants (zones à forte densité) autour d'un rayon de 10 km ou deux (2) heures de marche. Sur cette base, le pays devrait compter en 2021, 1 750 zones de responsabilité et donc autant de centres de santé. Or, en 2021 le système de santé dispose de 2207 zones de responsabilité dont 1915 sont fonctionnelles. Parmi ces ZR, certaines ne respectent pas les critères d'implantation et d'opérationnalisation des centres de santé (CS). Le taux de couverture théorique de la population est de 86,77 % en 2021. Sur le terrain on note que beaucoup de CS ne répondent pas aux normes, ne remplissent pas des conditions techniques minimales pour réaliser tout le PMA (Infrastructure inadaptée, population couverte très réduite, personnel non qualifié...). Trente (30) ans après le lancement de la politique basée sur le district sanitaire (adoption de DS en 1992), le PMA a été révisé plusieurs fois dont la dernière révision date de 2017, mais insuffisamment mis en œuvre dans certaines zones.

Le fonctionnement de beaucoup de CS n'est pas satisfaisant pour des raisons liées au plateau technique, aux ressources humaines et organisationnelles. Par rapport aux équipements, la plupart des CS n'ont pas vu leurs équipements renouvelés ces dernières années. Il existe encore quelques CS gérés par du personnel non qualifié. Au niveau de N'Djamena et dans d'autres grandes villes du pays, la population ne respecte pas les différents niveaux de soins car les CS ne fonctionnent qu'une demi-journée en dehors des CS revitalisés. En cas de besoin, la population est obligée de s'auto référer directement aux urgences des hôpitaux. Les hôpitaux se trouvent encombrés par des patients dont les pathologies pouvaient être prises en charge dans les CS ainsi que par des activités préventives et promotionnelles telles que le PEV, les accouchements simples, la panification familiale qui sont des activités du PMA. Il faut noter également que certaines structures privées ne rendent pas compte de leurs activités mensuelles au MSPP.

Un contrôle de tous les CS doit être fait afin de repérer ceux pouvant rester dans le plan de découpage et tous ceux qui ne correspondent pas aux critères définis et qui doivent être fermés car le taux de couverture actuelle de la population ne correspond pas à la réalité. Ainsi, le respect

des textes en vigueur dans la délivrance des autorisations de fonctionnement et le suivi doit être de mise. Aussi, un partenariat entre les structures privées, confessionnelles et le MSPP s'avère-t-il nécessaire pour la mise en œuvre des activités du PMA.

- **Hôpitaux de district**

L'hôpital de district assure la prestation des services de soins de santé primaires de deuxième échelon comme structure de référence pour les CS. Il met en œuvre le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) révisé en 2022. A noter que dans la plupart de ces hôpitaux de district, la mise en œuvre du 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 des services de diagnostic (laboratoire, imagerie, etc.). Au niveau national, bien qu'elles existent, les normes ne sont plus adaptées aux nouvelles technologies. Au niveau de N'Djamena, la situation est plus accentuée avec seulement un seul hôpital de district sur les cinq qui répond aux normes : il s'agit de l'HD de Gozator.

Selon l'enquête SARA de 2019, la disponibilité des services a été évaluée en fonction des neuf (09) actes chirurgicaux de base que sont : incision et drainage des abcès, parage chirurgical des plaies, prise en charge des brûlures aiguës, suture, traitement des fractures fermées, cricothyroïdotomie(Trachéostomie), circoncision, cure d'hydrocèle et insertion de drain thoracique. Cependant très peu de structures réalisent les interventions d'urgence comme le drainage thoracique (5%), la cricothyroïdotomie (2%), le traitement de la luxation (11%) et de la fracture fermée (9%). Cette situation s'explique d'une part par l'insuffisance du plateau technique et d'autre part par l'insuffisance de formation des médecins généralistes en chirurgie de base. A ce problème s'ajoute la quasi absence des anesthésistes dans les hôpitaux de district. Par ailleurs, le score moyen pour tous les éléments traceurs de chirurgie de base au niveau des établissements est de 47%. Et seulement 1% des établissements de santé dispose de tous les éléments traceurs pour les services de 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. Selon les types d'établissement, le score moyen de disponibilité est de 66% en 2015 et 92% en 2019 pour les hôpitaux nationaux, de 57% en 2015 et 79% en 2019 pour les autres hôpitaux. Le score est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural.

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 Couverture Santé Universelle (CSU). Leur mise en œuvre nécessite : (i) une plus grande autonomisation des personnes desservies par le secteur de la santé, (ii) une forte collaboration entre les usagers, les communautés et les prestataires des services de santé, (iii) une plus grande collaboration entre

les différents niveaux du système de santé, (iv) des réformes visant à mettre en place des dispositifs de financement qui contribuent à défragmenter les services de santé, et (v) des mécanismes de redevabilité aux bénéficiaires des soins.

La notion des soins de santé centrés sur la personne est assez récente et elle n'est pas suffisamment diffusée aux 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. Dans l'esprit de la réforme du système de santé, il a été créé une coordination du bureau central d'accès aux droits des patients (BCADP) qui a pour mission de promouvoir les droits et devoirs des patients et des prestataires des soins.

Equité dans l'offre des soins de santé primaires

Le système de district sanitaire a montré ses limites de l'offre de soins de santé primaires à toute la population. Afin qu'aucune population du Tchad ne soit oubliée, il a été mis en place un programme de santé ciblant les populations spécifiques de par leurs différents niveaux de vulnérabilité. C'est ainsi qu'un programme national pour la santé des populations nomades, insulaires et des zones d'accès difficile a été créé et mise en œuvre afin de leur offrir des soins adaptés au contexte. Ceci permet de pallier aux insuffisances du découpage sanitaire du pays qui a prévu l'implantation des services de santé dans toutes les provinces. En dehors des difficultés d'accès géographiques, des politiques ont été développées en faveur des populations les plus pauvres et les plus vulnérables (réfugiés, populations carcérales...) et certaines populations cibles (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans).

Pour faciliter un accès financier aux services de soins, des mécanismes de financement et stratégies ont été mis en place, notamment à travers la gratuité des soins ciblés aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de santé nomade.

Pour des raisons d'équité et de solidarité nationale, le Tchad a décidé de démarrer la mise en place des régimes de la CSU par le régime des personnes reconnues économiquement démunies à travers un régime dit « Assistance Médicale ou AMED ». Ce régime sera pris en charge par l'Etat de manière progressive puis il sera étendu aux autres catégories.

En 2019, une convention cadre a été signée entre le MSPP et le HCR pour l'intégration des structures de soins des réfugiés et des déplacés, dans le système de santé national.

Offre des services de soins de santé secondaire

Les prestations de soins de santé du niveau secondaire sont assignées aux HP. Ces derniers (HP) constituent la structure de soins de troisième recours et le niveau de référence pour les hôpitaux de district (deuxième référence). Selon les indications des soins de santé primaires, il doit exister un gradient technique entre les deux types d'hôpitaux. Son plateau technique supérieur à celui d'un hôpital de district doit lui permettre de prendre en charge des cas qui dépasseraient la compétence d'un HD. L'hôpital provincial 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 23 HP qui ne disposent pas tous des infrastructures appropriées et des spécialistes. A titre d'exemple, lors de la préparation au COVID-19, il a été constaté qu'aucun HP ne disposait de l'oxygène ou d'un appareil fonctionnel de ventilation du malade. Cette situation a été partiellement corrigée par l'achat des extracteurs d'oxygène, la réparation de la centrale à oxygène de l'HATC et l'acquisition d'une usine autonome de production d'oxygène.

Avec la réforme du système de santé en cours, il est prévu de créer des hôpitaux interprovinciaux censés être encore d'un niveau technique plus élevé pour éviter le transfert de certains malades jusqu'au niveau central. Il s'agit de 9 HP retenus dont 2 seront mis en œuvre en 2023 (Abéché et Moundou). Un protocole de références et de contre références appliqué aux formations sanitaires publiques et privées est en cours de validation.

Offre des services et soins de santé tertiaires

Le niveau tertiaire de référence est constitué de 4 CHU et de trois autres hôpitaux qui jouent le rôle de référence. Il s'agit de : l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN) devenu Centre Hospitalo-Universitaire de Référence Nationale (CHURN), l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME) devenu Centre Hospitalo-Universitaire mère et enfant (CHUME), l'hôpital de la Renaissance devenu centre Hospitalo-Universitaire Renaissance (CHUR) et l'hôpital de l'amitié Tchad/Chine (HATC). Les structures assimilées sont : le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) le Bon Samaritain, l'Hôpital Militaire d'Instruction (HMI) et le Centre National de Prévention et de Traitement des Fistules (CNPTF). Ces hôpitaux jouent le rôle d'hôpitaux universitaires et de centres de référence pour les hôpitaux des provinces. Leur capacité technique permet d'assurer la formation et la recherche médicale. La disponibilité des services spécialisés varie d'un hôpital à l'autre, ce qui leur permet d'être complémentaires.

Par rapport au plateau technique, ces hôpitaux doivent prendre en charge des malades référés du niveau secondaire. Cependant, on constate que les HN ont le même profil de malades que dans les HP ou HD, avec une surcharge de travail liée aux problèmes de santé tels que le paludisme simple, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, problèmes susceptibles d'être pris en charge par les HD et les CS. Ceci s'explique par l'incapacité des niveaux intermédiaire (HP) et périphérique (HD et CS) à assumer correctement leur mission, faute d'équipement adéquat, du personnel de santé qualifié et motivé, des prestations de soins de qualité et de l'insuffisance de l'information de la population.

La plupart des équipements des hôpitaux sont vétustes et demandent d'être renouvelés par manque d'entretien.

Par rapport au personnel, les HN disposent de plus de spécialistes que les HP. Concernant le plateau technique, seuls deux HN disposent d'un service de soins intensifs. Il s'agit du CHU-Renaissance et du CHU-RN avec une capacité totale d'une vingtaine de lits. Les HN comme le CHUME et l'HATC sont envahis par des accouchements normaux dont la plupart devrait être pris en charge dans les CS, mais ces derniers ne fonctionnent qu'une partie de la journée. Les HD devraient se concentrer davantage sur les grossesses à risque et les accouchements à risque qui sont référés par les CS.

Organisation et offre des services de santé du secteur privé

La part de structures du secteur privé dans l'offre des soins au Tchad:

Au niveau privé, il y a le privé confessionnel à but non lucratif et le privé à but lucratif qui comprend les cliniques, les cabinets médicaux et les cabinets de soins gérés par les paramédicaux. Cependant, leur hiérarchisation et leur nomenclature n'existent pas.

Mis à part le CHU Bon Samaritain, l'Hôpital NDA, l'Hôpital Roi Fayçal, l'Hôpital de Guinébor à N'Djaména et le Centre Advantiste de Moundou, tous les autres hôpitaux privés ont le statut d'hôpital de district. Les hôpitaux et les centres de santé privés confessionnels qui respectent le découpage sanitaire sont intégrés dans le Plan de développement sanitaire du Tchad. Ainsi, ils offrent des services au même titre que les formations sanitaires du secteur public.

En outre, il est souligné la création au sein de la Direction Générale de l'Organisation des Services de Santé et de la Qualité des soins (DGOSSQS), de la Direction des Normes, des Accréditations et de Labellisation qui s'occupe de la régulation et de la gestion des structures sanitaires publiques et privées. Cette direction a pour missions de définir, suivre la mise en œuvre et évaluer les politiques, stratégies et plans en matière des Normes, des Accréditations et de Labellisation. Elle est chargée entre autres de diffuser et garantir l'application des référentiels, normes, standards et procédures applicables aux différentes structures soumises à l'accréditation et la labellisation et d'assurer l'accréditation et la labellisation des établissements sanitaires et autres tels que les officines pharmaceutiques, les laboratoires cliniques...

En février 2019, a eu lieu à Addis-Abeba, une réunion de l'Union Africaine (African Leadership Meeting, ALM) à l'issue de laquelle une déclaration a été prise. Cette Déclaration de l'Union africaine intitulée « Engagement d'Addis-Abeba en vue d'une responsabilité partagée et d'une solidarité universelle pour un financement accru de la santé », également connue sous le nom de Déclaration ALM. Elle vise à renforcer la coopération entre les secteurs public et privé pour un système de santé durable, efficace, efficient et équitable pour tous, et à préserver la sécurité sanitaire en Afrique. Un élément essentiel à la mise en œuvre de la Déclaration ALM est de comprendre la contribution du secteur privé aux soins de santé dans les différents pays.

Au Tchad où la mobilisation du secteur privé aux prestations de santé constitue une préoccupation, il se pose des questions quant à :

- La problématique de rapportage des activités des structures du secteur privé avec envoi régulier des rapports d'activités à la DSIS;
- Le respect des normes en matière d'infrastructures, d'équipements, des ressources humaines (qualification, tarifications des actes) ;
- L'existence d'un cadre de coordination formelle entre le public et le privé.

Il est à noter que dans la perception d'une partie de la population, ces formations sanitaires offrent souvent des prestations de qualité meilleure. Mais, face à la conjoncture financière actuelle défavorable, certains de ces hôpitaux, notamment les confessionnels éprouvent des difficultés car les ressources extérieures dont elles bénéficiaient deviennent de plus en plus rares, ce qui les oblige à solliciter l'appui de l'Etat pour leur fonctionnement.

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 hôpitaux de district pour des soins qui dépassent leur compétence (cahier de charge). L'hôpital de district adresse aux médecins spécialistes des hôpitaux provinciaux les malades dont l'état nécessite une prise en charge spécialisée. Il en est de même des hôpitaux provinciaux qui orientent les malades au niveau des hôpitaux nationaux. Après sa prise en charge, le patient référé peut être réorienté avec une fiche de contre référence pour la continuité des soins au service d'origine. Ce système de référence et de contre référence garantit la disponibilité de l'information sur le malade tout le long du parcours de soins. Cela fait gagner du temps aux malades et permet un bon suivi. Pour que cela fonctionne bien, il faut un gradient technique réel entre les niveaux et de prise en charge et que chaque niveau se limite aux activités qui lui sont destinées et réoriente le malade vers le niveau de prise en charge le plus approprié.

Dans la pratique, la contre référence n'est pas presque pas réalisée. Au niveau urbain, le non-respect des échelons de soins par les malades et les professionnels de santé, entraîne le dysfonctionnement du système avec une autoréférence des malades jusqu'au niveau des HD, voire dans les HP et HN pour un mal de tête par exemple. La conséquence est la surcharge de certains hôpitaux comme les hôpitaux nationaux.

Afin de faciliter le transfert des malades, la plupart des hôpitaux et quelques centres de santé ont été dotés des ambulances. Cependant, il faut noter que les moyens d'entretien et la prise en charge des chauffeurs de ces ambulances n'ont pas été prévus. En dehors de cela, les ambulances sont utilisées pour autres déplacement des équipes cadres par manque de véhicule de transport.

Santé de la reproduction

La mortalité maternelle reste très élevée au Tchad avec un taux de 860 pour 100 000 NV. Cette forte mortalité maternelle est due à l'insuffisance de l'offre de soins maternels de qualité, à la faible utilisation des services et aux pesanteurs socio-culturelles.

En ce qui concerne *l'offre de services*, elle est liée à: (i) l'éloignement des formations sanitaires ou le manque de routes pour atteindre les formations sanitaires ; (ii) l'insuffisance et l'inadéquation des infrastructures et des équipements; (iii) l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel de santé ; (iv) la faible disponibilité en médicaments et consommables médicaux ; (v) l'insuffisance ou manque de couverture en services de SONU ; (vi) l'insuffisance des interventions à base communautaire en lien avec la santé de la mère et de l'enfant, (vii) au mauvais accueil des patients, au non-respect de l'éthique, la stigmatisation, (viii) la faible disponibilité des ressources humaines féminine dans les services de maternités et (ix) l'inaccessibilité financière et socioculturelle...

La demande de soins demeure insuffisante. Cela est due à (i) l'insuffisance d'information, de sensibilisation et de mobilisation de la population en faveur de l'utilisation des services de santé de reproduction ; (ii) l'absence de mécanisme alternatif de financement de la santé ; (iii)

l'insuffisance de l'intégration des services, (iv) le faible niveau de scolarisation et d'alphabétisation des femmes et des jeunes filles.

Les facteurs socio-culturels constituent un lourd tribut dans la forte mortalité maternelle. Il s'agit entre autres de : (i) le mariage des enfants, (ii) les accouchements rapprochés, précoces et tardifs, (iii) le nombre élevé des grossesses (plus de 6 par femme), (iv) le manque de pouvoir décisionnel des femmes pour leur santé et (vi) le recours aux soins traditionnels.

Services de Planification Familiale

La planification familiale (PF) est une intervention à haut impact qui permet : de planifier les naissances, de maîtriser une croissance démographique rapide en vue de la capture du dividende démographique, de prévenir des grossesses non désirées, de lutter contre la mortalité maternelle et néonatale, etc. Il convient de noter que le niveau de fécondité observé au Tchad, demeure l'un des plus élevés au monde⁴. Le MSPP a révisé et adopté le document de politique de la PF en 2021, ensemble avec tous les documents de formation des facilitateurs et des prestataires sur la PF. Le Tchad a adhéré en 2017 au partenariat mondial FP 2020 (Family Planning 2020) qui a permis de mobiliser de nouveaux partenaires et de ressources en faveur de la planification familiale. Ce partenariat/engagement est en cours de renouvellement pour la période 2020-2030 sous l'appellation partenariat mondial FP2030. Le Tchad fait aussi partie des 45 pays bénéficiaires du programme UNFPA SUPPLY Partnership de sécurisation en produits de santé de la reproduction.

Au Tchad, en dépit des actions menées par le MSPP et ses partenaires, la prévalence contraceptive globale est de 8,1% pour les méthodes contraceptives modernes et traditionnelles en 2019 selon MICS 2019. Elle reste parmi les plus faibles du monde à cause de pesanteurs socioculturelles, faiblesse de sensibilisation et faible disponibilité des produits contraceptifs etc.

Soins prénatals recentrés

La consultation prénatale recentrée (CPNr) a pour but d'identifier, de surveiller et de prendre en charge la femme enceinte et son enfant, de détecter et initier la prise en charge des pathologies sous-jacentes et des complications liées à la grossesse, de dépister des affections et maladies telles que l'anémie, les Infections Sexuellement Transmises (surtout la syphilis), l'infection au VIH. Elle permet de donner des conseils sur la planification familiale et l'accouchement.

Le taux de couverture CPN1 est passé de 59,59 % en 2019 à 62% en 2021. Ce taux est en deçà de la cible nationale qui est de 75%. Ce taux n'a pas beaucoup évolué durant les cinq (5) dernières années du PNDS3. Il faut souligner qu'à travers ces données, l'accessibilité aux services de CPNr est satisfaisante dans quelques DPSP (80-100%). On note cependant de nombreuses déperditions qui entraînent une baisse de la couverture en CPN4+ qui n'est que 31,83% alors que la cible nationale en 2021 est de 50%.

⁴l'ISF est de 6,4 à l'enquête MICS 2019

Par rapport à la disponibilité des services à offrir, le service de CPN, 96% des établissements offrent la CPN dont 97% des CS. Pour ce qui est de la capacité opérationnelle des services de soins prénatals, 2% d'établissements de santé disposent de tous les éléments indispensables pour les soins prénatals contre 1% en 2015. (SARA 2019).

Services de prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME)

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) est un domaine prioritaire de la lutte contre l'infection au VIH/SIDA au Tchad. Son objectif est de réduire la transmission de l'infection au VIH de la mère à l'enfant. Cette transmission peut se faire pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et l'allaitement maternel. Les stratégies proposées pour réduire la propagation du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, visent à intégrer progressivement ces activités dans toutes les consultations prénatales, lors des accouchements ou à la consultation post partum. La PTME comprend des actions sur la mère (femme enceinte) et l'enfant dès sa naissance. Toute femme enceinte devrait bénéficier du dépistage VIH et celle trouvée séropositive mise sous traitement antirétroviral durant la grossesse, à poursuivre après celle-ci, pour le reste de sa vie, conformément à la politique nationale. Pour l'enfant qui naît d'une mère séropositive, il doit dès la naissance recevoir à son tour le traitement antirétroviral préventif, puis, être testé le plus tôt possible, entre 0-2 jours ou encore entre 4 à 6 semaines de vie.

Selon l'enquête SARA (2019), globalement, 87% des établissements offrent des services de PTME contre 57% en 2015. Les services de conseil et le dépistage pour les femmes enceintes VIH+ et de dépistage VIH aux enfants nés de mères VIH+ sont offerts respectivement dans 86% et 80% des établissements contre 59% et 47% en 2015. Le traitement ARV chez les femmes enceintes VIH+ est de 71,45% en 2020. Le pourcentage des enfants nés de mères séropositives testés précocement au PCR est de 24,6%. Il y a une forte extension de la PTME dans plusieurs services entre 2015 et 2020. Selon le rapport annuel PTME 2021, sur une cible de 7 000 femmes en ceintes qui auraient besoin d'ARV, 6 602 ont été dépistées et connaissent leur statut sérologique soit 95,5%. Environ 6 196 de ces femmes dépistées positives ont été mises sous ARV, soit un taux de 88,51%.

Sur une cible de 6 790 enfants exposés, 2 996 sont nés de mères séropositives, soit un taux de 39,70%. Parmi ces enfants nés de mères séropositives, 2 522 ont bénéficié de la prophylaxie ARV, soit un taux de 37,14%, 2 784 dépistés et 357 testés positifs (12,82%) et mis sous traitement ARV. Par rapport au dépistage précoce (2 à 6 semaines) des enfants exposés, 1 074 (39,85%) en ont bénéficié. Sur une cible de 14 000 enfants de 0 à 14 ans, 3 374 ont bénéficié des ARV, soit un taux de 24,31%.

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base

Lorsqu'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) l'administration parentérale d'antibiotiques, ii) l'administration parentérale d'ocytociques, iii) l'administration parentérale d'anticonvulsivant, iv) l'accouchement assisté par voie basse, v) l'extraction

manuelle du placenta, vi) l'évacuation des produits résiduels ou débris ovulaires et vii) la réanimation néonatale (33%).

La disponibilité moyenne des soins obstétricaux offerts est de 76% des établissements contre 92% en 2015 et 94% des établissements offrent un service d'accouchement contre 92 en 2015. La disponibilité moyenne des soins obstétricaux offerts est de 76% et celle des soins néonataux offerts est de 42%. (SARA 2019)

Par rapport à 2015, des progrès importants ont été faits concernant le nombre de lit d'accouchement. Le nombre d'établissements qui en sont dotés est passé de 64% à 74%, le partogramme de 35% à 45% et l'administration du Sulfate de magnésium de 29% à 50%. La progression des équipements de réanimation néonatale au niveau de maternité reste faible et sous utilisé là où cela existe. En effet, selon l'enquête SONU 2018, 55% seulement des formations sanitaires disposent du matériel de réanimation du nouveau-né. Les trousse de réanimation néonatales sont observées dans les hôpitaux nationaux et provinciaux.

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets

Selon les évaluations nationales SONU au Tchad (2018), la disponibilité et la capacité opérationnelle des formations sanitaires en SONUB et SONUC sont loin d'atteindre la cible de 100% en 2021. Car en 2018, il n'existe qu'une seule formation sanitaire SONU pour 544 084 habitants, ce qui est en-deçà de la norme qui est d'un SONU pour 500 000 habitants. Jusqu'en 2019, le Tchad ne disposait que de 29 formations sanitaires SONU sur 129 attendues parmi lesquelles on dénombre 4 SONUB et 25 SONUC. Cette situation montre que le pays est encore loin de couvrir les besoins en SONU.

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) prennent en compte, en plus des éléments des SONUB, la transfusion sanguine et la césarienne. Lorsqu'une structure fournit tous les neuf (9) services ou fonctions, elle est dite structure de SONU complets ou SONUC.

Les hôpitaux de 3ème niveau qui assurent à la fois la césarienne et la transfusion sanguine représentent 57%. Les autres hôpitaux pratiquant la césarienne offrent entre 91% et 95% la transfusion sanguine (Source : enquête SARA 2019).

Prise en charge des fistules obstétricales

La fistule obstétricale qui est l'une des formes les plus sévères de la morbidité maternelle touche toutes les régions du Tchad. La problématique de la fistule va au-delà des aspects sanitaires car la plupart des victimes de la fistule obstétricale vivent un drame social. La proportion de femmes déclarant souffrir ou avoir souffert d'une fistule est de 2,1% selon l'EDS-MICS 2014-2015. La prise en charge est réalisée en continue au Centre National de Traitement de Fistules (CNTF) de N'Djamena et à l'Antenne d'Abéché. Trois (3) autres antennes sont ouvertes à Sarh, Moundou et Mao qui accueillent des missions ponctuelles. Les prestations disponibles sont, entre autres la CPN, la maternité, la PF, les soins gynécologiques et la prise en charge de la fistule obstétricale et les activités de réinsertion sociale. La coordination est assurée par le Centre national de prévention et de traitement des Fistules de N'Djamena.

La Lutte contre les Fistules Obstétricales est basée sur trois (03) axes suivants : i) la Prévention (l'éducation de la population, la surveillance de l'accouchement par un personnel qualifié, la gratuité de la césarienne), ii) le traitement gratuit des cas (257 femmes en 2019 et 243 en 2020) et iii) la réinsertion sociale des femmes victimes de fistule (couture, teinture, tissage...).

Un nouveau Plan stratégique national de lutte contre la fistule obstétricale 2018-2022 a été élaboré. Les principaux problèmes relevés sont: 1) l'absence d'un cadre de coordination des interventions des partenaires, 2) une faible accessibilité des bénéficiaires du fait que les centres spécialisés ne sont que deux (Abéché et N'Djamena) qui sont permanents, 3) les services existants n'assurent pas les soins de manière permanente car les antennes n'accueillent que des missions périodiques, 4) le manque de ressources humaines (seul 08 médecins dont trois gynécologues, 3 urologues, 2 médecins généralistes, sont formés à la prise en charge des fistules), 5) l'insuffisance des ressources financières et matérielles, 6) les travaux de construction du nouveau site de CNTF de Farcha répondant aux normes sont toujours suspendus.

Santé infantile et néonatale

Selon l'enquête MICS 2019, le taux de mortalité infanto-juvénile est de 122 pour 1000 NV, le taux de mortalité infantile est de 76 pour 1000 NV et celui de la mortalité néonatale de 33 pour 1000 NV. Les principales causes de la mortalité infantile comprennent les causes néonatales (prématurité et retard de croissance intra-utérin, asphyxie et infections néonatales), le paludisme, les pneumonies, les maladies diarrhéiques et la malnutrition. A côté de celles-ci, on peut encore citer les maladies évitables par la vaccination, notamment le tétanos néonatal, la rougeole et la méningite. Les principales causes de la mortalité des enfants de moins de 5 ans devraient être prises en charge en première intention au niveau communautaire mais cela reste encore faible.

Alors que le Tchad a adopté plusieurs interventions à haut impact sur ces différentes causes de mortalité, les faiblesses persistantes dans l'offre et l'utilisation des services de soins aux enfants expliquent les niveaux élevés de ces décès.

Services de la vaccination

Les taux de couverture administrative en Penta 3 et de VAR étaient respectivement de 92% et de 85% en 2017 selon (Ann. 2017). En 2019, ces taux sont respectivement de 81% et 68,88% selon l'annuaire statistique. Les résultats de l'enquête MICS-2019 donnent des taux de 65% pour le Penta 3 et 57% pour le VAR. La cible attendue est de 90% pour 2021. Ces couvertures administratives sont de loin supérieures aux couvertures estimées par les données de l'enquête MICS-2019.

Avec l'acquisition actuelle de 1 155 réfrigérateurs solaires, le besoin en chaîne de froid est satisfait à 75%. Le Tchad est en continuelle amélioration de la disponibilité en chaîne de froid. Cependant, la question de la maintenance reste une préoccupation.

Tableau 10 : Taux de couverture des structures sanitaires en équipements de chaîne de froid.

| Désignation | Nombres | Observations |
|--|---------|--|
| Structures sanitaires fonctionnelles | 2054 | Source : DSSIS (2022) |
| Structures sanitaires ayant un réfrigérateur homologué (Décembre 2021) | 972 | Installations des équipements de BMGF, UNICEF, BM, CCEOP |
| Taux de couverture (Décembre 2021) | 47% | |
| Structures sanitaires ayant un réfrigérateur homologué (Mai 2022) | 1830 | 858 équipements des projets CCEOP, RSS installés entre Janvier et Mai 2022 |
| Taux de couverture en chaîne de froid (Mai 2022) | 89% | Sources : Rapport PEV |
| Prévision Couverture fin 2022 | 96% | 150 Installations à finaliser des projets RSS, CCEOP et Projet Japonais |

Source : Equipe logistique PEV, rapport d'installation des équipements chaîne de froid.

Les vaccins de routine sont disponibles dans 78% à 90% des structures sauf le BCG qui n'est disponible que dans 70% (SARA 2019). L'achat des vaccins est fait selon deux mécanismes à savoir l'achat des vaccins traditionnels par l'Etat et les nouveaux vaccins par un cofinancement Etat-partenaires qui n'est pas souvent honoré à temps par le gouvernement. Bien que la ligne budgétaire dédiée à l'acquisition des vaccins et des consommables de vaccination existe, la mobilisation des ressources à temps de l'Etat soit pour honorer ses engagements de cofinancement, soit pour les vaccins dont il assure seul l'achat reste un problème.

Pour ce qui est de la capacité opérationnelle des services de vaccination de l'enfant, les directives sont disponibles dans 75% des HN, 65% des HD et 64% des CS. Le personnel formé est disponible dans 75% des HN, 60% des HD et 76% des CS. Il y a plus de personnel formé en PEV en milieu rural qu'urbain (77% contre 70%) ; Il y a plus de réfrigérateurs en milieu urbain que rural (74% contre 59%) (SARA 2019).

Tableau 11 : Evolution des taux de couvertures vaccinales entre 2015 et 2020 et 2021

| | Résultats 2015 | Résultats 2017 | Résultats 2019 | Résultats 2020 |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Taux de couverture en Penta 3 | 33% | 75% | 81% | 83% |
| Taux de couverture en VAT 2+ | 72% | 69% | 69% | 74% |
| Taux de couverture en VAR | 70% | 68% | 69% | 75% |

(Sources : Wuenic administrative 2021)

En plus de la vaccination de routine, le pays organise des campagnes de vaccination de masse à visée préventive ou riposte à une maladie donnée en fonction de la situation épidémiologique.

Consultation des nourrissons sains

Le Suivi de croissance des enfants est l'une des activités clés d'un centre de santé mais cette activité n'est pas maîtrisée par l'ECD et donc par le personnel des CS. Elle a une répercussion dans le faible taux de dépistage de la malnutrition légère et sa prise en charge précoce au niveau des CS. La couverture théorique de la consultation préventive enfant est de 21,37% mais la plupart de ces enfants ne sont pas suivis avec une courbe de croissance. Parmi les enfants vus

à la CPE, 88,6% ont été déparasités au Mébendazole, 90,3% ont reçu de la vitamine A. Plus de 13,5% des enfants de moins de cinq (5) ans vus à la CPE se sont révélés malnutris dont 4% étaient des cas sévères. (Rapport PCIME 2021).

Prise en charge intégrée de la maladie de l'enfant

○ Services de santé de l'enfant : Soins préventifs et curatifs

Les soins préventifs et curatifs chez l'enfant font référence aux soins qui sont offerts gratuitement aux enfants de moins de cinq (5) ans et qui permettent de leur assurer une bonne croissance. Le diagnostic et la prise en charge curative des maladies de l'enfance se font dans les CS comme dans les hôpitaux alors que la surveillance de la croissance de l'enfant se fait exclusivement dans les CS. Il est à noter que la prise en charge des trois maladies tueuses de l'enfant (pneumonie, diarrhée, paludisme) ainsi que le dépistage de la malnutrition aiguë sévère se font aussi en communauté par les ASC.

Selon l'enquête SARA 2019, l'offre des services de soins préventifs et curatifs pour les enfants de moins de cinq (5) ans est disponible dans 100% des formations sanitaires. Le traitement du paludisme est assuré par 100% des formations sanitaires, celui de la pneumonie par 98%, l'administration d'amoxicilline pour le traitement de la pneumonie chez les enfants par 97%. Le diagnostic de la malnutrition est offert dans 90% des formations sanitaires. Le service le moins disponible est la supplémentation en Zinc + SRO pour la prise en charge de la diarrhée (65% des formations sanitaires), ce qui est le double par rapport à 2015.

Dans le cadre de la PCIME, il est recommandé que les cas de déshydratation liés aux diarrhées soient traités au SRO et au zinc. Le défi majeur pour la mise en œuvre de cette politique est la rupture fréquente des intrants (SRO et Zinc) et son coût qui est légèrement élevé pour les familles modestes.

La surveillance de la croissance de l'enfant est assurée par 68% d'établissements mais le contenu doit être revu.

Pour la PCIME, 46% des établissements disposent des directives et 43% du personnel de santé formés contre 41% et 36% en 2015. Seuls 28% du personnel est formé sur la surveillance de la croissance des enfants.

○ Prise en charge de la malnutrition

Le Taux de prévalence de la malnutrition aiguë (MA) chez les enfants de moins de 5 ans était de 11,9% (SMART 2016) pour un objectif de 8% en 2021. En 2020, le taux de prévalence de la malnutrition aiguë est de 10%. La prévalence de la malnutrition chronique au niveau national en 2021 est de 30,4%. Elle est restée quasiment la même qu'en 2020 (30,5%). Bien que non significatifs, les résultats montrent une très légère tendance à la baisse de la malnutrition chronique au niveau national depuis 2017 (32,4%). De manière globale, un peu moins d'un tiers des enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance dont environ 12% souffrent de la forme sévère.

Au niveau provincial, il existe des disparités assez marquées : douze (12) provinces présentent des prévalences très élevées selon la classification de l'OMS ($\geq 30\%$). Au même titre que l'année 2021, la prévalence la plus élevée est observée dans la province du Logone Occidental avec 39,5% et la plus faible prévalence dans la province du Moyen Chari avec 17,8%.

L'analyse au niveau national de la prévalence de la malnutrition aiguë selon la tranche d'âge (SMART 2021) montre que les enfants âgés de 6 à 23 mois sont significativement plus affectés que les enfants de 24 à 59 mois (15.1% dont 3.6% de cas sévères chez les enfants âgés de 6-23 mois contre seulement 8.7% dont 1.2% de cas sévères chez les enfants âgés de 24 à 59 mois).

Par rapport à la prise en charge de la malnutrition, en 2021, sur 2052 formations sanitaires publiques et privées confessionnelles (Goundi, NDA, Maingara, Bébédja, Wallia, CHU Bon Samaritain, Biobé...), le pays compte 841 unités nutritionnelles ambulatoires (UNA) contre 754 en 2019, 52 unités nutritionnelles thérapeutiques (UNT) contre 44 en 2019, 424 unités nutritionnelles de soins (UNS) contre 433 en 2019. Il y a 298 FARNE (Foyer d'apprentissage, de rééducation nutritionnelle et Eveil) dans 5 provinces qui sont le Kanem, le Lac, le Batha ; le Guéra et le Barh El Gazal).

Au cours du PNDS 3, la mise en œuvre des stratégies de lutte contre les déficiences en micronutriments a porté notamment sur : l'iodisation universelle du sel, la supplémentation en Vitamine A, la fortification à large échelle de l'huile en vitamine A et des farines de blé et de maïs en complexe vitaminique B. La supplémentation en vitamine A et le déparasitage au Mébendazole se font le plus souvent en campagne de masse, deux fois l'an. Parfois ils sont couplés aux activités de vaccination. La couverture en Vitamine A pour les enfants de 6-59 mois est de 86,03%. (Annuaire des statistiques sanitaires 2019). Pour la disponibilité des micronutriments, plusieurs initiatives locales (y compris deux entreprises) sont initiées à la production locale des aliments enrichis.

Services de santé de l'adolescent

Les services de santé de l'adolescent sont un ensemble de services offerts aux personnes âgées de 10 à 19 ans. Il s'agit de la santé génésique des adolescents qui est assurée par le programme de la santé de la reproduction et de la médecine scolaire, universitaire et sportive. Le Plan stratégique de Santé et Développement des Adolescents et des jeunes (2019-2024) a été élaboré, validé et adopté en 2019, mais n'est pas encore mis en œuvre. Néanmoins, il existe le manuel de référence et le guide du facilitateur de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes élaborés et validés en 2021. Le pays a aussi développé les manuels de référence en éducation à la vie et à la santé de la reproduction qui ont été lancés officiellement en 2022.

L'indice synthétique de fécondité pour les trois années ayant précédé l'enquête MICS 2019 est estimée à 6,4 enfants par femme. Le niveau de la fécondité est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (6,8 contre 4,8). Environ 3,1% des jeunes femmes âgées de 20-24 ans ont donné une naissance vivante avant l'âge de 15 ans et 43,3% avant l'âge de 18 ans. Cette entrée précoce dans la vie sexuelle favorise la morbidité et la mortalité chez la femme. Elle est accentuée par un niveau élevé d'analphabétisme de 78% dont 89% chez les femmes en 2020 comme affirmé

par le Ministère de l'éducation nationale et de la promotion civique⁵. A cela s'ajoutent les facteurs socioculturels dont le tabou autour de la sexualité limitant l'accès à une bonne éducation sexuelle, le mariage des filles avant l'âge de 15 ans avec un taux accentué 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 SARA 2019, les services de santé de l'adolescent sont offerts par 50% des établissements mais les services de PF pour les adolescents ne sont disponibles que dans 29% des établissements et seuls 17% prescrivent les pilules contraceptives. De façon spécifique, 52% offrent le conseil et dépistage volontaire du VIH, 42% les préservatifs, 37% les contraceptifs oraux combinés et 30% le TARV. L'offre de service de santé de l'adolescent est de 49% dans les CS et 65% dans les hôpitaux HP/HD⁶.

Services de santé des personnes âgées

Il n'existe pas à ce jour une stratégie nationale sur la santé de personnes âgées. Au niveau des hôpitaux on note l'absence de service de gériatrie. Cependant, il existe des associations qui sensibilisent sur l'importance de la santé des personnes âgées et leur prise en charge par les services publics.

Communication

La communication permet de créer des relations internes et externes pour le compte du ministère. Elle doit être un outil d'information, de sensibilisation des individus, des organisations et des communautés aux questions relatives à la santé à travers les médias et de stratégies de communication. Il existe une direction, des services et sections de la communication. Cependant, par manque d'un plan de communication du ministère de la santé publique et de la prévention, chacun évolue en solo. Et aussi, la direction se focalise plus sur les activités du cabinet du ministre. Il serait judicieux d'étendre les interventions de cette direction afin qu'elle puisse élaborer des documents et concevoir des stratégies sur des préoccupations pour une meilleure utilisation de la population des services de santé en vue d'atteindre les objectifs des ODD et CSU.

Lutte contre la maladie

1) Lutte contre les maladies transmissibles

- **Lutte contre le paludisme**

Prévalence du paludisme

Selon l'ENIPT 2017, la prévalence du paludisme était de 40,9% au sein de la population générale. Le Paludisme demeure un problème majeur de santé publique car, il représente en

⁵Source : Alwihda Info 9 septembre 2020

⁶Sources : Enquête SARA 2019

2021, la première cause de consultation avec 42% des cas. Il est aussi la première cause d'hospitalisation avec 38% des cas. Enfin, le paludisme est la première cause de décès hospitaliers avec 31% de l'ensemble des causes des décès (Annuaire 2019).

Prise en charge des cas

Sur le nombre total de 4 776 884 cas de malades enregistrés aux consultations (toutes causes confondues), 2 009 165 sont des cas suspects de paludisme dont 1 592 385 testés et 1 028 800 cas confirmés par le TDR ou le frottis en 2021.

Au niveau communautaire, le nombre de cas de paludisme simple suspecté et enregistré est passé de 325 134 en 2017 à 556 850 en 2019, 470 274 en 2020 et 501 060 en 2021. De ceux-là, le pourcentage des cas confirmés et pris en charge correctement est de 93,8% en 2017, 97% en 2019, 96% en 2020 et 97% en 2021 selon rapport du PNLP 2021.

Prévention du Paludisme

Une campagne de distribution de MILDA a été organisée en 2020 dans 17 des 19 DPSP éligibles. Les provinces de N'Djamena et Bahr El Gazal qui devraient couvrir l'Etat ont été planifiées en 2021. Mais seule la province de N'Djamena en a bénéficié. Au total 9 000 000 de moustiquaires ont été distribués contre 6 933 891 lors de la campagne de 2017. En 2021, au total 19 927 903 personnes dénombrées dont 4 506 768 ménages ont reçu 9 672 262 MILDA. En routine, 613 700 moustiquaires ont été distribués en 2019 et 451 482 en 2020 aux femmes enceintes et aux enfants de – 5 ans. En 2021, les FOSA ont distribué 564 393 MILDA (451 482 en 2020), dont 235 183 (183 293 en 2020) aux enfants de 0 – 11 mois (42% du total) et 329 210 (268 189 en 2020) aux femmes enceintes (58%). La couverture en MILDA pour la campagne de distribution de masse (CDM) en 2020 est de 95% dans les 63 districts sanitaires cibles. En complément de la campagne 2020, la couverture en MILDA pour la campagne de distribution de masse en 2021 est de 97% dans les 5 districts sanitaires de la ville de N'Djamena. Pour la distribution de routine, la couverture est de 59% en 2020 chez les femmes enceintes contre 58% en 2021, et 41% en 2020 chez les enfants de moins d'un an contre 42% en 2021.

Les campagnes de chimio prévention saisonnière (CPS) organisées en 2020 et la couverture en CPS chez les enfants en 2020 est de 88,8%. Une campagne de chimio-prévention saisonnière contre le Paludisme chez les enfants de 3 à 59 mois a été réalisée en 2019, 2020 et 2021 dans 42 et 62 districts sanitaires cibles. Plus de 1 638 905 enfants ont été couverts en 2019, 2 177 556 en 2020.

La couverture de traitement préventif intermittent (TPI 1) est passée de 79% en 2017 à 82% en 2020 et 80% en 2021, celle de TPI 4 est passée de 8% en 2017 à 16% en 2020 et 2021, toutefois ce taux reste toujours très faible.

Par rapport à 2015, selon l'enquête SARA, il y a un renforcement du diagnostic et du traitement curatif ou préventif du Paludisme. Toutes les formations sanitaires offrent des services de diagnostic et de traitement du paludisme (100%). Le diagnostic du paludisme basé sur le test rapide de diagnostic est passé de 93% à 99%, les symptômes de 93% à 96%. De même, 99% des établissements de santé sont à mesure de faire la confirmation du paludisme (test de

dépistage rapide ou goutte épaisse) contre 96% en 2015. La microscopie n'est pratiquée que dans 23% des services. Le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte est offert dans 93% des formations sanitaires contre 87% en 2015. On note une forte capacité de diagnostic (95%) et de traitement du paludisme : 74% du personnel est formé et 61% des structures disposent des directives pour le diagnostic et le traitement du paludisme. Pour le TPI, 48% des établissements disposent de personnel formé et des directives. Les produits pour la prise en charge sont disponibles : 71% d'anti palustre et 83% de TPI.

Après l'évaluation du Plan stratégique 2014-2018, un nouveau Plan stratégique couvrant la période 2019-2023 a été élaboré. Une étude a été réalisée sur l'efficacité et l'innocuité de l'association Artésunate-Amodiaquine (ASAQ) versus Artémether-Luméfántrine (AL) dans trois districts sanitaires : Dourbali, Mondo et Massakory situés respectivement dans les DPSP du Chari Baguirmi, Kanem et Hadjer-Lamis, chez les enfants âgés de 6 à 59 mois pour le traitement du paludisme à *Plasmodium falciparum* non compliqué en 2019. La même étude a été réalisée dans les DS de kélo, Doba et Koyom dans les DPSP de la Tandjilé, du Logone Oriental et Mayo Kebbi Est. Les résultats ne sont pas encore disponibles.

- **Lutte contre la Tuberculose**

Le taux d'incidence de la tuberculose estimé par l'OMS en 2021 est de 144 cas pour 100 000 habitants (Rapport mondial 2021 de l'OMS sur la TB), ce qui donnerait 24 919 cas de tuberculose attendus en 2021. Cependant, 13 643 cas de tuberculose ont été diagnostiqués en 2021 et répartis comme suit : 68% chez les hommes et 32% chez les femmes. Le gap des cas attendus est de 11 276 soit 45%. La proportion des enfants de moins de 15 ans sur l'ensemble des cas représente 6,4%.

La pandémie de la COVID-19 a eu un impact sur le dépistage et la notification des cas de tuberculose, surtout aux premiers et deuxièmes trimestres de l'année 2020. En 2021, une légère augmentation est observée grâce aux mesures d'atténuation entreprises par le Gouvernement et ses différents partenaires. En 2021, le Laboratoire national de référence et les laboratoires des hôpitaux provinciaux ont reçu des appareils GeneXpert qui réalisent le diagnostic moléculaire de la tuberculose et l'identification de la résistance du *Mycobacterium Tuberculosis* à la Rifampicine.

Les résultats du traitement de la tuberculose pharmaco sensible ont progressé régulièrement pendant les six dernières années pour atteindre 81% en 2021. Cependant, le résultat obtenu est encore en dessous de l'objectif fixé qui est de 90%. Pour la cohorte 2020, évaluée en 2021, le taux de succès du traitement est de 81%. En 2021, cent quarante-trois (143) cas de TB-Résistant à la Rifampicine ont été diagnostiqués dont 128 cas ont été mis sous traitement de la TB multi-résistante. Concernant la disponibilité des médicaments antituberculeux, 96% des formations sanitaires disposent de stock de médicaments, même si de temps en temps des ruptures de stock sont observées (Rapport PNT 2021).

Le renforcement des interventions de prise en charge de la Tuberculose dans les formations sanitaires à tous les niveaux du système de santé ont permis de réduire l'incidence de la TB dans la population de 159/100 000 habitants en 2015 à 144/100 000 habitants en 2021 pour un

objectif de 150/100 000 habitants en 2021. Ce qui constitue un progrès remarquable. Le taux de succès thérapeutique en 2021 est de 81%. Le pourcentage des patients tuberculeux testés pour VIH est de 81% en 2021. Celui des patients coinfectés TB/VIH mis sous traitement antirétroviral est de 99%. La chimio prophylaxie à l'isoniazide en faveur des personnes vulnérables (PVVIH, enfants de 0 à 14 ans) reste encore faible. Il a été vérifié que 96% des formations sanitaires disposaient de stock de médicaments pour la prise en charge des malades.

Le réseau de microscopie comprend 106 laboratoires pour la microscopie dont dix (10) utilisent la microscopie à fluorescence et 96 autres la microscopie à lumière blanche. Le réseau de biologie moléculaire dispose de 32 appareils GeneXpert et un appareil Hain Test.

L'offre de services de lutte contre la TB est disponible dans 15% des établissements. Le service de diagnostic et le suivi des malades sont disponibles dans 12% des structures. Le diagnostic microscopique est fait dans 9% des structures. Environ 68% des formations sanitaires disposent d'agents formés pour la lutte contre la tuberculose, 65% d'agents formés pour le diagnostic et le traitement, 60% d'agents formés à la prise en charge de la coinfection et 49% au traitement TB-MR. La disponibilité des autres directives de lutte contre la tuberculose varie de 34 et 51%, avec une nette amélioration de la disponibilité des éléments qu'en 2015. (SARA 2019).

- **Lutte contre le VIH/SIDA/Hépatites**

Le taux de prévalence de VIH dans la population est de 1,6% dont 0,6% en milieu rural, 4,3% en milieu urbain (MICS 2019).

La couverture en ARV dans le pays est passée de 38% en 2015 à 76,18 % en 2021, ce qui est un grand progrès mais cela reste en-deçà de la norme qui est de 100% (Rapport PLSLH/IST 2021). Le nombre de personnes testées en 2021 est de 908 745 dont 10 643 dépistées positives soit 1,17%. La file active au 31 décembre 2021 est de 83 792 malades. Le nombre de PVVIH est de 110 000 personnes. Le total des structures qui font la prise en charge du VIH (Dépistage, traitement et PTME) est de 1902 en 2021. Si en 2016, aucun CS ne réalisait les activités de prise en charge du VIH, en 2020, 1708 CS ont une délégation des tâches pour assurer ces activités.

Selon l'enquête SARA de 2019, 87% des formations sanitaires offrent des services de PTME contre 57% en 2015, soit une extension notable. Le traitement ARV chez les femmes enceintes VIH+ en 2020 est de 71,45%. Le pourcentage d'enfants nés de mères séropositives testés précocement au PCR est de 24,6%.

L'offre de service de conseil et dépistage du VIH est disponible dans 86% des établissements de santé en 2018 contre 56% en 2015. Tous les HN (100%) et 98% 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. Parmi les éléments traceurs de la capacité opérationnelle des établissements, les éléments les plus disponibles sont la capacité de diagnostic du VIH qui a été renforcée : Elle est passée de 82% en 2015 à 94% en 2019 ; le préservatif masculin s'est fait plus rare (de 77% en 2015, il est réduit à 32% en 2019). Les agents formés au conseil et dépistage représentent 63%. Les directives sont les moins disponibles (41%). La proportion

des établissements sanitaires qui disposent de l'ensemble de ces éléments traceurs est de 11% et chacun dispose d'environ 2 à 3 éléments (score de 62%).

Dans le cadre de la prise en charge du VIH, on note que 80% des cas de VIH sont dépistés dont 82% mis sous ARV, parmi lesquels seulement 19% ont une charge virale indétectable, loin de l'objectif 95/95/95.

Concernant la disponibilité des services de prescription antirétrovirale et de suivi médical des patients VIH/SIDA, les HN prescrivent tous des ARV mais seulement 86% font le suivi des malades. Les hôpitaux de 2e niveau prescrivant les ARV sont 99% et 97% assurent le suivi des personnes sous ARV. Seulement 38% des cliniques privées prescrivent les ARV. Pour les CS, 58% offrent le service de prescription ARV ou suivi de traitement ARV. (SARA 2019)

Pour le dépistage volontaire en 2021, 5,5% ont un âge compris entre 1 et 14 ans, 13,2% ont entre 15 et 24 ans et 81,3% ont plus de 25 ans. Sur 80795 PVVIH sous ARV, 3 435 ont moins de 15 ans, soit 4,10%.

L'hépatite virale constitue une menace grave pour la santé des populations tchadiennes. Les cibles du Plan de lutte contre les hépatites sont constituées de toutes les personnes exposées au risque d'infection par l'hépatite virale. Il s'agit notamment des personnes de tout âge et de tout sexe.

Les interventions prioritaires envisagées comprennent la prévention de la transmission par la vaccination, la sécurité transfusionnelle, l'amélioration de la prévention et la lutte anti-infectieuse dans les structures de soins et la prévention de la transmission mère-enfant. Il serait judicieux d'introduire la dose zéro (dans les 24H) de la vaccination de l'hépatite B dans le PEV de routine.

- **Capacité opérationnelle de l'ensemble VIH - TB - PALUDISME- IST:**

Parmi les établissements enquêtés qui offrent les services contre les maladies suivantes : le VIH, la tuberculose, le paludisme et les infections sexuellement transmissibles, on note que 100% des établissements offrent des services de lutte contre le paludisme, 97% pour les IST, 87% pour la PTME, 86% pour conseil et dépistage du VIH/SIDA, 60% prescrivent les ARV et assurent la prise en charge des patients, 53% pour les soins et appui VIH/Sida et seulement 14% pour la tuberculose.

Il apparait que les services de diagnostic et/ou prise en charge du paludisme ont le meilleur score de capacité opérationnelle avec 72%, suivi du service de conseils et dépistage du VIH/Sida avec 62%, la tuberculose avec 57%, la PTME avec 44%, les soins appui en matière de SIDA avec 51%, les IST avec 48% et enfin la prescription des ARV avec 20%. D'une manière générale, la capacité opérationnelle est entravée par l'insuffisance des moyens de diagnostic, de médicaments/ produits, de personnel et des directives. (SARA 2019).

2) Lutte contre les maladies non transmissibles et les facteurs de risque

Les maladies non transmissibles sont des affections non contagieuses de longue durée qui en règle générale évoluent lentement. Les principaux types de maladies non transmissibles sont le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les affections oculaires et buccodentaires, les problèmes de la santé mentale... La situation épidémiologique des Maladies Non Transmissibles (MNT) n'est pas encore bien documentée et donc peu élucidée. Chaque année 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 jouent un rôle important dans l'émergence de ces maladies. Les données sur les MNT sont moins documentées.

• Lutte contre les maladies cardiovasculaires

Comme le diabète, les maladies cardiovasculaires sont devenues une des priorités sanitaires et une des premières causes de décès chez les adultes. Une des complications fréquentes est l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) dont la prise en charge est difficile à gérer y compris les séquelles. On rappelle qu'au Tchad, la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires est de plus en plus lourde alors qu'il existe très peu de services de soins intensifs. A ce jour, le MSPP n'a pas encore mis en place une stratégie spécifique pour la prévention et la prise en charge de ces maladies. Seulement 13% des structures offrent un service de prise en charge des MCV dont 100% des hôpitaux nationaux, 92% des autres hôpitaux et 69% des cliniques qui offrent le service de diagnostic et de prise en charge des MCV (STEPS WISE 2008).

Pour la capacité de prise en charge, 24% des structures disposent d'un personnel formé et 15% des directives, soit 10% de plus qu'en 2015. Mise à part l'aspirine dont la disponibilité est de 50%, le pourcentage des établissements qui disposent des autres médicaments et produits est de 15% pour les bombonnes d'oxygène, 12% pour les inhibiteurs calciques et 11% pour les bêtabloquants. (SARA 2019). Il faut noter que l'exercice physique et la prise de la tension artérielle sont rarement pratiqués dans la population.

• Lutte contre le diabète

Le Programme National de Lutte contre le Diabète fonctionne difficilement depuis sa création en 2013. Quelques activités ont été réalisées en 2020. Il s'agit de la formation de 40 médecins et 30 paramédicaux, le dépistage gratuit de 2175 personnes parmi lesquels 536 dépistés diabétiques dont 148 hypertendus, 59 en surpoids et 78 avec néphropathies. La prise en charge du diabète est assurée essentiellement par les hôpitaux, soit 13% des services de diagnostic et de traitement du diabète.

Par rapport à 2015, concernant la capacité de prise en charge du diabète, le nombre d'établissements qui offrent ce service et qui a un personnel formé est passé de 3% à 17% en 2019 et moins de 8% des établissements disposent des antidiabétiques oraux. (SARA 2019). A

noter que la majorité des patients diabétiques font recours aux traitements traditionnels dont le plus souvent sont inefficaces.

- **Lutte contre les maladies respiratoires chroniques**

Les maladies respiratoires chroniques (MRC) sont un ensemble de pathologies qui ne sont pas toutes assez clairement définies pour faciliter leur prise en charge au niveau périphérique. Il s'agit des broncho-pneumopathies chroniques, les emphysèmes, l'asthme Pour 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. Les établissements qui offrent un service de prise en charge des MRC représentent 13% de l'ensemble des établissements. Ce pourcentage comprend aussi bien les CS que les hôpitaux mais à des proportions différentes : 86% pour les HN, 97% pour les autres hôpitaux et seulement 8% des CS. Ces pathologies sont favorisées par les facteurs de risque dans notre milieu de vie par la pollution atmosphérique, par la fumée de tabac et le mode de cuisson (exposition à la fumée, bois de chauffe, consommation, autres combustibles ...)

- **Lutte contre les cancers**

Les données épidémiologiques sur le cancer ne sont pas disponibles. Cependant, les cas diagnostiqués au laboratoire d'anatomie pathologique de l'HGRN, de novembre 2013 à juillet 2021, sont de l'ordre de 815 cas de cancer toute forme confondue sur 2923 analyses histopathologiques, soit un taux de dépistage de 28%. Sur les 815 cas, le cancer du col de l'utérus représente 143, soit une proportion de 17,54%⁷. Il faut noter que depuis 2020, l'OMS a lancé une campagne d'élimination du cancer du col de l'utérus d'ici 2030 dont le Tchad devrait s'inscrire.

Le Programme National de Lutte contre le Cancer a pour objectif global de réduire le nombre de cas de décès imputables au cancer et l'amélioration de la qualité de vie des malades. Le PNLCC dispose d'un Plan stratégique 2017-2021 orienté sur six (06) axes prioritaires d'intervention qui sont : la prévention primaire et secondaire, la prise en charge tertiaire y compris les soins palliatifs, le renforcement des capacités, le plaidoyer, collaboration et partenariats et la recherche opérationnelle.

Les activités principales réalisées sont les campagnes de sensibilisation, l'élaboration d'une feuille de route, la tenue d'une cérémonie officielle pour les activités du mois d'Octobre Rose, la construction du centre de prise en charge (Kuwait Fund), le financement pour la mise en place du Registre National de Cancer (RNC) le 28/10/2020 et formation des points focaux (OMS/PACT) et, l'élaboration du plan stratégique 2022-2026 (AIEA/PACT/OMS).

La perspective du programme est de pouvoir dépister précocement les cas de cancer et de leur garantir une prise en charge adéquate. Aussi, le pays se prépare à l'introduction de la vaccination contre le HPV à haut risque.

⁷ Sources : rapport de service de labo anatomie pathologique de HGRN

- **Les accidents de circulation et leurs conséquences**

En 2019, les centres de santé ont notifié 16 319 NC d'accidents de la voie publique contre 54 843 NC soit une baisse de 29,75 % par rapport à l'année 2018. Les tranches d'âge les plus touchées sont les personnes de plus de 15 ans et plus, avec un taux de détection de 142,88 NC/100 000 hab., suivie de la tranche d'âge de 5 à 14 ans (52,84 NC/100 000 hab. Les DPSP les plus touchées sont N'Djamena, le Moyen Chari et le Mandoul. Il n'existe pas des études sur l'impact des AVP sur la santé de la population, cependant selon les constats de la morgue, les AVP sont parmi les premières causes de décès enregistrés à ce niveau.

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

Ce groupe comprend un ensemble de maladies dont certaines sont en phase d'élimination et d'autres en phase d'interruption de la transmission. Ce sont : la lèpre, l'onchocercose, la trypanosomiase humaine africaine...

Pour mieux prendre en charge ces maladies, le pays a mis en place un certain nombre des programmes à savoir :

- **Le Programme d'Éradication du Ver de Guinée**

Le Ver de Guinée est endémique dans 8 provinces qui ont rapporté en 2020 de cas et/ou infections dans 24 districts. Il s'agit du Wadi Fira, du Chari Baguirmi, du Mayo Kebbi Est, du Salamat, de la Tandjilé, du Moyen Chari, du Mandoul et du Logone Oriental. Le nombre de cas de ver de guinée chez l'Homme en 2019 est de 7 et en 2020 de 4 cas. Ce qui fait respectivement 29% et 50%. Chez les animaux le nombre des infections est de 679 en 2019 et 184 en 2020. De ces cas 557 soit 85% ont été isolés en 2019 et 150 en 2020 soit 82%. Le traitement des eaux de marres éligibles à l'Abbate est réalisée en 2019 à 95% contre 68% en 2020. Les 110 villages sous surveillance active ciblée pour l'attachement prolongé des chiens et chats (APCC) réalisée à 100%. Deux (2) cas de ver de Guinée ont été trouvés en 2022 à Kyabé dans le Moyen Chari. Dans ce village, 5 chiens sont infectés en 2021 et 28 infections canines enregistrées en 2020. Cent dix-huit (118) villages sont retenus pour démarrer le programme de l'attachement préventif des chiens.

- **Le Programme National de lutte contre la lèpre**

L'objectif général de ce programme est de parvenir rapidement à un Tchad exempt de lèpre, pour un seuil d'élimination de 1/10 000 habitants. Pour le Tchad, depuis plusieurs années, la prévalence de la lèpre qui est de 0,74 pour 10 000 habitants reste en dessous du seuil de l'élimination. Toutefois, en 2019, 433 nouveaux cas ont été déclarés contre 33 cas en 2020, 81% des patients sont multi bacillaires en 2019 contre 82% en 2020. Il faut noter que la lèpre sévit dans 13 provinces. Les provinces les plus touchées sont le Salamat et le Guéra qui ont à elles seules plus de 50% des cas. En 2021, la prévalence était de 0,17 pour 10 000 habitants.

- **Leishmaniose cutanée**

En 2012, les activités de lutte contre la leishmaniose sont assurées par le programme national de lutte contre la lèpre par Note de Service N°0686/PR/PR/MSP/SE/SG/2012 du 11 mai 2012. Deux mille cent vingt-deux (2122) cas en 2008 (Enquête rétrospective sur 10 ans) dans 13 DPSP dont deux DPSP (Salamat et Guéra) avec 50% de cas. Le projet : « Surveillance intégrée de la Lèpre et de la Leishmaniose cutanée dans les Provinces frontalières du Tchad avec la RCA » a été mis en œuvre. Il est financé par l'OCEAC et mis œuvre par le PNLL. Il couvre 9 DS (Mongo, Mbaïbokoum, Amtiman, Haraze, Aboudeïa, Abéché, Adré, Ati et Abdi).

- **Leishmaniose viscérale**

Depuis janvier 2018, 171 cas suspects de leishmaniose viscérale avec 19 décès ont été rapportés, soit un taux de létalité de 8,19% dans 4 provinces (N'Djaména, Borkou, Tibesti et Ouaddaï). La leishmaniose viscérale est notifiée en 2020 à Bardaï et à Faya où sur 19 échantillons 13 se sont révélés positifs au PCR et le germe responsable est la *leishmania donovani*.

- **Le Programme de Lutte Contre la trypanosomiase humaine africaine (Maladie du Sommeil)**

La maladie du sommeil sévit dans 08 DS et 03 foyers sont actifs à savoir Goré, Moïssala et Maro. En 2019, 51 283 personnes ont été examinées avec 17 cas notifiés positifs et traités. En 2020, 25 978 personnes avec également 17 cas notifiés positifs et traités. En 2021, 17 000 personnes examinées avec 15 cas notifiés positifs et traités. Le dépistage des cas a été réalisé lors des dépistages actifs et passifs dans les villages endémiques.

- **Programme de lutte Contre la Cécité**

L'objectif général est de réduire de 2,3% à 1% la prévalence de la cécité au Tchad. Les maladies ophtalmologiques prises en charge sont la cataracte, le trachome, l'onchocercose, le glaucome, les rétinopathies et les vices de rétraction. En 2020, 2611 cas de cataracte opérés, 397 des 447 de cas de trachome planifiés sont opérés et suivis. Un bilan de 2014-2021 révèle que 29 061 personnes ont bénéficié de l'opération contre la cataracte, 36 140 opérés contre le trachome et 1 973 009 personnes traitées par antibiotique (ATB) pour toutes les affections oculaires. Les perspectives sont de poursuite des activités de la stratégie CHANCE (Chirurgie Antibiothérapie, Nettoyage du visage et Changement de l'Environnement) et démarrage des activités des soins oculaires complets du Projet AFABII (l'Alliance pour Lutter contre la Cécité Évitable)

- **L'onchocercose et les autres filarioses**

L'onchocercose et les autres filarioses sont endémiques dans 7 des 23 provinces avec 44 DS jugés hyper et méso endémiques qui sont sous traitement de masse. La lutte contre l'Onchocercose au Tchad a connu trois (3) stratégies. La dernière, de 1998 à nos jours est basée sur le Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire (TIDC). Dans le cadre de l'élimination de l'Onchocercose, des évaluations 1a et 1b ont été réalisées par vagues en 2009, 2013, 2014 et 2015. 109 166 personnes examinées dans 301 villages, avec 70 personnes

positives dans 13 villages. La prévalence est de 0,06% (dont les plus élevées observées sont à Oulibangala 11% et Diba 7,8 %). Dans les 11 autres villages, la prévalence varie de 0,03% à 3,4%.

L'évaluation de l'interruption de la transmission a montré qu'il existe encore deux sites à problème (Sergué et Oulibangala) dans le district de Baïbokoum. Il a été décidé de mener des MDA biannuels dans les districts concernés.

La lutte contre les géo-helminthiases est prise en compte lors des campagnes de vaccination de masse.

4) Santé des nomades, des insulaires, des populations d'accès difficile

Le PNSN vient en appui aux CS pour les activités préventives comme le PEV, la CPN recentrée... Les principales réalisations sont : l'organisation de campagne de santé mixte (Approche One-Health), à trois passages, l'organisation des campagnes COVID-19 transfrontalières et l'organisation des activités de santé mixte et intégrées en deux passages. Durant la campagne les activités suivantes sont réalisées : la sensibilisation, la vaccination des enfants, la consultation prénatale, le dépistage des enfants malnutris, du cancer du sein, du VIH, la CPS contre le paludisme, la vaccination des bétails (en collaboration avec le Ministère en charge de l'Elevage), la délivrance des actes de naissances, la distribution des moustiquaires, des masques et des savons.

5) Accidents de la voie publique

Les accidents de voie public connaissent une augmentation régulière depuis plusieurs années. De 47 639 cas enregistrés par les hôpitaux en 2017, le nombre de cas a atteint 17 096 940 en 2021, entraînant des complications parfois très graves. Selon le Ministère des Transports, on enregistre environ 2600 décès dû aux accidents de la voie publique par an. Cette situation est due au non-respect du code de la route, l'incivisme, l'excès de vitesse, la conduite à l'état d'ébriété, la fatigue au volant, la conduite sous l'emprise des stupéfiants, l'utilisation des téléphones, la conduite avant l'âge, au vieillissement du parc auto et des engins à deux roues, à la dégradation des voies publiques et à la non application des textes... Les provinces les plus touchées sont N'Djaména, le Logone occidental, le Logone oriental, le Moyen- Chari et le Mandoul.

6) Soins ré-éducationnels : Soins de réadaptation fonctionnelle (appareillage orthopédique, rééducation fonctionnelle et kinésithérapie).

La réadaptation fonctionnelle est composée de diverses disciplines médicales et paramédicales (médecine physique réadaptation, kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, appareillage orthopédique). Elle s'adresse aux personnes atteintes d'incapacité fonctionnelle suite à une maladie, un accident de voie publiques ou domestique ou un accident cardio-vasculaire (AVC). Ces handicaps prennent de l'ampleur et constituent une des principales raisons des évacuations sanitaires à l'étranger. Pour les personnes en situation de handicap physique, le CNAR existe mais ne dispose pas d'une stratégie du développement. Ce centre assure parfois l'appareillage et la rééducation des personnes handicapées. Il est accompagné par d'autres structures de

rééducation fonctionnelle confessionnelles pour répondre aux besoins de population. Il faut noter que les besoins en réadaptation sont loin d'être satisfaits et qu'en plus, ils ne feront que croître avec les accidents de la voie publique.

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

7) Prise en charge des victimes et survivantes des violences familiales et en particulier des violences faites aux femmes (viols, excision...)

Au sein des familles, les enfants, les jeunes et les femmes sont souvent victimes de tout genre de violences. Ces violences restent souvent méconnues alors qu'elles constituent un véritable problème de santé et elles ne sont pas prises en charge correctement au niveau des structures de santé.

La prise en charge de personnes victime de viol, de mutilation génitale ou d'autres formes de violences familiales (physique ou morale) nécessite une prise en charge médicale mais aussi psycho-sociale. Ce qui demande un dialogue profond et une connaissance approfondie du milieu socioculturel de la victime et donc une formation spécifique du personnel traitant.

8) Les services d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU)

A ce jour, un tel service n'existe pas mais plusieurs projets ont été élaborés dont le PROJET D'ETUDES, DE CONCEPTUALISATION ETD'OPERATIONNALISATION D'UN SERVICE D'AIDE MEDICALE D'URGENCE AU TCHAD (SAMU-TCHAD). Le service comprend un Centre de réception et de régulation des appels (CRRA) et un Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), avec un personnel qualifié et des équipements appropriés.

Le SAMU devrait offrir la réponse la mieux adaptée à la détresse médicale. Il assure la réanimation médicale et des soins intensifs afin de stabiliser les malades avant leur arrivée pour des soins complémentaires au niveau des hôpitaux.

Le Projet prévoit l'installation d'un SAMU dans tous les hôpitaux provinciaux en commençant par une structure pilote au niveau de N'Djaména.

9) One Health

One Health, « Une seule santé », est une stratégie mondiale visant à développer les collaborations interdisciplinaires pour la santé humaine, animale et environnementale. Elle promeut une approche intégrée, systémique et unifiée de la santé à l'échelle locale, nationale et mondiale, afin de mieux affronter les maladies émergentes à risque pandémique, mais aussi s'adapter aux impacts environnementaux présents et futurs. Au Tchad, l'approche « ONE HEALTH » n'est pas encore bien appliquée au niveau national. Néanmoins la plate-forme One

Health a été mise en place par Arrêté N° 7276/PCMT/PMT/2022 du 7 septembre 2022. L'opérationnalité de cet organe reste le défi à relever.

10) Qualité des soins et sécurité des patients

Afin de garantir la qualité des soins à la population, il a été créé la Direction Générale de l'Organisation des Services de Santé et Qualité de Soins (DOSSQS) qui doit assurer la mise en place d'un programme d'élaboration des protocoles de soins par type de structures sanitaires, évaluer les prestations existantes, leur niveau de fonctionnalité et de qualité ... Il a été créé aussi un Bureau Central d'Accès aux Droits des Patients (BCADP) qui a comme mission entre autres de : (i) élaborer les outils de suivi et évaluation de l'offre de soins et le droit des usagers des établissements de soins, (ii) faire respecter la dignité, l'intimité et la confidentialité des usagers de service de santé, (iii) promouvoir les conditions d'un bon accueil et de bienveillance dans les établissements de santé, (iv) renforcer les capacités des soignants sur le respect des droits des patients et (v) aider les patients à entrer dans leur droit...

11) La gestion des épidémies, des urgences et des catastrophes

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

Durant la période de mise en œuvre du PNDS 3, le Tchad a connu plusieurs épidémies dont la rougeole, la méningite, le Chikungunya, la fièvre jaune, l'hépatite E, le paludisme, la poliomyélite... Plusieurs campagnes de vaccination de masse et de riposte ont été organisées pour circonscrire ces épidémies. Des campagnes de vaccination à visée préventive ont également été organisées.

Pour la fièvre jaune, une flambée d'épidémie a eu lieu en septembre 2021 dans sept (7) provinces dont 20 DS en épidémie, avec au total 56 cas positifs dont 41 cas confirmés dans les laboratoires de référence (Sources : IDS semaine 52). En 2022, le pays se prépare à faire une grande campagne de riposte contre la fièvre jaune.

Concernant la lutte contre la poliomyélite, les efforts fournis chaque année ont permis de déclarer le Tchad exempt de la polio en juin 2018. Malgré tout, des campagnes régulières de masses sont organisées suite à la présence des cas de poliovirus sauvage dans les pays voisins et plus tard, à la notification des cas de poliovirus dérivé au Tchad en 2019, 2020 et 2021.

En 2020, le Tchad à l'instar des autres pays, a connu la pandémie de la COVID-19. Avant d'enregistrer le premier cas, un plan de contingence national a été élaboré en février/mars 2020 et mis en œuvre avec comme objectif de réduire le risque de contamination par la COVID-19. Cela a permis de contenir la pandémie. De mars 2020 au 31 décembre 2021, 6 183 cas ont été enregistrés avec 184 décès, soit un taux de létalité de 3%. A la date du 15 avril 2022, 7396 cas confirmés dans toutes les provinces dont 275 (3,7%) personnels de santé. 7104 (96,1 %) cas confirmés guéris et 192 décès notifiés soit une létalité de 2,6%. 3690336 personnes ont reçu

leur 1^{ère} dose de vaccin contre la COVID-19 et 186591 ont reçu deux doses. Parmi ceux-là il y a 43 329 personnels de santé. Suite aux diminutions des cas de COVID-19 au niveau mondial et au Tchad, en date de 16 juin 2022, le MSPP a levé toutes les mesures barrières dans la population générale, par contre le personnel soignant dans les structures sanitaires doit continuer à observer ces mesures (port de masque obligatoire) et la vaccination contre la COVID-19 reste fortement recommandée pour toute la population.

Le Centre des Opérations d'Urgence en Santé Publique (COUSP), créé en 2019 par arrêté n°178/PR/MSP/DG/DLMPS/2019, a lancé ses activités en 2021. C'est ainsi que les documents de travail (manuel de procédure, stratégie nationale, PAO et manuel des concepts) ont été élaborés. Cependant, le COUSP éprouve des difficultés de fonctionnement liées notamment à son niveau d'encrage institutionnel. Il est important de relever son niveau institutionnel et le doter des ressources conséquentes pour assumer efficacement sa mission.

12) Promotion de la santé

Selon la charte d'Ottawa, la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

La Charte d'Ottawa définit trois stratégies fondamentales pour la promotion de la santé. Il s'agit de : i) sensibiliser à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé indiquées plus haut ; (ii) conférer à tous des moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé ; et (iii) servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé. Ces stratégies sont soutenues par cinq domaines d'action prioritaires énoncés dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : (i) Élaborer une politique publique saine (ii) Créer des milieux favorables à la santé (iii) Renforcer l'action communautaire pour la santé (iv) Acquérir des aptitudes individuelles, et (v) Réorienter les services de santé.

S'inscrivant dans cette vision de la promotion de la santé, le MSPP a mis en place une Direction en charge de la Promotion de la santé chargée d'élaborer une stratégie de promotion de la santé. Une stratégie nationale de la communication a été ébauchée, mais n'est pas encore finalisée. Néanmoins, les activités de promotion de la santé sont menées par les différents programmes de santé. La mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire a permis de consolider les actions de la promotion de la santé.

Un cadre multisectoriel pour la promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé n'est pas encore en place. Cependant, la survenue de certains événements de santé publique,

tels que les épidémies ou les catastrophes, a permis de mener des actions conjointes avec les ministères en charge de l'élevage, de l'eau, de l'administration du territoire (communes), etc.

13) Mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI)

La mise en œuvre au Tchad du RSI a connu trois étapes : Une première phase d'évaluation interne a eu lieu en juillet 2017 puis, une deuxième phase avec une évaluation conjointe des principales capacités du Règlement Sanitaire International (RSI) au Tchad en août 2017 par le Gouvernement, à l'aide de l'outil WHO IHR JEE. Cette évaluation est assortie de recommandations sur les 19 domaines thématiques. Les résultats majeurs portent sur les recommandations, les interventions prioritaires dont celles concernant ONE HEALTH. Il ressort de cette évaluation conjointe externe que globalement, les capacités sont relativement faibles. La troisième phase a été l'élaboration du plan d'action national de la sécurité sanitaire (PANSS) en 2018 pour la période allant de 2018-2021.

L'une des recommandations est de désigner et renforcer les principales capacités aux points d'entrée au Tchad, requis en vertu du RSI (2005). A cet effet, seul le point d'entrée de l'Aéroport International HASSAN DJAMOUS de N'Djamena dispose de certaines capacités acceptables ; les capacités des autres points d'entrée (PoE) terrestre sont très limitées voire inexistantes. Cependant, à l'occasion de la pandémie de la COVID-19, 16 PoE officiels ont été désignés officiellement par un Arrêté conjoint du MSPP et du Ministère en charge de l'Administration du Territoire. Cependant, sur les 16 PoE désignés, deux (2) seulement sont fonctionnels : Aéroport International HASSANDJAMOUS et Poste-frontière de NGUELI. Au regard de cette situation, le renforcement des capacités managériales des acteurs en ressources (humaines, matérielles et financières) des PoE s'avère nécessaire pour rehausser le niveau d'atteinte des résultats, en vue d'assurer une surveillance adéquate.

Il y a également la restructuration du centre de vaccinations international suivant l'arrêté N°112/PCMT/PMT/MSPP/SE/DGM/DGTLMP/2021 du 30 juin 2021, dont la mission est de veiller à la réglementation sanitaire aux frontières en administrant les vaccins recommandés par l'OMS dans le cadre des voyages internationaux.

2.2 Analyse du fonctionnement du système de santé national

L'analyse du fonctionnement du système de santé a relevé :

L'insuffisance dans la maîtrise de l'approche « système de santé de district » qui vise l'autonomisation technique, économique et institutionnelle de ces derniers, dans la délivrance des Soins de Santé Primaires (SSP) de qualité. Des principes et des approches bien documentés doivent être maîtrisés et employés sur le terrain pour obtenir des résultats. Il s'agit entre autres de fournir des soins efficaces, continus, intégrés et à faible coût, offert avec la participation de la communauté et le plus près possible de la population cible. Il y a aussi le principe de la délégation des tâches, matérialisé par la disponibilité des instructions écrites dans les CS et la

présence des ordinogrammes, la notion de la population couverte qui peut être réalisée en mettant en place un dossier familial dans les centres de santé...

Le non-respect du plan de couverture sanitaire de la DPSP avec la création des DS sans un hôpital de district, d'une zone de responsabilité sans une population couverte suffisante ou sans un CS et/ou un CS sans infrastructure adéquate, sans équipements ou sans un personnel qualifié. Des CS sont parfois créés sans l'avis techniques des équipes cadres de district et de la délégation. Sur le terrain, ces CS ne respectent pas les normes et ne peuvent pas fonctionner par manque de structures adaptées et de personnels qualifiés. Toutes ces structures sont dites fonctionnelles alors qu'elles sont opérationnelles.

Le non-respect des différents niveaux de prise en charge des malades par le personnel et la population qui court-circuitent les CS et les hôpitaux de district, au détriment des hôpitaux provinciaux et nationaux. Ces derniers sont ainsi surchargés par les activités primaires (consultation curative pour des cas pas graves, la CPNr, la PF, le PEV, les accouchements normaux...) et ne réalisent pas les activités du PCA : les urgences chirurgicales, gynéco-obstétricales et médicales, la radiologie, l'hospitalisation...

La faible fréquentation des services : Le taux d'utilisation des CS est très faible (moins de 0.3 NC/habitant/an). Les taux de CPN 4, de Penta 3 et le taux d'accouchement par du personnel qualifié sont très faibles. Cette situation est due à la faible qualité des soins, aux mauvais comportements du personnel et à l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel. La population perd de plus en plus confiance dans le système et s'oriente d'abord vers une médecine alternative (le maraboutage, les charlatans...) et l'automédication avant de revenir quand le cas devient grave.

La faible qualité des infrastructures et l'insuffisance des équipements qui ne sont pas aux normes et le manque de maintenance biomédical réduit la durée de vie de tout ce qui est construit et équipé.

Les ruptures fréquentes de stock de certains intrants dont les médicaments et les consommables que les parents des malades sont obligés d'aller acheter en dehors des services même quand le cas est d'une urgence extrême.

2.3 Contraintes/menaces et opportunités lors de la mise en œuvre du PNDS3

La mise en œuvre du PNDS3 ne s'est pas faite sans difficultés. En effet, plusieurs contraintes et menaces ont jalonné cette période. Les contraintes/menaces au système de santé sont pour la plupart communes à tous les piliers. Il s'agit de :

- L'insuffisance des ressources humaines qualifiées ;
- La forte dépendance des financements extérieurs par rapport à certains volets;
- L'achat fait par les PTF auprès des centrales d'achats internationales ;
- La prolifération du marché illicite des médicaments;
- L'instabilité institutionnelle et la gouvernance (Instabilité des décideurs et changement des responsables d'un poste à un autre) ;
- La poursuite de la Pandémie COVID 19;

- La crise économique et sécuritaire ;
- Les menaces à l'intégrité physique du personnel ;
- L'impunité et la non redevabilité ;
- La non application des textes ;
- La non maîtrise des circuits de ravitaillement en intrants avec des ruptures de stock de médicaments et autres ;
- La persistance de circuits parallèles d'approvisionnement en MEG de certains PTF fragilisant la coordination du secteur ;
- La proximité et promiscuité des médicaments de la rue ;
- L'ingérence dans l'affectation des ressources humaines ;
- La mobilité des cadres à tous les niveaux du système de santé ;
- Les conflits de tout genre : politico-militaires, intercommunautaires...

Quelques opportunités ont été également identifiées. Il s'agit de:

- L'existence du PND et de la PNS ;
- La volonté politique ;
- L'engagement des partenaires techniques et financiers ;
- Les financements issus de la lutte contre la COVID-19
- L'existence de la coopération Sud/Sud (Ex : Envoi de 50 médecins et autres techniciens cubains au Tchad);
- La réunion mensuelle de haut niveau sur la santé (R24);
- La création d'un programme de renforcement des capacités du personnel

2.4 Synthèse de l'évaluation du PNDS3

L'évaluation du PNDS3 a fait ressortir les problèmes suivants :

- **Faible connaissance du PNDS 3 et des PPDS** : Après l'élaboration du PNDS et des PPDS, il faut au préalable assurer leur vulgarisation à tous les niveaux. La vulgarisation ne consiste pas seulement à mettre à la disposition des acteurs les documents, mais également à assurer leur formation à la compréhension du contenu. Ensuite, il faut assurer la communication autour du document pour amener les acteurs à s'en approprier ;
- **Faible suivi de la mise en œuvre du PNDS 3 et des PPDS** : Le Comité de suivi de la mise en œuvre du PNDS 3 n'a pas été mis en place. Quant au Service de suivi et évaluation du PNDS 3, il a été créé en fin 2021. Le personnel du MSPP n'a pas été formé en suivi et évaluation, comme cela a été planifié dans le plan de suivi et évaluation du PNDS 3;
- **Faiblesse dans la collecte des données pour l'évaluation du PNDS 3 et des PPDS** : Le système d'archivage des données et de la documentation sur le secteur n'est pas organisé à tous les niveaux. Il y a aussi une insuffisance dans l'enregistrement et la collecte des données et une insuffisance des gestionnaires des

données dans les DPSP. Les équipes au niveau des CS et des DS, et même quelque fois au niveau des DPSP, n'ont pas la capacité d'interpréter les données qu'ils produisent;

- **Insuffisance du financement du PNDS 3 et des PPDS** : Certaines activités planifiées dans le PNDS 3 et les PPDS n'ont pas été exécutées du fait de non-respect des engagements de l'Etat et des difficultés dans la mobilisation en temps réel des ressources des PTF.
- **La survenue de la pandémie de COVID-19 a impacté négativement la plupart des activités sanitaires.** Les financements dédiés à la réalisation des activités du PNDS 3 et des PPDS ont été réorientés pour la riposte à l'urgence sanitaire (COVID-19). Les mesures barrières édictées ont retardé la réalisation des activités du PNDS 3 (Mise en confinement et en quarantaine des localités) et un arrêt des services. La peur d'être contaminé dans les services a entraîné une désertion des CS et des hôpitaux par les patients.
- **Malgré les efforts dans le renforcement des ressources humaines en santé, (augmentation des effectifs, formation des paramédicaux, des médecins et des spécialistes),** le personnel de santé, reste insuffisant en nombre et en qualité.
- **Par rapport aux infrastructures et aux équipements,** des efforts ont permis de construire et de réhabiliter plusieurs hôpitaux et centres de santé. Cependant, la crise économique a conduit à la suspension de certains travaux en cours. Ce qui limite la couverture sanitaire de la population. Plusieurs infrastructures ont pu bénéficier des équipements mais plusieurs autres équipements attendent la finition des chantiers pour être installés.
- **Durant la période du PNDS 3, la disponibilité des médicaments essentiels génériques** n'a pas été assurée de manière régulière à cause des capacités limitées de la CPA qui est la seule structure agréée pour le service public. Des ruptures de stock de médicaments ont été enregistrées dans tout le pays avec une augmentation des coûts de soins pour la population. Ces ruptures ont favorisé la prolifération des médicaments de qualité douteuse.
- **La faible disponibilité des données sanitaires et leur fiabilité ne permettent pas des** prises de décisions au moment opportun. Cette situation s'explique par la dégradation du système d'information sanitaire mis en place depuis les années quatre-vingts.
- **Prestation des soins** : Beaucoup de documents stratégiques ont été élaborés mais ne sont pas mis en œuvre. Il s'agit entre autres des documents de la SRMNIAN, de la santé communautaire, de la santé des adolescents, de la PCIME... La mauvaise qualité et l'insuffisance des soins au niveau des districts sanitaires obligent les malades à s'adresser directement aux hôpitaux nationaux.

2.5 Problèmes prioritaires et analyse causale

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.

2.5.1 Problèmes de santé de la population

- **La mortalité des enfants de moins de 5 ans reste élevée.**

Le taux de mortalité néonatale a connu une baisse plus lente en passant de 34‰ à 33‰ entre 2015 et 2019. Dans le même temps, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 133‰ à 122‰. Cette situation est due au peu de progrès réalisés dans l'offre et dans la qualité des soins (insuffisance des services de pédiatrie, insuffisance des ressources humaines qualifiées, insuffisance d'équipements médicotechniques et médicaments etc.).

- **La mortalité maternelle reste très élevée.**

Elle est passée de 1099 à 860 pour 100 000 naissances vivantes entre 2004 et 2014. Depuis 2015, une enquête EDST n'a pas été réalisée. Ce taux qui est le plus élevé de la sous-région est dû à l'insuffisance des structures SONU (taux de césarienne $\leq 1\%$), la faible fréquentation des services (Taux de CPN4 de 31, 81%. Le taux d'accouchement institutionnel a baissé en passant de 27,46% en 2015 à 21,81% en 2019, le faible taux de prévalence contraceptive moderne (7%), au manque de personnels en qualité et quantité. (Sources : Annuaire Statistique Santé Tchad).

- **Les maladies transmissibles représentent une charge élevée de mortalité et de morbidité au Tchad**

En dépit des efforts fournis par le MSPP, le paludisme représente à lui seul 57,29% de cause de consultation au CS, 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 sont deux fois plus touchés que ceux de 1 à 4 ans. Il faut noter qu'il y a une insuffisance dans la lutte anti vectorielle. La tuberculose reste un gros problème de santé publique avec une prévalence de 144 cas sur 100 000 habitants en 2019. 13643 cas sont diagnostiqués et mis sous traitement dont 6,4% des enfants.

- **Le VIH/SIDA**

Le VIH/SIDA reste encore un problème majeur de santé publique au Tchad avec une prévalence de 1,6% dont 4,3% en milieu urbain. Environ 83792 malades sont sous ARV. La file active au 31 décembre 2021 est de 83793 malades.

- **Les maladies non transmissibles (MNT)**

Elles prennent de plus en plus d'importance avec une augmentation régulière du nombre de cas chaque année. L'ampleur du problème mérite d'être documentée plus précisément. L'enquête STEP réalisée en 2008 a montré que 31,7% de la population adulte souffre d'au moins d'une des trois pathologies (HTA, le diabète et les bronchopathies) liées aux facteurs de risques des MNT (le tabac, l'alcool, l'alimentation non équilibrée, l'incapacité physique, le stress et l'obésité).

- **La malnutrition chez les enfants est endémique dans plusieurs provinces du pays.**

La prévalence de la Malnutrition Aiguë Globale (MAG 2020) est estimée à 10%. Cette prévalence correspond au seuil d'alerte de 10% fixé par l'OMS. La malnutrition chronique ou retard de croissance affecte 30,5% des enfants de 0 à 59 mois

- **L'apparition de nouvelles épidémies depuis la mise en œuvre du PNDS 4**

L'apparition de la Leishmaniose viscérale, du Chikungunya mais surtout de la pandémie du COVID 19, ont mis à rude épreuve le système de santé déjà fragile, en détournant une grande partie des ressources disponibles en santé pour y faire face.

2.5.2 Problèmes prioritaires du système de santé et analyse causale

2.5.2.1 *Problèmes liés à la Gouvernance, Leadership et Coordination*

La coordination du secteur de la santé demeure encore faible

En raison des faibles ressources affectées au MSPP, d'une planification peu rigoureuse des activités d'appui et d'une faible supervision des activités sur le terrain, certains mécanismes de coordination existants n'avaient pas fonctionné de façon optimale et les activités de supervision et de suivi-évaluation étaient irrégulières. On note également une faiblesse dans la coordination intersectorielle, une ingérence multiple et multiforme des autorités administratives à tous les niveaux dans la gestion du Secteur de la Santé et de la Solidarité Nationale et des difficultés de communication, tant au sein du MSPP qu'entre le MSPP et les partenaires.

Le processus de la planification stratégique et opérationnelle n'est pas respecté

Il y a un décalage entre le cycle de planification des PNDS/PPDS et des Plans Stratégiques des Programmes et Directions techniques du MSPP. Ainsi ces plans ne sont plus des véritables outils pour orienter la prise de décisions.

La culture de responsabilité, de la transparence et de la redevabilité reste faible

Ces valeurs sont insuffisamment intégrées dans la conduite des interventions par les responsables à tous les niveaux du système de santé. On note des trafics d'influence et des ingérences multiples et multiformes dans la gestion du secteur de la santé ainsi que l'absence

et/ou la non-application des textes existants. L'esprit de rendre compte est totalement absent, laissant la place à une gestion catastrophique de la chose publique. Il y a également une faiblesse dans la remontée des informations, des justificatifs des dépenses, etc.

L'approche multisectorielle dans le secteur de la santé n'est pas suffisamment développée

Les cadres de concertation entre les différents secteurs ne sont pas formalisés. L'implication des autres ministères dans le secteur de la santé reste occasionnelle. Cette faiblesse réduit les chances d'une bonne intégration des politiques en matière de santé, notamment la sécurité sanitaire, le One-Health, les ripostes aux événements de santé... Ceci a un impact négatif sur les déterminants de la santé.

La décentralisation du système de santé reste toujours faible

Le système de santé reste encore très centralisé. D'une part, les délégations provinciales de la santé et de la solidarité nationale et les districts sanitaires ne maîtrisent pas les effectifs du personnel, et ne disposent pas des compétences requises pour une bonne gestion de leurs entités. Ils n'ont pas une autonomie financière et institutionnelle nécessaire. D'autre part la multiplication des districts sanitaires et des centres de santé peu viables sont un handicap certain à un fonctionnement efficient du système de santé. On note également une insuffisance de documents d'encadrement et d'orientation des responsables au niveau des délégations et des districts sanitaires.

Les organes de concertation et de décision sont peu fonctionnels

Il a été constaté un dysfonctionnement des organes suivants : Comité de suivi du PNDS au niveau central, Comité de suivi des PPDS, Comité directeur au niveau de certaines provinces et districts, CCIA, PACTE, Conseils de santé, Comité de Direction du MSPP, Coordination MSPP et les PTF, COSAN/COGES... Cela est dû à une absence de suivi, aux changements fréquents des responsables et au non-respect des textes statutaires.

La gestion administrative reste inefficace à tous les niveaux

On note une mauvaise circulation de l'information au sein des services du Ministère, une lenteur dans le traitement des dossiers administratifs, une absence de valorisation des compétences nationales ainsi que des sanctions positives ou négatives. Les nominations aux postes de responsabilité sans respect des compétences, des profils et de l'évolution de carrière se traduisent par des mauvais résultats.

L'appropriation et la coordination des activités sont insuffisantes

L'insuffisance des ressources humaines qualifiées se traduit par une faiblesse dans la planification, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités du PNDS. On note également une faible représentativité des acteurs nationaux de la santé dans les réunions stratégiques, une faible vulgarisation et une faible appropriation des documents stratégiques.

La création anarchique des CS et des DS ne favorise pas un développement harmonieux du système de santé.

Dans la pratique, on note le non-respect des critères en matière de création des districts sanitaires, des zones de responsabilités et des formations sanitaires ne permet pas la viabilité de ces différentes entités. *La carte sanitaire* a été élaborée mais aucun acte n'a été encore pris pour son application.

La police sanitaire est peu fonctionnelle

Elle est en cours d'organisation avec la mise en place du personnel et des structures mais elle connaît un certain nombre de difficultés parmi lesquelles, la disponibilité de ressources humaines qualifiées, des infrastructures, des financements et des textes organiques et opérationnels. Pour plus d'efficacité, elle a besoin d'une bonne coordination avec les autres instances gouvernementales compétentes en la matière.

L'accès aux droits des patients est limité

En effet les usagers sont souvent confrontés à un mauvais accueil et parfois à de la maltraitance dans les établissements sanitaires. La charte des usagers n'est pas respectée, Rare sont les évaluations sur la satisfaction des patients. L'intimité, la dignité et la confidentialité des usagers de services de santé ne sont pas garantis dans les services de soins.

Insuffisance de l'alignement des partenaires

Dans le cadre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide financière au développement, sept comportements ont été arrêtés pour servir de cadre de partenariat avec le pays. Il s'agit de : i) Soutenir une unique stratégie nationale de santé ; ii) Inscrire tous les fonds pour la santé dans le budget national ; iii) harmoniser et aligner sur les systèmes nationaux de gestion financière ; iv) Harmoniser et aligner sur le système national de passation de marché et d'approvisionnement ; v) utiliser une plateforme unique d'information et de redevabilité ; vi) Soutenir la coopération Sud-sud et la coopération triangulaire ; vii) fournir une assistance technique bien coordonnée. Mais dans la pratique, ces comportements ne sont pas encore observés par certains partenaires.

2.5.2.2 Problèmes liés au financement de la santé

La mobilisation des ressources internes et externes pour le financement de la santé reste insuffisante

Il y a un retard dans la mise en œuvre de la stratégie de la couverture santé universelle et la non validation de la Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS). Les engagements d'Abuja ne sont pas respectés : le budget du MSPP ne représente que 6,58% en moyenne du budget national et il est très insuffisant par rapport au budget du PNDS3 à cause de la persistance de la crise financière. On note également le manque d'un cadre d'arbitrage participatif des plans d'actions à tous les niveaux du système, l'absence d'un plan d'investissement à la santé et la réorientation d'une partie du budget de l'Etat et des partenaires techniques et financiers pour la lutte contre la pandémie de la COVID-19.

La mise en commun des fonds n'est pas effective

Du côté de l'Etat, il n'existe pas de mécanismes de mise en commun des fonds pour le secteur de la santé. On note que le recouvrement des coûts est faible et non sécurisé, les mutuelles de santé n'existent que dans quelques districts, l'assurance en santé couvre moins de 1% de la population et la caisse nationale d'assurance santé n'est pas encore opérationnelle. Par rapport au financement des partenaires, il n'existe pas un fonds fiduciaire.

Les soins de santé restent peu accessibles financièrement

Le retard dans la mise en œuvre de la CSU a pour conséquence le maintien de plusieurs systèmes d'achat de service qui ne facilitent pas l'accès de la population aux soins de santé. La part du paiement direct des ménages dans la dépense totale de santé est encore très élevée (64,4% selon CNS 2018). Le financement de la gratuité des soins d'urgence instaurée en 2009 a été revu en baisse, suite à la réduction du budget de la santé due à la crise économique et financière. Actuellement ce financement ne représente que 20% de son niveau de 2013 et s'est focalisé seulement sur la gratuité des soins ciblés. Dans le secteur privé, il n'existe pas de textes définissant la tarification de soins. Les fonds de solidarité nationale sont réduits depuis 2016.

Les ressources ne sont pas utilisées de manière efficiente

L'inefficience dans l'utilisation des ressources du secteur de la santé est due à l'absence de la culture de la gestion axée sur les résultats, aux retards importants entre les engagements et le paiement des crédits, à la déperdition des crédits délégués dont le taux est élevé, au non-respect des procédures de gestion qui induisent des dépenses inéligibles, au non-respect de la réglementation de la tarification standard dans les structures publiques.

L'affectation des ressources financières aux structures n'est pas équitable

L'affectation des ressources financières aux provinces et aux districts ne correspond pas aux besoins réels. Ces ressources atteignent rarement les CS. Les missions de collecte des besoins réels et les séances d'arbitrage budgétaire impliquant les délégations provinciales de la santé et de la prévention et les organismes sous tutelle ne sont pas régulières.

Le Suivi et le contrôle de l'exécution financière ne sont pas réguliers

Le contrôle à priori est centralisé au niveau du Ministère des Finances et du Budget (MFB) alors que le contrôle à posteriori, se fait auprès des structures bénéficiaires. Ce dispositif n'est pas suffisamment performant et ça nécessite une décentralisation à tous les niveaux.

2.5.2.3 . Problèmes liés aux ressources humaines pour la santé

Gouvernance : Les politiques et stratégies des RHS ne sont pas suffisamment développées et mises en œuvre

Le PSDRHS et le plan de carrière ne sont pas suffisamment mises en œuvre, de même que les aspects de prévision, de production, de recrutement, du déploiement et de la fidélisation du

personnel. On note aussi une insuffisance dans le management stratégique des ressources humaines pour la santé, la faible capacité de conception des documents politiques et stratégiques en matière des RHS et l'insuffisance dans la mise en œuvre de mécanisme d'accréditation et de contrôle des curricula des écoles et facultés publiques et privées. Ceci est en partie lié à l'instabilité aux postes de responsabilité de la DRH.

Les ressources humaines insuffisantes en quantité et en qualité

Il y a globalement une insuffisance de plusieurs catégories professionnelles dont les SFDE, les médecins spécialistes, les techniciens en anesthésie/réanimation, les techniciens en Odonto/ORL... Il existe encore des CS tenus par des personnels non qualifiés. Le quota pour le recrutement des personnels de santé est limité et le recrutement pour le compte du MSPP ne tient pas compte des besoins réels des structures sanitaires.

La gestion des ressources humaines n'est pas rationnelle

Au niveau du MSPP, on note une insuffisance des compétences en gestion prévisionnelle nécessaire pour la planification des besoins en ressources humaines. Les effectifs réels des agents de santé ne sont maîtrisés, car on ne dispose pas d'une base de données fiables. Il y a une inadéquation entre les profils et les emplois, une absence formelle de contrats de performance individuelle et collective à tous les niveaux du système de santé. Des ingérences fréquentes internes et externes dans les affectations, nominations et recrutement et conflits administratifs et la mauvaise répartition des RHS entre les provinces d'une part et entre le milieu urbain et rural d'autre part, ne permettent pas une gestion rationnelle du personnel. Il y a aussi un mauvais suivi de la carrière des personnels de santé.

La production actuelle des RHS ne permet pas de couvrir les besoins du pays

Les conditions de production des RHS ne sont pas adéquates et certaines écoles ne répondent pas aux conditions requises. Les ressources matérielles, infrastructurelles et les équipements manquent dans les écoles publiques et privées. Le profil des enseignants et les conditions d'encadrement des stages pratiques dans certaines écoles privées ne sont pas satisfaisants. En effet, il a été constaté une prolifération des écoles privées, une insuffisance des écoles publiques de formation, une insuffisance des lieux de stages pour les écoles publiques et privées et une insuffisance des enseignants permanents dans la plupart des écoles de santé privées.

2.5.2.4 Problèmes liés aux infrastructures, équipements et maintenance

Les documents de politique et de stratégie en matière d'infrastructures, d'équipements et de la maintenance ne sont pas disponibles

Les infrastructures et les équipements doivent répondre aux besoins des services de soins à tous les niveaux, notamment les activités du PMA et de PCA, d'où la nécessité d'élaborer des textes normatifs actualisés. Il n'existe pas une liste standardisée des équipements pour faciliter leurs

acquisitions et leurs entretiens, une base de données des Infrastructures sanitaires et des équipements disponibles dans le pays qui montre une insuffisance en besoins essentiels pour le bon fonctionnement des FOSA (Eau, électricité, moyens de communication, logements de fonction...).

Les travaux de construction des infrastructures sanitaires ne sont pas suffisamment suivis et coordonnés :

Il a été constaté que les projets de construction ou de réhabilitation des infrastructures sanitaires ne font pas l'objet d'une concertation préalable entre le Ministère en charge des infrastructures, le Ministère Secrétaire Général du Gouvernement (SGG) et le MSPP. On note aussi une concertation insuffisante entre certains PTF et le MSPP dans ce domaine. Tout ceci traduit par la non implication de la DIISM/MSPP au processus de conception, d'élaboration des DAO, d'attribution des marchés et l'insuffisance des supervisions des chantiers. Les résultats montrent que certains ouvrages sont de mauvaise qualité (réseaux électriques, fluides médicaux, plomberies sanitaires, etc.). D'autres infrastructures sanitaires par contre sont non achevées et/ou non équipées.

La couverture en infrastructures sanitaires reste faible

Le nombre total des CS à construire (ZR sans CS et CS existants non conformes aux normes) est de 1192, soit 54% des besoins en CS par rapport à l'ensemble des ZR existantes. Parmi les 139 districts sanitaires, 73 DS ne disposent pas d'HD aux normes, soit 52.51% ; 6 des 23 provinces du pays ne disposent pas d'infrastructures pour les PPA. Plusieurs des infrastructures existantes au niveau des différentes provinces et districts sanitaires ne sont pas aux normes y compris les hôpitaux provinciaux (6 sur 23 existants).

La durée de vie moyenne des équipements biomédicaux est réduite faute de maintenance

Il y a une insuffisance générale dans la maintenance préventive et curative des infrastructures et des équipements. Cela est dû au fait qu'il n'existe pas une politique nationale de maintenance, une insuffisance des ingénieurs et de techniciens qualifiés en maintenance biomédicale, ainsi qu'une absence de formation continue des ingénieurs et des techniciens existants

2.5.2.5 Problèmes liés au système d'information sanitaire

Gouvernance et leadership du SIS restent faibles :

Le SIS souffre d'une faible coordination et de leadership à tous les niveaux ainsi que d'une faiblesse dans la communication au sein des services en charge de l'Information Sanitaire à différents niveaux (DSSIS, SSEI, DSSR, DSPSN, DS, CS). Le cadre de concertation avec les structures impliquées dans la production des données sanitaires (programmes, projets, partenaires et Ministères connexes à la santé) n'est pas fonctionnel de même que la commission nationale du SIS. On note une mauvaise collaboration du secteur privé avec le MSPP. A cela, s'ajoute la multiplicité de systèmes parallèles de collecte de données sur le terrain engendrant

la surcharge du travail et affectant la qualité de ces données. Le processus de mise en place de l'Observatoire National de la Santé, amorcé en 2021 est encore en cours.

La qualité des données est faible

Il existe des écarts importants entre les données du SIS et celles des enquêtes. Cette situation est entre autres due à une insuffisance quantitative et qualitative du personnel en charge du SIS au niveau périphérique, à la non maîtrise de l'outil informatique par le personnel en charge du SIS à tous les niveaux, à la surcharge de travail, 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, à l'insuffisance et à la qualité de la supervision du personnel à tous les niveaux, etc. La rupture et la multiplicité des outils de collecte des données à différents niveaux entraînent une surcharge du personnel qui influe sur le non-respect de la promptitude et complétude et par ricochet sur la qualité des données.

L'information sanitaire est faiblement utilisée

Les informations sont produites en retard (annuaire statistique sanitaire Tome A, tome B des provinces) et ne sont pas largement diffusées et pas bien archivées. Par conséquent, ces informations ne sont pas utilisées dans le processus de planification et de décision.

La recherche opérationnelle n'est pas suffisamment développée et les enquêtes sont réalisées de manière irrégulière

Il existe un Service de la Recherche Opérationnelle mais il est resté à un état peu fonctionnel. La recherche dans le domaine de la santé est sous financée. On note une insuffisance dans la coordination de la recherche opérationnelle en santé, le non-respect de la périodicité de certaines enquêtes telles que :EDST, MICS, SARA, Comptes Nationaux de Santé (CNS), Carte Sanitaire...

Les NTIC sont faiblement utilisés

Le logiciel GESIS actuellement en utilisation est déphasé. Cela retarde entre autres la décentralisation de la saisie des RMA dans les DS et influe sur la qualité des données. Pour rendre performant le SIS, la plateforme DHIS2 est déployé dans toutes les provinces.

Le programme de la télémédecine mis en place par le MSPP en 2021, devra pallier la faible utilisation du numérique par le personnel de santé, la sécurité des données des patients et l'amélioration des soins. C'est un programme dont le cadre institutionnel et structurel ne sont pas encore bien définis et il nécessite également des ressources pour son développement (ressources humaines, financières, matérielles et infrastructurelles).

Le Système de surveillance épidémiologique intégré n'est pas complètement performant

On note une faiblesse dans la notification précoce des données dans les provinces de l'extrême nord et le retard dans les réponses aux épidémies. Les retards sont souvent liés à la disponibilité des fonds devant être alloués par le MSPP. Avec la mise en place du DHIS2, les données de la surveillance ne sont pas intégrées dans cette plateforme. La disponibilité limitée des réseaux

(internet et téléphonique) dans certaines zones de responsabilité ne favorise pas la transmission des données de surveillance en temps réel.

Faiblesse dans l'enregistrement des faits d'état-civil (naissances et décès) :

Un cadre formel (mécanisme d'interopérabilité) de collaboration avec les communes, les autres ministères, l'Agence nationale des titres sécurisés (ANATS) existe, de même qu'un acte ministériel rendant obligatoire la déclaration des naissances (le remplissage du bulletin de naissance, des bulletins de déclaration des naissances) dans toutes les formations sanitaires. Bien que des efforts soient enregistrés ce dernier temps, les outils d'enregistrement des faits d'état-civil ne sont pas disponibles à tous les niveaux. Les activités IEC/CCC dans les communautés en matière de déclaration des naissances et des décès ne se réalisent pas en continu et à différents niveaux, de même que l'utilisation des bénévoles dans l'établissement des faits d'état civil...

2.5.2.6 . Problèmes liés aux médicaments et autres produits de santé

Le cadre juridique et institutionnel est insuffisamment développé et mis en œuvre

Suite aux différents accords signés par le pays dans le domaine du médicament, laboratoire et autres produits de santé pour se conformer aux engagements internationaux, il était indispensable de mettre en place une autorité pharmaceutique autonome dotée de pouvoir de régulation du secteur ainsi que les textes manquants qui répondent à ces engagements. Malheureusement, on constate que les textes législatifs et réglementaires ne sont toujours pas promulgués ou adoptés et publiés. Dans le cas où ils sont publiés, leur application reste un défi à relever.

Les MEG, et autres dispositifs médicaux ne sont pas toujours disponibles dans les services

Les ruptures fréquentes des MEG dans les services affectent la qualité des soins. Ceci est dû à une insuffisance de l'instance de coordination des approvisionnements. Le Système d'Information et de Gestion Logistique (SIGL) n'est pas encore performant de même que la Chaîne d'approvisionnement dans les secteurs public et privé. Les fonds destinés à l'achat des médicaments sont insuffisants. Les pharmacies hospitalières ne sont pas organisées et fonctionnelles dans la plupart des hôpitaux qui n'ont pas souvent de médicaments traceurs, des dispositifs médicaux et des spécialités pour certaines pathologies (cancer, cardiovasculaire, neurologie...). Les conditions de transport et de stockage ne sont pas adaptées à tous les niveaux de la chaîne de distribution (CPA, PPA, FOSA) notamment dans un contexte d'accessibilité géographique difficile (manque de véhicules adaptés) et de manque de lieux de stockage appropriés.

Le sang et les produits sanguins ne sont pas toujours disponibles dans les FOSA

La faible disponibilité des produits sanguins dans les banques de sang est due à l'insuffisance de dons volontaires de sang (<10% des dons), au manque de capacité de stockage du sang et des intrants au niveau des banques de sang, d'énergie pour la conservation du sang et des

produits sanguins. On note aussi l'insuffisance en termes de coordination, d'organisation et de financement du CNTS. A cela s'ajoute la faible mobilisation et la participation des associations des donneurs de sang et des communautés.

La disponibilité, la qualité et la sécurité du diagnostic de laboratoire ne sont pas optimales

L'insuffisance des ressources humaines pour le laboratoire, l'absence d'un plan de maintenance des équipements de laboratoire, la faiblesse du système d'information des laboratoires et de la mise en œuvre de l'assurance qualité et de la biosécurité, influencent négativement la performance et la fiabilité du système des laboratoires.

Les réactifs et dispositifs médicaux ne sont pas souvent disponibles dans les FOSA

Les réactifs pour les analyses notamment en cas d'urgence, ne sont pas suffisamment disponibles dans les hôpitaux publics. Cela est dû en partie à la mauvaise gestion et organisation au niveau des hôpitaux ainsi qu'à l'insuffisance des ressources.

Le marché illicite et les faux médicaments sont en pleine expansion.

Les médicaments illicites notamment les Médicaments de Qualités Inférieures et Falsifiés (MQIF) inondent les marchés et sont sources des problèmes de santé voire des décès liés à leur utilisation. A ce jour, ce phénomène est loin d'être éradiqué malgré les actions de lutte conjointe, entreprises avec les autres services de l'administration nationale (douanes, intérieur, finance, mairie etc.) et le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention, mais ne portent pas fruit à cause de la complicité du pouvoir public. Les campagnes de sensibilisation sur les méfaits de ces médicaments de la rue ne suffisent plus.

L'utilisation des produits de santé est peu rationnelle

On constate de plus en plus des incohérences dans les prescriptions médicales et la consommation des médicaments. Les ordigrammes et autres directives ne sont pas suffisamment utilisés. A cela s'ajoute l'expansion de l'automédication et l'installation dans les rues et les communautés de charlatans. Des problèmes de santé dus aux consommations abusives et irrationnelles des médicaments sont de plus en plus fréquents. Il apparaît également une augmentation des cas de résistance à certaines molécules, notamment aux antimicrobiens et aux antipaludiques. Le plateau technique des sites sentinelles de surveillance aux résistances antimicrobiennes (RAM) est encore insuffisant. La mobilisation des ressources et les actions de sensibilisation et d'information de la population d'une part, et la formation du personnel de santé sur l'usage rationnel des médicaments d'autre part, ne sont pas suffisantes.

Le système d'assurance qualité des produits de santé n'est pas encore performant

On constate une insuffisance du système d'Assurance Qualité notamment dans les mesures d'accompagnement garantissant la qualité du médicament tout le long de la chaîne pharmaceutique de l'homologation, en passant par le Contrôle qualité pré et post marketing, pharmacovigilance des produits de santé. La faiblesse du système de pharmacovigilance contribue à la faiblesse du Système d'Assurance Qualité des produits de santé. Certains produits

ne respectent pas le circuit officiel d'approvisionnement, échappant ainsi au contrôle qualité. Un comité d'expert existe et le CONAMED est rendu fonctionnel. Les capacités, très limitées de l'inspection pharmaceutique (ressources humaines, matérielles, formation, assermentation...) portent un coût à la réglementation et à l'exécution de l'exercice de la pharmacie et de la qualité des produits.

Les produits médicaux ne sont pas financièrement accessibles à la population

Le coût de médicaments influence négativement les coûts de prestations de soins qui restent trop chers pour une population au faible revenu financier et sans couverture sanitaire (Couverture santé universelle). Cela est dû aux prix élevés des médicaments qui sont liés en partie à l'application des taxes douanières (redevance statistique, taxe CEMAC, taxe UA...) sur les produits médicaux. Enfin, les prix de vente des médicaments ne sont pas systématiquement affichés dans les structures sanitaires malgré la note circulaire du Ministre de la santé.

La production locale de médicaments et vaccins est inexistante

Elle est due à l'absence de laboratoires locaux de fabrication des médicaments, aux manques de ressources financières, à l'absence de partenariat public-privé et à l'absence d'une expertise locale. De même on note une faible capacité de production des vaccins à usage vétérinaire à l'IREC.

La médecine traditionnelle est faiblement intégrée dans le système de santé national

L'inexistence d'un cadre juridique adopté : Le projet de Loi et ses textes d'application sur la Médecine et la Pharmacopée Traditionnelle élaborés en 2004 et relus en 2016 et 2021 sont en cours d'adoption. On note une absence d'un plan stratégique national de développement de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle et une absence de collaboration entre le personnel de santé et les tradipraticiens.

2.5.2.7 Problèmes liés aux prestations sanitaires

L'offre des services de santé n'est pas optimale

Au niveau des districts sanitaires, la mise en œuvre des soins de santé primaires est encore insuffisante (PMA et PCA). Il s'agit notamment des activités de santé de la mère et de l'enfant (le SONUB, le SONUC, PF, la PTME, la PCIME et le PEV), la prise en charge des maladies prioritaires transmissibles (le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA...) et non transmissibles (Diabète, cancer...).... A cela s'ajoutent l'insuffisance des activités de santé à base communautaire et la réadaptation fonctionnelle qui contribue à la récupération des séquelles des maladies et accidents de la voie publique.

Au niveau intermédiaire, par manque d'infrastructures, équipements et ressources humaines pour offrir des soins de qualité, beaucoup d'hôpitaux de district font office d'hôpitaux provinciaux alors qu'ils ne répondent pas aux normes requises. Il faut noter l'insuffisance, voir

l'absence de services des urgences, de la réanimation, des soins intensifs, de transfusion sanguine, de néonatalogie et autres.

Au niveau national, plusieurs hôpitaux manquent des services spécialisés pour offrir les soins tertiaires de qualité. Il s'agit de l'oncologie, le centre des brûlés, la gériatrie, etc.... qui sont quasi inexistantes. Certains services ne sont pas suffisamment développés comme l'imagerie médicale (manque de Scanner, IRM...), la néonatalogie, la néphrologie... On note à ce niveau la faiblesse des services des urgences et l'insuffisance des services de réanimation et de soins intensifs.

Plusieurs documents de politiques et stratégies qui existent sont insuffisamment suivis pour garantir des services de qualité, la sûreté et la sécurité des patients. Il en est de même de la promotion de la santé pour laquelle il n'existe pas de stratégie nationale.

La qualité des services des soins en général est faible

D'une manière générale, l'insuffisance de la capacité opérationnelle des services est liée à la faible disponibilité des intrants dont les médicaments essentiels, du personnel de santé qualifié et au manque d'application de l'approche des soins centrés sur la personne. Tous ces problèmes impactent sur la qualité des services, ce qui engendre une sous-utilisation des services des soins curatifs et préventifs. A cela s'ajoute le manque de confiance des usagers qui est dû au mauvais accueil et parfois à la maltraitance dans les services de santé

Les services de santé sont peu accessibles et très peu utilisés

L'utilisation des services de santé est toujours restée faible, elle est de 0,26 NC/habitant/an en 2021. Le manque d'accessibilité est à la fois géographique, financier, logistique 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 localisation et de leur mode de vie. 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. Malgré l'inaccessibilité de ces services, on note également une faiblesse des activités à base communautaire qui pourraient palier ce manquement.

La mortalité maternelle et la mortalité infantile restent élevées

La mortalité maternelle reste la plus élevée de la sous-région. Elle est de 860/100000 NV. Le taux de mortalité néonatale est resté quasi stationnaire passant de 34‰ NV à 33‰ NV entre 2015 et 2019. Dans le même temps, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 133‰ NV à 122‰ NV. Cette situation est due au faible progrès réalisé dans l'offre et dans la qualité des soins (insuffisance des services de pédiatrie et surtout néonatal, insuffisance des ressources humaines qualifiées, insuffisance d'équipements médicotechniques et médicaments etc.). Cette insuffisance est surtout marquée par la quasi inexistence des services de néonatalogie. A cause de cette situation, un tiers de la mortalité infanto juvénile est attribuable à la mortalité néonatale.

Les maladies transmissibles représentent une charge élevée de mortalité et de morbidité au Tchad

Le profil épidémiologique du Tchad est caractérisé par les maladies endémiques et épidémiques au premier rang desquelles on trouve le paludisme, la tuberculose, les IRA, le VIH/SIDA et la diarrhée. A cela s'ajoutent les maladies émergentes et ré émergentes. Récemment le pays a connu une épidémie de Chikungunya, d'hépatite E, de fièvre jaune et de rougeole.

Depuis 2020, à l'instar des autres pays du monde, le pays a été confronté à la pandémie de COVID-19 avec 7426 cas dont 193 décès jusqu'en juillet 2022. Cette situation met à rude épreuve le système de santé déjà fragile. En dépit des efforts fournis par le MSPP, le paludisme représente à lui seul 57,29% de cause de consultation au CS, 30% d'hospitalisations et 35% des décès qui surviennent dans les formations sanitaires. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les plus touchés même si aucune tranche d'âge n'est épargnée. Les enfants de moins d'une année sont deux fois plus touchés que ceux de 1 à 4 ans. Il faut noter qu'il y a une insuffisance dans la lutte anti vectorielle. La tuberculose reste un gros problème de santé publique avec une prévalence de 144 cas sur 100 000 habitants en 2019. Environ 13 643 cas sont diagnostiqués et mis sous traitement dont 6,4% des enfants.

Le VIH/SIDA reste encore un problème majeur de santé publique au Tchad avec une prévalence de 1,6% dont 4.3% en milieu urbain. Environ 83 792 malades sont sous ARV. La file active au 31 décembre 2021 est de 83 793 malades. Il faut noter que pour le VIH pédiatrique, le dépistage précoce, l'indisponibilité ou l'insuffisance des tests et des appareils de dépistage, la limitation des formes d'ARV pédiatriques, la difficulté de leur dispensation et la vulnérabilité (situation socio-économique) des parents restent un défi majeur.

Les maladies non transmissibles (MNT) et les facteurs de risque

Elles prennent de plus en plus d'importance avec une augmentation régulière du nombre de cas chaque année. L'ampleur du problème mérite d'être documentée plus précisément. L'enquête STEPS réalisée en 2008 a montré que 31,7% de la population adulte souffre d'au moins d'une des trois pathologies (HTA, le diabète et les bronchopathies) liées aux facteurs de risques des MNT (le tabac, l'alcool, l'alimentation non équilibrée, l'incapacité physique, le stress et l'obésité). Selon l'étude parcellaire menée par la Croix Bleue Tchadienne en 2001 à Moundou dans les cabarets, la prévalence de l'alcoolisme chez les jeunes de 25 à 35 ans est de 41%, suivie de celle de 15 et 24 ans à 35%. Parmi ces consommateurs, les élèves et les étudiants représentent 70 %. La prévalence du tabagisme chez les hommes adultes est de 11.5% ; plus de 5000 enfants (10-14 ans) et 489 000 adultes consomment du tabac chaque jour (Drope et al, 2018). Aussi, une grande partie des tchadiens est exposée à la fumée secondaire : 23,3% et 44.5% des jeunes sont exposés à la fumée du tabac respectivement à domicile et dans les lieux publics fermés (GYTS 2019). Le taux de mortalité par diabète au Tchad standardisé selon l'âge pour 100 000 était de 16 pour les hommes et de 44 pour les femmes. Le diabète est d'environ 90% de type 2 et son pic se situe entre 35 et 64 ans. Il est nécessaire d'accorder une attention aux cancers et plus particulièrement celui du col d'utérus dont on dispose d'un moyen efficace de prévention primaire (vaccin HPV) et secondaire (la détection précoce du cancer intra cervical par le dosage du HPV et la cytologie) et dont le traitement abouti à une guérison complète.

La malnutrition chez les enfants est endémique dans plusieurs provinces du pays

La prévalence de la Malnutrition Aiguë Globale (MAG 2020) est estimée à 10%. Cette prévalence correspond au seuil d’alerte de 10% fixé par l’OMS. La malnutrition chronique ou retard de croissance affecte 30,5% des enfants de 0 à 59 mois

2.5.3 Recommandations issues de l’évaluation du PNDS 3

L’évaluation de la mise en œuvre du PNDS3 et des résultats obtenus ont suggéré les recommandations ci-dessous afin d’aider à l’élaboration et à la mise en œuvre du PNDS 4.

- Adopter l’approche pluridisciplinaire et multisectorielle pour l’élaboration du prochain PNDS;
- Elaborer un cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) pour le nouveau PNDS
- Rendre le PNDS 4 accessible à tous les acteurs à travers une large diffusion au sein du MSPP et auprès de tous les partenaires (Autres ministères, PTF, OSC, Privés ...);
- Renforcer la gouvernance et le leadership du MSPP ;
- Mettre en place le Comité de pilotage et le Comité de suivi de la mise en œuvre du PNDS et les rendre opérationnels ;
- Rendre fonctionnels les autres organes identifiés dans le Plan de suivi/évaluation ;
- Intégrer les nouveaux programmes nationaux dont la télémédecine ;
- Développer le programme de santé communautaire ;
- Développer les activités des hôpitaux nationaux ;
- Renforcer le Service de suivi et évaluation du PNDS en personnel qualifié et lui allouer les moyens nécessaires pour son fonctionnement ;
- Poursuivre l’accréditation des Ecoles de Santé et leurs allouer les moyens conséquents pour leur fonctionnement ;
- Poursuivre la formation des cadres du niveau central, des délégués, MCD et ECD en planification, en suivi/évaluation, en leadership et gouvernance ;
- Instituer et généraliser un programme de mise à niveau pour tous les nouveaux acteurs dans les services centraux, les DPSP et les DS, sur les documents d’orientation importants du MSPP dont le PNDS et les PPDS ;
- Intégrer le calendrier des réunions statutaires dans le PAO, le diffuser à tous les niveaux et le faire respecter;
- Rendre opérationnels les services d’archivage de la documentation à tous les niveaux ;
- Assurer la vulgarisation du PNDS et des PPDS à tous les niveaux de la pyramide (compréhension du contenu) ;
- Assurer la formation et la communication de tous les acteurs impliqués pour une meilleure appropriation du PNDS et des PPDS.

3 Troisième partie : Cadre stratégique

3.1 Rappel des stratégies

3.1.1 Rappel de la stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle

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

1^{er} axe : Développer les mécanismes contre les risques financiers

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

2^{ème} axe : Utiliser les ressources plus efficacement et équitablement

La mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle (CSU) demande des financements nouveaux et complémentaires. Mais, on doit 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.).

Aussi, un accent particulier sera mis sur l'équité dans l'utilisation des ressources publiques en santé afin de faire bénéficier toute la population et en particulier les plus démunies.

3^{ème} axe : Favoriser le partenariat public privé

L'offre de services de santé doit être la meilleure possible et satisfaire les besoins de la population. Une des voies pour qu'elle soit mieux protégée consiste à ce que tous les acteurs de la santé, publics comme privés, y contribuent au mieux dans le respect de la PNS et de la Politique nationale de contractualisation. Il sera donc procédé à la diversification des prestataires de services de santé tout en renforçant la collaboration entre eux. En facilitant au

côté du secteur public, le développement de différentes catégories de prestataires de soins privés, on donne davantage de choix à la population pour se soigner.

4^{ème} axe : Prévenir des risques ayant une incidence sur la santé.

Dans la vie quotidienne, la population est exposée à un certain nombre de risques dont plusieurs ont un lien avec la santé (par exemples : risques d'accidents de la route, exposition à différentes formes de contaminations alimentaires, environnementales, à des catastrophes naturelles, risques d'agression, etc.). Face à ces risques, elle ne se sent pas toujours protégée. Il est alors du devoir de l'Etat de la protéger contre ces risques qui ont des incidences sur sa santé. La SNCSU envisage les actions que l'Etat peut prendre pour prévenir ces risques. Tous les Ministères sont potentiellement concernés. Les actions pourront recourir à des moyens divers : campagnes d'information et de sensibilisation, élaboration des normes et règlementations, mise en place des taxations spécifiques sur certains biens dont on connaît les effets néfastes sur la santé de la population, etc.

5^{ème} axe : Prendre davantage en compte les souhaits de la population.

Très souvent ce sont les institutions ou acteurs qui pensent à la place des individus à propos de contre quoi et comment les protéger, mais rarement ils demandent leur avis afin de le prendre en compte. Le principe de base de cet axe est d'impliquer la population à toutes les étapes du processus de la CSU en lui fournissant les informations requises et en lui offrant les moyens de faire connaître ses besoins. Les actions à développer consisteront à consulter la société civile sur les besoins en protection sociale, en santé et développer un dialogue régulier autour de ses souhaits et/ou de ses propositions, saisir directement les besoins des populations au moyen d'enquêtes et/ou des sondages d'opinion auprès des ménages, développer l'information de la population sur la CSU en se basant sur les agents communautaires, utiliser des indicateurs de résultats qui puissent être communiqués largement et régulièrement, etc.

6^{ème} axe : Mobiliser les ressources financières pour la CSU

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

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

En conclusion, la mise en œuvre de la SNCSU devrait permettre de rendre les services de santé de qualité accessibles géographiquement et financièrement à tous les niveaux du système de

santé, sans que personne n'ait à faire face à des dépenses catastrophiques à cause du coût des services de santé.

3.1.2 Rappel de la politique nationale de la santé : Vision, Pilier, Orientations Stratégiques

3.1.2.1 Vision de la politique nationale de la santé

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.

3.1.2.2 Fondement, valeurs et principes

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

- **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).

- **Principes directeurs**

Les principes directeurs de la PNS sont :

Le leadership : le MSPP 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).

3.1.2.3 Orientations globales de la politique nationale de santé

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 MSPP doit également développer et mettre en œuvre les stratégies nationales pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans toutes ses composantes à savoir : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base et Complets (SONUB/SONUC), les mutilations génitales féminines (MGF) et le Planning familial (PF) sont des volets à améliorer. Il en est de même pour la santé environnementale.

Le MSPP doit assurer la continuité des soins et renforcer l'intégration des soins. Le PMA et le PCA doivent être revus et réadaptés périodiquement en fonction des besoins. 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 nombre et en qualité à tous les niveaux du système et leur fidélisation sur le terrain. Le circuit des médicaments et autres intrants doit également être renforcé et sécurisé.

L'organisation des services et la coordination de la gestion du système national de santé y compris les secteurs privés lucratifs et traditionnels, 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.

3.2 Objectifs, orientations stratégiques, actions prioritaires

3.2.1 Objectif général et objectifs spécifiques

Objectif général du PNDS4

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 socioéconomique du pays.

Cibles

- D'ici 2030, réduire le taux de mortalité maternelle de 860 pour 100.000 naissances vivantes à 564 pour 100.000 naissances vivantes⁸;
- D'ici 2030, réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 122 à 74 pour 1000 NV ;
- D'ici 2030, réduire le taux de mortalité infantile de 78 pour 1.000 à 37 pour 1000 NV;
- D'ici 2030, réduire le taux de mortalité néonatale de 33 pour 1000 à 20 pour 1000 NV;
- D'ici 2030, réduire l'indice synthétique de fécondité de 6,4 à 4% ;
- D'ici 2030, réduire de moitié le taux de fécondité des adolescents de 19 à 24 ans actuellement à 138 %.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont regroupés ci-dessous selon les piliers du système de santé.

Pilier 1: Gouvernance, leadership et coordination

- D'ici 2030, améliorer la gouvernance et le leadership dans le secteur :
 - La proportion de structures disposant des organes de gouvernance fonctionnels passe de 40 à 80% ;
 - La proportion de structures disposant de mécanismes de coordination et de partenariat fonctionnels au niveau national, provincial, district et communautaire passe de 50% à 100% ;

⁸La réduction du taux de la mortalité maternelle à 564 % est donnée par l'outil One Health lors de la budgétisation, sur la base des hypothèses retenues.

- D'ici 2030, amener les responsables à organiser au moins 90% des réunions de coordination sont sanctionnées par un rapport à tous les niveaux.
- D'ici 2030, améliorer le partenariat national et international et en particulier, le partenariat public et privé :
 - Le pourcentage de conventions et de contrats signés avec le secteur privé passe à 90% ;
 - La proportion des missions conjointes réalisées passe de 50 à 90%.
- D'ici 2030, améliorer le pilotage du secteur de la santé à tous les niveaux de la Pyramide sanitaire :
 - Le % de Revue réalisée passe de 80% à 100% ;
 - Le % des recommandations issues des missions et d'audits mis en œuvre passe de 50 à 80% ;
 - Le % des COSAN et COGES fonctionnels passe de 16 à 70% ;
 - La Proportion de structures disposant d'outils de planification et d'établissement de rapports pertinents pour chaque niveau de soins (politique, stratégie, plans opérationnels) passe de 60 à 100% ;
 - La proportion des structures qui utilisent le PNDS 4 comme document de référence passe de 50 à 80%.

Pilier 2: Financement de la santé

- D'ici 2030, faire passer le taux de couverture de la population par l'assurance maladie de 1% (2018) à 35% ;
- D'ici 2030, accroître la part du budget général de l'Etat destinée à la santé de 7,25% en 2021 à 15%;
- D'ici 2030, faire passer le taux d'exécution du budget de la santé de 90 à 100% ;
- D'ici 2030, réduire les dépenses des ménages en santé de 64,4% (2018) à 44,4%.

Pilier 3: Ressources humaines de la santé

- D'ici 2030, utiliser les documents de politiques, de normes et de stratégies sanitaires dans 80% des établissements à tous les niveaux ;
- D'ici 2030, rendre disponibles les outils de gestion du personnel dans 80% des structures et à tous les niveaux ;
- D'ici 2030, utiliser les outils de gestions du personnel dans 80% des institutions et à tous les niveaux ;
- D'ici 2030, faire passer la densité du personnel de santé pour 1000 habitants de 0,8 à 2.

Pilier 4: Infrastructures et équipements sanitaires

- D'ici 2030, construire/équiper 50% des structures selon les normes nationales ;
- D'ici 2030, augmenter la couverture théorique en infrastructures sanitaires fonctionnelles de 86% à 90% ;
- D'ici 2030, rendre effective la maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux dans 50% des établissements sanitaires selon la politique.

Pilier 5: Système d'information

- D'ici 2030, produire les informations sanitaires de qualité à temps réel et les rendre disponibles à tous les niveaux ;
- D'ici 2030, rendre disponibles les données de la surveillance épidémiologique intégrée à tous les niveaux et organiser une prompte riposte en cas d'épidémie ;
- D'ici 2030, rendre l'enregistrement des faits d'état civil systématique dans 100% des établissements de santé ;
- D'ici 2030, rendre le DHIS2 opérationnel dans tous les DS.

Pilier 6 : Médicaments et autres produits de santé

- D'ici 2030, augmenter de 34 à 90% les établissements de santé qui ne connaissent pas de rupture de stock de produits traceurs de santé ;
- D'ici 2030, analyser au niveau du laboratoire de contrôle qualité au moins 50% des produits pharmaceutiques consommés par la population ;
- D'ici 2030, contrôler la qualité des examens dans 30% des laboratoires biomédicaux grâce à un mécanisme de contrôle qualité ;
- D'ici 2030, mettre sur le marché, au moins 10 médicaments traditionnels améliorés ;
- D'ici 2030, satisfaire au moins des besoins en poches de sang;
- D'ici 2030, augmenter le nombre de donneurs volontaires de sang de 10 à 50%.

Pilier 7: Prestation de services de santé

- D'ici 2030, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire la prévalence du VIH de 1,6% à 1,2% dans la population générale;
- D'ici 2030, réduire de 30% l'incidence de la tuberculose de la tuberculose qui est de 144 pour 100.000 habitants ;
- D'ici 2030, réduire d'au moins 40% le taux de morbidité et de mortalité liées au paludisme ;
- D'ici 2030, éliminer les principales maladies tropicales négligées, les hépatites virales et les maladies transmissibles ;
- D'ici 2030, promouvoir la santé mentale;
- D'ici 2030, réduire de 50% le taux de consommation des substances psychoactives notamment les stupéfiants, l'alcool et le tabac ;
- D'ici 2030, réduire de 30% le nombre des décès dus à des accidents de la voie publique ;
- D'ici 2030, augmenter le taux de prévalence contraceptive de 8,1% à 20% ;

- D'ici 2030, accroître la couverture en SONU à 109 structures sanitaires au niveau national ;
- D'ici 2030 accroître le taux de CPN de 31 à 50% ;
- D'ici 2030 accroître le taux d'accouchement dans les formations sanitaires par du personnel qualifié de 37% à 67% ;
- D'ici 2030, réduire de 20% le nombre des décès dus à des substances chimiques dangereuses, à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol ;
- D'ici 2030, réduire les différentes formes de malnutrition suivantes dans la population tchadienne :
 - Le niveau de malnutrition chronique qui est de 30,4 % à 20% ;
 - Le niveau de malnutrition aiguë qui est de 10,9 % à moins de 5% ;
 - Le niveau de l'anémie chez les femmes enceintes à moins de 30%.
- D'ici 2030, augmenter le taux de l'allaitement maternel exclusif de 11,4 % (2021) à 30% ;
- D'ici 2030, atteindre au moins 90% de couverture vaccinale pour chaque antigène.

3.2.2 Chaîne des résultats

Le tableau suivant présente les principaux indicateurs selon les piliers du système de santé qui sont : la gouvernance, le financement de la santé, les infrastructures et les équipements, le système d'information sanitaire, les ressources humaines en santé, les médicaments et autres produits de santé et la prestation des services de santé. Pour chaque pilier, sont résumés les indicateurs d'intrant et de processus, les indicateurs d'extrait et les indicateurs d'effet.

Tableau 12 Chaîne des résultats

| PILERS | INTRANTS ET PROCESSUS | EXTRANTS | EFFETS |
|--------------------|---|--|--|
| Gouvernance | <ul style="list-style-type: none"> 80% des structures disposant des organes de gouvernance fonctionnels ; 100% des structures disposant de mécanismes de coordination et de partenariat fonctionnels au niveau national, provincial, district et communautaire. Au moins 20% de nouvelles conventions et de contrats sont passés avec le secteur privé ; 100% des structures disposent d'outils de planification et d'établissement de rapports pertinents pour chaque niveau de soins (politique, stratégie, plans opérationnels). Au moins 80% des ressources dédiées à la mise en œuvre de la CSU sont mobilisées ; Au Moins 15% du Budget Général de l'Etat est mobilisé pour la santé. ; | <ul style="list-style-type: none"> Au moins 95 % des réunions de coordination sanctionnées par un rapport sont organisées à tous les niveaux ; 90% des missions conjointes réalisées. | <ul style="list-style-type: none"> La gouvernance est améliorée et le leadership renforcé dans le secteur. Le partenariat national et international s'est amélioré en particulier le partenariat public et privé |
| | | <ul style="list-style-type: none"> 100% de réalisation des Revues annuelles ; 80% des recommandations issues des missions et d'audits mises en œuvre ; 70% des COSAN et COGES fonctionnels 80% des structures qui utilisent le PNDS 4 comme document de référence. | <ul style="list-style-type: none"> Le pilotage du secteur de la santé et le suivi de la mise en œuvre du PNDS 4 sont améliorés à tous les niveaux de la Pyramide sanitaire. |
| Financement | | <ul style="list-style-type: none"> 35% de la population bénéficie de l'assurance maladie ; 50% des bénéficiaires de l'assurance santé sont des personnes économiquement démunies ; | <ul style="list-style-type: none"> Les dépenses des ménages en santé sont réduites de 20% de leur niveau de 2018 ; Le taux d'utilisation du service curative par la population atteint au moins 60%. |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Ressources Humaines</p> | <ul style="list-style-type: none"> • La production des RH s'est améliorée ; • Le quota de recrutement des RH a augmenté d'au moins 20% ; • La gestion des RH est améliorée. | <ul style="list-style-type: none"> • 80% des ressources financières sont utilisées de manière efficiente • 80% des structures de santé disposent et utilisent des outils de gestion du personnel adaptés à tous les niveaux ; • La densité du personnel soignant a augmenté à 2 pour 1000 habitants ; • Les RH de qualité et en quantité sont disponibles à tous les niveaux. | <ul style="list-style-type: none"> • La population bénéficie des prestations de soins de qualité à tous les niveaux. |
| <p>Infrastructures et équipements</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 100% des nouvelles structures sont construites et équipées selon les normes nationales ; • 50% des structures existantes sont mises aux normes nationales ; • Rendre effective la maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux dans 50% des établissements sanitaires. | <ul style="list-style-type: none"> • L'indice de capacité opérationnelle de structure de santé amélioré ; • 90% des infrastructures sanitaires sont fonctionnelles. | <ul style="list-style-type: none"> • La population bénéficie des prestations de soins de qualité à tous les niveaux. |
| <p>Système d'information sanitaire</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Les informations sanitaires de qualité sont produites en temps réel et sont disponibles à tous les niveaux ; • Les données de la SSEI sont disponibles à tous les niveaux et | <ul style="list-style-type: none"> • Un annuaire des statistiques sanitaires est produit au plus tard trois mois après la fin de l'année ; • 30% des hôpitaux utilisent la télé-médecine. • 100% des DS utilisent le DHIS2 de manière synchronisée et en temps réel ; | <ul style="list-style-type: none"> • L'information est utilisée pour la planification et la prise des décisions à tous les niveaux. |

| | | | |
|---------------------------|--|---|--|
| | <p>permettent une prompte riposte en cas d'épidémie ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'enregistrement des faits d'état civil systématique est assuré dans 100% des établissements de santé ; • La santé numérique est fonctionnelle à tous les niveaux ; • Le DHIS2 est rendu opérationnel dans tous les DS ; • Les capacités institutionnelles et techniques en recherches et les enquêtes en santé sont renforcées. | <ul style="list-style-type: none"> • 100% des naissances vivantes bénéficient des bulletins de naissance ; • Le mécanisme d'interopérabilité des faits d'états civils est utilisé à tous les niveaux ; • Toutes les études et enquêtes prévues sont réalisées dans le délai. | |
| <p>Médicaments</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Le cadre juridique et institutionnel est adapté au contexte et aux objectifs pour l'amélioration du secteur pharmaceutique, des laboratoires et autres produits de santé ; • Les MEG, les produits sanguins et autres dispositifs médicaux sont disponibles sur toute la chaîne d'approvisionnement ; • 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 ; | <ul style="list-style-type: none"> • 90%, des établissements de santé ne connaissent pas de rupture de stock de produits médicaux traceurs de santé ; • Au moins 50% des produits pharmaceutiques consommés par la population sont contrôlés et analysés ; • Les examens dans 30% des laboratoires biomédicaux sont contrôlés grâce à un mécanisme de contrôle qualité ; • Les besoins en poches de sang sont satisfaits à au moins 80% ; | <ul style="list-style-type: none"> • Le taux de satisfaction de la prescription médicale est de 100% ; • 100% de la population utilise les produits médicaux de qualité. |

| | | | |
|------------------------------------|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Le circuit d'approvisionnement et de distribution des médicaments est respecté par tous les partenaires. | <ul style="list-style-type: none"> 100% des FOSA utilisent le circuit réglementaire d'approvisionnement des produits médicaux. | |
| <p>Prestations de soins</p> | <ul style="list-style-type: none"> Toutes les structures de santé fonctionnelles disposent de tous les services conformément aux normes nationales ; La lutte contre les facteurs de risque (tabac, alcool, autres drogues, la sédentarité...) des maladies non transmissibles est renforcée à tous les niveaux du système de santé ; Le taux de l'allaitement maternel exclusif est augmenté de 11,4 % à 30% ; Le taux de couverture vaccinale pour chaque antigène doit atteindre au moins 90%. | <ul style="list-style-type: none"> La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de vaccination sont passées respectivement de 87% et 48% à 100% ; Le taux de succès thérapeutique de la TB est passé de 74% à 85% ; Le taux de couverture de la CPN1 et CPN4 passent respectivement de 64% et 31% à 75% et 50% ; La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de lutte contre les maladies transmissibles augment à 100% ; La disponibilité des services de lutte contre les MNT passe de 32% à 75% et leur capacité opérationnelle augmente à 70% ; L'utilisation des services curatifs passe de 0.2 à 0.5 consultations par habitants et par an. | <ul style="list-style-type: none"> Le taux de prévalence des principales maladies transmissibles est réduit significativement (VIH/Sida, Tuberculose, Paludisme, les Hépatites virales...); Les maladies tropicales négligées sont éliminées ; Le taux de prévalence des principales maladies non transmissibles est réduit significativement (cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires ...); La prévalence de la malnutrition aigüe et chronique est réduite au sein de la communauté ; La préparation et la réponse aux urgences sanitaires sont assurées ; Les prestations des soins de qualité sont assurées à tous les niveaux ; La sécurité des patients est garantie dans l'ensemble des formations sanitaires du pays ; La couverture en chaîne du froid augmente de 67% à 95% ; Le taux de prévalence contraceptive augmente de 5 à 10% ; Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié augmente de 34% à 65%. |

3.2.3 Cadre logique du PNDS 4 et analyse des risques

3.2.3.1 Cadre logique

Tableau 13 : Tableau cadre logique

| OG | Objectifs | IOV | Données de base | Cibles 2025 | Cibles 2028 | Cibles 2030 | Sources de vérification | Hypothèses / risques |
|---------|--|---|------------------|------------------|------------------|-------------|-------------------------|---|
| | <i>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 socioéconomique du pays.</i> | Le taux de mortalité maternelle passe de 860 pour 100.000 naissances vivantes à 500 pour 100.000 naissances vivantes; | 860/100 000 hab. | 700/100 000 hab. | 580/100 000 hab. | 500/100 000 | EDST/MICS | Stabilité politique, stabilité économique, volonté politique, sécurité, engagements des PTF, implication de la communauté |
| | | Le taux de mortalité infantile-juvénile passe de 122 à 74 pour 1000 NV ; | 122/1000 NV | 101/1000 NV | 85/1000 NV | 74/1000 NV | | |
| | | Le taux de mortalité infantile passe de 79 pour 1.000 à 37 pour 1000 NV; | 79/1000 NV | 60/1000 NV | 46/1000 NV | 37/1000 NV | | |
| | | Le taux de mortalité néo-natale passe de 33 pour 1.000 à 20 pour 1000 NV; | 33/1000 NV | 27/1000 NV | 23/1000 NV | 20/1000 NV | | |
| | | L'indice synthétique de fécondité passe de 6,4 à 4. | 6,4 | 5,33 | 4,53 | 400% | | |
| Piliers | OS traceurs | Indicateurs traceurs | Données de base | Cibles 2025 | Cibles 2028 | Cibles 2030 | Sources de vérification | |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|-------|--------|--------|------|--------------------------------|
| Gouvernance/Leadership/Coordination | OS 1- Renforcement de la Gouvernance, du leadership et de la coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Le % de structures disposant des organes de gouvernance fonctionnels passe de 40 à 80% à tous les niveaux. | 40% | 62,22% | 78,89% | 80% | Rapport d'évaluation du PNDS 4 |
| | | La proportion de structures disposant de mécanismes de coordination, de planification et de partenariat fonctionnels au niveau national, provincial, district et communautaire passe de 50% à 100%. | 50% | 72,22% | 88,89% | 100% | |
| | | La proportion des missions conjointes réalisées passe de 50 à 90%. | 50% | | | 90% | |
| | | Le % des COSAN et COGES fonctionnels passe de 40 à 90%. | 40% | 62,22% | 78,89% | 70% | |
| Financement de la santé | OS3 : Renforcement de la santé communautaire | Le budget de la santé passe de 7,25% en 2021 du budget général de l'Etat à 15% 2030. | 7,25% | 11,67% | 15,83% | 20% | CNAS |
| | | OS1: Mobilisation des ressources financières conséquentes en faveur de la santé | | | | | |
| | | OS 3: Effectivité des régimes de l'assurance santé de la stratégie nationale -CSU | | | | | |
| | | Le taux de couverture de la population par l'assurance maladie passe de 1% en 2018 à 35%. | 1% | 9,44% | 15,78% | 35% | |
| | | Le pourcentage des personnes économiquement démunies | 00 | 15% | 30% | 50% | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|---|--------|--------|--------|--------------------|--------------------|--|
| | | bénéficiant de l'assurance santé atteint 50% en 2030. | | | | | | | |
| | | La part des dépenses en santé des ménages en santé passe de 64,4% à 44,40%. | 64,40% | 57,73% | 51,07% | 44,40% | | | |
| | | | | | | | | | |
| Ressources humaines en santé | OS 2 : Renforcer la production des ressources humaine en santé | La production annuelle du personnel de santé passe de 650 à 800 | 650 | 800 | 800 | 800 | Ann. Statis. Santé | | |
| | | Le pourcentage de personnels de santé recrutés et déployés par an augmente de 800 tous les ans. | 500 | 800 | 800 | 800 | Ann. Statis. Santé | | |
| | OS3: Renforcer les capacités des formations sanitaires en RHS en qualité et en quantité suffisante sur la base du PMA-PCA. | La densité en personnel de santé passe de 0,8 à 2 | 0,8 | 1,2 | 1.6 | 2 | Rapport DRH | | |
| Infrastructure et équipement | OS 6: Améliorer la gestion des RHS | 100% des structures de santé utilisent des outils appropriés pour la gestion du personnel de santé | 40% | 66,67% | 86,67% | 100% | Rapport DRH | | |
| | | OS 3 : Accroissement de la couverture en infrastructures sanitaires | La couverture théorique de la population. en infrastructures sanitaires fonctionnelles passe de 86% à 90% | 86% | 87,78% | 89,91% | 90% | Ann. Statis. Santé | |

| | | | | | | | |
|---|--|---|------|--------|--------|------|--------------------|
| | OS 4 : Amélioration de la maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux | Un service de maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux est mis en place et fonctionne dans au moins 50% des hôpitaux (HD, HP et HN) | 20% | 37,78% | 51,11% | 50% | |
| | | <hr/> | | | | | |
| Système d'information sanitaire | OS 1 : Renforcement de la coordination et du leadership en matière de l'information sanitaire | L'observatoire national de santé est fonctionnel et renseigne l'observatoire africain de santé chaque semestre | | | | | Ann. Statis. Santé |
| | | Le taux de complétude et promptitude passe de 80% à 100% | 80% | 88,89 | 95,56 | 100% | |
| | OS 5 : Amélioration du système de surveillance épidémiologique intégrée (SSEI) | La qualité des données de la SSEI augmente à plus de 90% selon les procédures de l'OMS; | 80% | 90% | 90% | 90% | |
| | | La télé-médecine est introduite dans 40% des hôpitaux (nationaux, provinciaux et de district) | 0% | 17,78% | 31,11% | 40% | |
| OS 6 : Développement de la E-santé | 100% des DS utilisent effectivement le DHIS2 de manière synchronisée et en temps réel | 82% | 100% | 100% | 100% | | |
| | Le taux de complétude et de promptitude des données du | 85% | 100% | 100% | 100% | | |

| | DHIS2 au niveau national atteint 100% | | | | | | |
|--|--|-----|--------|--------|-----|-----------------------|--|
| Médicaments | | | | | | | |
| <p>OS 2 : Renforcement de la chaîne d'approvisionnement et de la gestion de la disponibilité des médicaments, sang, vaccins et réactifs.</p> <p>OS 3 : Amélioration du système des laboratoires pour le diagnostic</p> <p>OS 4 : amélioration de la qualité de médicaments, du sang des vaccins et des réactifs y compris les médicaments issus de la médecine et pharmacopée traditionnelles</p> <p>OS 5 : amélioration de l'utilisation rationnelle des médicaments et</p> | Le pourcentage des établissements de santé qui ne connaissent pas de rupture de stock de médicaments traceurs de santé et de vaccins passe de 34% à 90%; | 34% | 58,89% | 77,56% | 90% | Ann. Statis. Santé | |
| | Le pourcentage d'établissements de santé qui ne connaissent pas de rupture de stock de sang augmente de 0% à 60%; | 0% | 26,67% | 46,67% | 60% | | |
| | D'ici 2030, contrôler la qualité des examens biomédicaux dans au moins 50% des laboratoires ; | 0 | 22,22% | 38,89% | 50% | | |
| | Le pourcentage des médicaments importés par la CPA dont la qualité est vérifiée passe de 40% à au moins 80%; | 40% | 57,78% | 71,11% | 80% | | |
| | La proportion des CS et des hôpitaux qui utilisent des ordigrammes et des guides thérapeutiques passe de 30% à au moins 90% | 30% | 56,67% | 76,67% | 90% | | |

| autres produits de santé | | | | | | | | |
|---|---|-----------------|-----------------|----------------|----------------|------------------|--|--|
| Prestation des services et soins OS 2 : Offre de soins et services de qualité et (organisation et disponibilité) OS 3 : Demande de soins | Le taux d'utilisation des services curatifs passe de 23% à 43% | 23% | 35% | 44% | 43% | Ann. Stat. Santé | | |
| | Le taux d'enfants complètement vaccinés avant 12 mois passe de 69% à 90% | 70% | 78,83% | 85,53% | 90% | | | |
| | Le taux de couverture vaccinale en Penta 3 chez les enfants de 0 à 11 mois passe de 65% à 90% ; | 65% | 76,11% | 84,44% | 90% | | | |
| | Le taux d'utilisation des produits contraceptifs passe de 8,1% à 20% | 8,10% | 11,11% | 13,44% | 20% | | | |
| | Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié dans les structures passe de 27% à 67% | 27% | 44% | 56,60% | 67% | | | |
| | Le taux de césarienne passe de moins de 1% à 5% | 1% | 2,78% | 4,11% | 5% | | | |
| | Le taux de couverture de la CPN 4 passe de 31% à au moins 50% | 31% | 39,44% | 45,78% | 50% | | | |
| | La prévalence de la TB passe de 144/100 000 hab. à 70/100 000 hab. | 144/100000 hab. | 111/100000 hab. | 86/100000 hab. | 70/100000 hab. | | | |
| | La prévalence du VIH/SIDA passe de 1.6% à 1.2% | 1,60% | 1,42% | 1,29% | 1,20% | | | |
| | Le taux de mortalité lié au paludisme passe de 31.4 à 20% | 31,40% | 26,36% | 22,54% | 20% | | | |
| | Les activités de santé à base communautaire sont mises en | 5% | 25% | 40% | 50% | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|--|--------|--------|------|--|--|
| | œuvre dans au moins 50% des districts sanitaires fonctionnels | | | | | | |
| OS 4 : Qualité de soins garantie pour toute la population (suivi et supervision formative, renforcement des capacités, comité thérapeutique, guide ordinogrammes) | La proportion des CS et des hôpitaux qui utilisent des ordinogrammes et des guides thérapeutiques passent de 30% à au moins 90% | 30% | 56,67% | 76,67% | 90% | | |
| | OS 5 : Sécurité sanitaire et la gestion des urgences de santé publique | 100% des épidémies ont été détectés et ont eu une réponse rapide | 100% | 100% | 100% | | |
| OS 6: Promotion de la nutrition et prise en charge des cas | Le niveau de malnutrition chronique est réduit de 30,4 % à 20% ; | 30,4% | 25,78% | 22,31% | 20% | | |
| | Le niveau de malnutrition aiguë est réduit de 10,9 % à moins de 5% ; | 10,90% | 8,28% | 6,31% | 5% | | |

3.2.3.2 Analyse des risques

Tableau 14 : Analyse des risques

| | Risques | Actions à prendre |
|-------------------------|---|---|
| Contexte général | | |
| 1 | Une crise financière avec moins de ressource pour mettre en œuvre le PNDS 4 | <ul style="list-style-type: none"> • Développer davantage des mécanismes internes de financements innovants. |
| 2 | Une situation sécuritaire, politique et sociale trouble (terrorisme, guerre, etc.) qui pourrait bloquer toutes les activités planifiées | <ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer pour une bonne gouvernance et le respect des textes |
| 3 | Catastrophes climatiques ou environnementales ou la recrudescence des maladies à potentielles épidémiques (COVID 19, fièvres hémorragiques, maladies émergentes et ré-émergentes) | <ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer pour limiter les effets des changements climatiques ; • Mener des réflexions stratégiques sur les risques émergents et leur prise en compte dans les politiques sectorielles ; • Améliorer la qualité de la SSEI. |
| 4 | Troubles intercommunautaires pouvant entraîner le déplacement des populations | <ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer pour la sensibilisation sur la cohabitation pacifique et le respect de l'application des Lois. |
| 5 | Pesanteurs socio-culturelles qui limitent l'utilisation des services et l'adoption de comportement favorables à la santé | <ul style="list-style-type: none"> • Faire le plaidoyer, sensibiliser et renforcer les actions de promotion de la santé. |
| 6 | Instabilité institutionnelle pouvant bloquer le fonctionnement des organes et structures | <ul style="list-style-type: none"> • Réduire le mouvement des cadres au niveau du MSPP et des provinces ; • Eviter le changement fréquent de l'organigramme du MSPP. |
| 7 | Une insuffisante application de la politique de redevabilité et responsabilisation pourrait influencer une utilisation efficiente et des ressources et donc les résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les missions de supervision et de contrôle et appliquer les textes y afférents. |
| 8 | Un retard ou non adoption des textes de loi au niveau du Parlement pourrait bloquer le développement de certaines actions | <ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer et sensibiliser les autorités. |
| 9 | Substitution du niveau central au niveau périphérique dans la prise de certaines décisions et actions qui peut retarder l'autonomisation des districts et par conséquent réduit la performance du système | <ul style="list-style-type: none"> • Respecter les cahiers de charges des responsables affectés aux différents niveaux ; • Renforcer le système de santé de district. |
| 10 | Une insuffisant fonctionnement des organes de mise en œuvre et de suivi du PNDS 4 peut entraîner le faible pilotage du secteur | <ul style="list-style-type: none"> • Développer les mécanismes de suivi prévus dans le plan de suivi/évaluation • Relever le niveau de rattachement du comité de pilotage |
| 11 | La création anarchique des CS et DS sans le respect du plan de couverture avec le risque de désorganisation du système et mauvaise couverture de la population | <ul style="list-style-type: none"> • Respecter la carte sanitaire • Respecter les procédures de création des CS et DS selon les normes édictées par le MSPP |
| 12 | Une faible collaboration du secteur privé et confessionnel pourrait agir sur la qualité de l'offre de soins | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un mécanisme de collaboration avec des engagements réciproques des parties • Renforcer la politique contractuelle |

| | | |
|--|--|---|
| 13 | Faible collaboration intersectorielle entre le Ministère en charge de la Santé et les autres Ministères impliqués dans la gestion et la production des Ressources Humaines | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la fonctionnalité des organes multisectoriels • Plaidoyer pour l'augmentation des RHS |
| 14 | Une faible application des mesures de fidélisation du personnel peut démotiver et jouer sur la qualité des prestations | <ul style="list-style-type: none"> • Revoir le mode de désignation des responsables et renforcer les capacités des cadres |
| 15 | Une insuffisance en personnel qualifié peut rendre difficile l'offre des soins et réduit la performance du système | <ul style="list-style-type: none"> • Plaider pour l'augmentation du quota du personnel recruté pour la santé • Renforcer la capacité de production du personnel |
| Contexte relatif au Financement | | |
| 16 | Corruption et détournement des deniers publics | <ul style="list-style-type: none"> • Respecter les dispositifs mis en place pour sécuriser les ressources publiques • Renforcer le contrôle, le suivi et l'inspection et appliquer les décisions qui s'imposent |
| 17 | Une faible adhésion de la population aux régimes de la CSU/CNAS pourrait réduire l'atteinte des résultats de la CSU/CNAS | <ul style="list-style-type: none"> • Formater/sensibiliser les populations sur la CSU/CNAS • Promouvoir la mise en place des structures de participation de la population à la gestion de la CSU/CNAS |
| 18 | Une insuffisance de ressources financières peut freiner la mise en œuvre du PNDS | <ul style="list-style-type: none"> • Faire des plaidoyers réguliers à l'endroit des structures telles que l'Assemblée nationale, le Ministère en charge du budget, les Collectivités locales, secteur privé et les PTF |
| Contexte relatif au Médicament | | |
| | L'ampleur du marché illicite de médicaments contrefaits détourne la population des services de santé et aggrave la santé de la population | <ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer auprès des plus hautes autorités du pays • Engager une lutte acharnée pour l'éradication de ce fléau |
| | Les ruptures fréquentes de produits de santé dans les PPA et à la CPA favorisent l'introduction de produits non contrôlés et joue sur la qualité des soins | <ul style="list-style-type: none"> • Diversifier les sources d'approvisionnement sûres de produits • Augmenter la production locale des produits de santé |
| Contexte relatif à Prestation des services et soins | | |
| 19 | La non intégration des activités des programmes nationaux peut entraîner la duplication des interventions et un gaspillage des ressources | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités en planification et mettre en place des mécanismes de coordination |
| 20 | Les mauvaises rumeurs sur l'offre de service peuvent entrainer la non utilisation des services | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la communication entre le personnel de santé et la population • Mettre en place un système d'écoute. |

3.2.4 Orientations stratégiques

Conformément à la PNS, les orientations stratégiques du présent PNDS découlent de différents problèmes identifiés dans les piliers du système de santé. Il s'agit des orientations stratégiques relatives à la gouvernance, au leadership et à la coordination, 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.

3.2.4.1 OS. Pilier gouvernance, leadership et coordination

OS 1 : Renforcement de la Gouvernance, du leadership et de la coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Résultat 1.1 La culture de responsabilité, de la transparence et de la redevabilité est renforcée dans tous les services

Action 1.1.1 : Elaborer un recueil de textes juridiques sur la santé et suivre leur application ; de nombreux textes juridiques sur la santé sont pris et conservés de manière éparse dans les directions et services. Il est recommandé que la Direction de la législation les recense, les archive et conçoive un recueil pour permettre le suivi de leur application effective.

Action 1.1.2 : Créer une unité de documentation au sein de la Direction de communication qui se chargera également de la diffusion des documents stratégiques sur le secteur de la santé ; Les documents stratégiques sont également éparpillés de façon similaire à celle des textes juridiques. Il serait indiqué de créer un centre de documentation au sein de la Direction de communication pour y archiver, conserver ces documents pour les rendre accessibles aux usagers.

Action 1.1.3 : Renforcer le contrôle systématique de la gestion des services de santé à tous les niveaux et sensibiliser les responsables sur la bonne gouvernance ; La gouvernance reste une priorité du MSPP. C'est ainsi que dans le PNDS3 le rôle de l'Inspection générale a été renforcée pour asseoir la redevabilité au sein des services. Il serait souhaitable que cette action soit soutenue et poursuivie dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 4.

Action 1.1.4 : Former les cadres de tous les niveaux de la pyramide sanitaire en planification, suivi évaluation, leadership, coordination et gouvernance ; les bénéficiaires seront les cadres du niveau central, les DPSP, MCD, ECD, Directeurs et Gestionnaires de hôpitaux, etc. Le renforcement des capacités des profils ciblés s'explique par la diversité de leur profil et compétence.

Action 1.1.5 : Renforcer le mécanisme de contrôle rigoureux des diplômes des techniciens/consultants qui sont envoyés en coopération ou non, en collaboration avec les différents ordres professionnels de la santé avant leur prise de fonction.

Le constat actuel est que lors des supervisions du niveau central dans les provinces, on rencontre des médecins et techniciens expatriés de la santé qui exercent illégalement dans

les districts sanitaires sans qu'ils soient déclarés au niveau central. Cette action permettra à ces personnes de se faire préalablement enregistrer au niveau central auprès du Secrétariat Général et des ordres professionnels.

Résultat 1.2 : Le cadre institutionnel et opérationnel de la Police sanitaire est renforcé

Action 1.2.1 : Elaborer les différents textes juridiques, stratégiques et opérationnels de la Police sanitaire.

Le Code d'Hygiène a été adopté le 28 février 2011 par Ordonnance 11-014 est en cours de révision mais les décrets d'application ne sont pas élaborés dont ceux qui doivent régir la Police sanitaire. Ainsi, il y a nécessité d'élaborer et de faire adopter lesdits textes afin de permettre à la Police Sanitaire de jouer efficacement son rôle de sensibilisation, prévention et répression.

Action 1.2.2 : Créer et rendre fonctionnelles les structures de coordination et de suivi des interventions :

La Police sanitaire est une coordination de récente création. Pour cela, elle doit être renforcée en ressources humaines, matérielles, financières et logistiques pour pouvoir la rendre opérationnelle. Il en est de même de la plateforme de la stratégie One Health qui doit être fonctionnel

Action 1.2.3 : Renforcer les interventions d'assainissement de l'environnement. Il s'agit par cette action de

- Lutter contre la fabrication, l'importation, la détention et la vente illégales des médicaments ;
- Lutter contre la production, l'importation, la détention et la vente illégales des aliments malsains et périmés ;
- Assainir l'environnement ;
- Appuyer la lutte contre le tabagisme en milieu public, l'alcoolisme et l'usage des drogues en application des textes en vigueur.

Résultat 1.3 : La gestion administrative est améliorée à tous les niveaux

Action 1.3.1 : Adopter et mettre en œuvre le plan des carrières du personnel de santé révisé.

Le plan de carrière a été révisé en 2019 mais il reste à être adopté

Action 1.3.2 : Renforcer les capacités en gestion administrative des cadres et des personnels d'appui à tous les niveaux chacun dans son domaine de compétence ;

En effet, des faiblesses sont constatées dans le traitement des dossiers, la circulation de l'information, la qualité des supervisions, la lenteur dans le traitement des rapports d'activités, la faible qualité des justificatifs, le traitement des courriers, etc.

Action 1.3.3 : Créer un répertoire des compétences des cadres de la santé et le mettre en œuvre.

Cette action vise à valoriser les compétences des cadres et mettre en œuvre le plan de carrière (nomination des cadres en interne et/ou leur placement à l'international).

Résultat 1.4 : Le décret sur la carte sanitaire est pris et appliqué.

Action 1.4.1 : Faire un plaidoyer pour la signature du texte portant adoption de la Carte Sanitaire.

Action 1.4.2 : Mettre en place un comité chargé de revisiter les formations sanitaires existants au regard des critères de création et de fonctionnalité définis par la carte sanitaire.

L'objectif visé est d'identifier les insuffisances pour proposer des mesures correctrices au regard des critères définis par la carte sanitaire. Cette action s'applique à tous les formations sanitaires existants sur le territoire national, qu'elles soient publiques, privées, confessionnelles ou communautaires.

Action 1.4.3 : Veiller au respect de la procédure ascendante de création des formations sanitaires (MCD, DPSP et niveau central) ;

Cette action vise à ne délivrer des autorisations de fonctionner qu'à des centres de santé répondant aux besoins de la population. Toute demande doit recevoir l'agrément des responsables de chaque niveau de la pyramide sanitaire.

Action 1.4.4 : Inclure la disponibilité du PMA et du PCA dans les critères de fonctionnalité et d'opérationnalité des centres des santés et des hôpitaux de district. Cette action doit être assortie d'un appui conséquent de l'Etat. Elle est valable même pour les CS et les HD considérés actuellement fonctionnels et opérationnels.

Action 1.4.5 : Mener la réflexion tendant à créer un quatrième niveau de soins dans le système de santé.

Il est temps de rapprocher les structures de soins de santé primaires des populations notamment celles se trouvant éloignés de CS.

Résultat 1.5 : Les droits des patients sont respectés dans toutes les formations sanitaires

Action 1.5.1 : Faire adopter le code de la santé publique du Tchad ;

Il s'agit d'un document d'une importance capitale en ce qu'il va régir plusieurs domaines du secteur de la santé. Le document a été validé techniquement en 2022. Il reste son adoption par l'Assemblée nationale avant sa promulgation par le Chef de l'Etat. Pour ce faire il est recommandé que le MSPP accélère le processus en mettant en place un comité de suivi de son adoption et de sa mise en œuvre.

Action 1.5.2 : Vulgariser la charte des patients/usagers/personnel de santé à travers des actions de communication ;

Les droits des patients/usagers sont méconnus et non respectés par le personnel de santé. La vulgarisation de la charte devient de ce fait une nécessité. Il s'agira pour ce faire

d'organiser des ateliers de formation/sensibilisation et de mener des actions de communication à travers les médias, les affiches, les dépliants, etc.

Action 1.5.3 : Installer les cellules déconcentrées du Bureau Central d'Accès aux Droits des Patients à tous les niveaux (BCAD) ;

Depuis la création du bureau des points focaux ont été mis en place dans les hôpitaux nationaux. Il conviendrait d'étendre ces mesures aux hôpitaux provinciaux puis aux hôpitaux de district et de renforcer leurs capacités et celle des personnels soignants en techniques de communication et autres.

Résultat 1.6 : La réforme hospitalière est mise en œuvre

Action 1.6.1 : Achever les textes règlementaires et les faire adopter

Action 1.6.2 : Mettre en place et faire fonctionner les institutions créées

Résultat 1.7 : Le système de santé de district est mieux maîtrisé et mis en œuvre afin d'autonomiser les DS sur le plan technique, économique et institutionnelle.

Action 1.7.1 : Evaluer le niveau de fonctionnalité des DS

Action 1.7.2 : Elaborer et mettre en œuvre le Plan de Développement Sanitaire de chaque DS y compris l'accompagnement dans le processus de l'autonomisation technique, économique et institutionnelle de ces derniers, dans la délivrance des Soins de Santé Primaires (SSP) de qualité.

Action 1.7.3 : Renforcer les capacités techniques et de gestion des équipes cadres des délégations et des districts.

Action 1.7.4 : Mettre en place un mécanisme de suivi et évaluation du plan de développement des DS

OS 2- Amélioration du pilotage du secteur de la santé à tous les niveaux de la Pyramide

Résultat 2.1 : La coordination du secteur de la santé est améliorée à tous les niveaux

Action 2.1.1 : Assurer la vulgarisation du PNDS et des PPDS 4eme génération à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et des communautés/collectivités.

La simple diffusion des documents stratégiques n'est pas suffisante pour une véritable appropriation par les acteurs. Il est donc indispensable d'organiser des missions d'information/explication de leur contenu à travers des réunions, ateliers et renforcer ces actions par la diffusion des supports tels que les affiches, les posters, les dépliants, etc. ;

Action 2.1.3 : Renforcer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS 4 ;

Cette action sera mise en œuvre dans le respect du plan de suivi-évaluation du PNDS 4.

Action 2.1.4 : Créer une ligne budgétaire au MSPP pour financer les activités de supervisions et de suivi-évaluation :

L'absence de ressources spécifiques pour les activités de supervision et de suivi-évaluation nécessite de faire un plaidoyer auprès du Ministère des Finances et du Budget pour prendre en compte la création de cette ligne dans la Loi des finances 2023.

Action 2.1.5 : Tenir régulièrement les réunions statutaires (Comités de direction, Comités Directeurs...) au sein des services de santé à tous les niveaux :

Ces réunions se tiennent de manière irrégulière et leur irrégularité entrave le bon fonctionnement des services. Les réunions de direction doivent se tenir hebdomadairement sanctionnées par des comptes rendus partagés et archivés. Les réunions du comité directeur doivent se tenir annuellement au niveau central, semestriellement dans les DPSP et les réunions de monitoring chaque mois dans les districts sanitaires.

Action 2.1.6 : Redynamiser les autres organes de concertation et de décision (Comité de suivi du PNDS, CCIA, PACTE, Conseils de santé, Coordination MSPP et les PTF, COSAN/COGES, etc.) ;

Ces organes de concertation et de décision se tiennent de manière très irrégulière, voire informelle. Il y a donc lieu de les redynamiser pour les rendre opérationnels et efficaces. Les comptes rendus des réunions doivent également être systématiques et partagés avec le Secrétariat Général et les services concernés.

Action 2.1.7 : Développer le mécanisme de suivi des structures privées.

Dans le précédent PNDS, il était prévu de mettre en place ce mécanisme. L'action n'avait pas été mise en œuvre formellement et doit être reconduite dans le PNDS 4, eu égard à son importance pour suivre et coordonner les activités des structures privées dont le nombre ne cesse de s'accroître. Il s'agira de prendre un texte réglementaire pour mettre en place ce mécanisme et le rendre fonctionnel.

Résultat 2.2 : *Le processus de planification stratégique et opérationnelle est amélioré*

Action 2.2.1 : Veiller à l'alignement des plans stratégiques et opérationnels des programmes, projets et autres services de santé au PNDS 4 :

Cet alignement suppose l'appropriation par tous les acteurs concernés du PNDS 4. Celui-ci est un document de référence. Tous les autres documents doivent s'y conformer. D'une manière pratique, l'élaboration de tout plan doit prendre en compte la participation d'un représentant de la Direction de la Planification.

Action 2.2.2 : Veiller à ce que les structures sanitaires à tous les niveaux élaborent leur plan d'action et leur rapport d'activités annuel.

L'élaboration du plan d'action et du rapport d'activités annuel de l'année n+1 doit être systématique pour tous les services au plus tard à la fin de l'année n-1. Lesdits plan et rapports doivent être transmis à la Direction Générale de la Planification et de la Coopération.

Action 2.2.3 : Evaluer les plans stratégiques et opérationnels des structures sanitaires.

Les évaluations des plans stratégiques et opérationnels sont importantes pour mesurer le niveau d'atteinte des objectifs et prendre des mesures correctrices d'amélioration. Dans la pratique, rares sont les services qui se prêtent à cet exercice. Il convient de rendre cela systématique pour l'ensemble des services à tous les niveaux.

OS3 : Renforcement de la santé communautaire

Résultat 3.1 : Les organes de participation communautaire sont renforcés et redynamisés

Action 3.1.1 : Former les responsables des districts sanitaires et CS sur l'approche communautaire.

La formation de ces responsables sur l'approche communautaire doit se faire de manière systématique, régulière et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, en tenant compte de la mobilité des personnels de santé pour rendre pérenne l'appropriation.

Action 3.1.2 : Redynamiser les organes de participation communautaire.

La redynamisation de ces organes consistera à mettre en place un cadre juridique uniformisé, à veiller à l'application stricte des textes régissant la participation communautaire, à organiser des assemblées générales et tenir régulièrement les autres réunions statutaires, à renforcer les compétences des membres de ces organes et à faire un suivi régulier de leur fonctionnement.

Résultat 3.2 : Les activités à base communautaire sont réalisées par les ASC

Action 3.2.1 : Réviser les documents de formation et les guides des ASC pour prendre en compte tous les domaines d'activités des ASC.

Il s'agit d'élaborer un seul document qui comprend toutes les activités proposées par les différents programmes.

Action 3.2.2 : Redynamiser les ASC

Les ASC devront être formées sur les activités à développer au niveau communautaire et à l'enregistrement des données en vue des rapports périodiques à intégrer au RMA des CS dont ils dépendent. Ils seront formés également à l'enregistrement des faits d'état civil survenus dans la communauté.

OS 4 : Renforcement du partenariat national et international à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Résultat 4.1 : L'approche multisectorielle dans le secteur de la santé est améliorée

Action 4.1.1 : Redynamiser le comité du suivi des accords de coopération et des conventions de partenariat signés par le MSPP

Action 4.1.2 : Tenir régulièrement les réunions statutaires

Action 4.1.3 : Elaborer le PACTE 4 pour soutenir le PNDS 4

Résultat 4.2 : La Coopération Internationale notamment Sud-Sud s'est renforcée**Action 4.2.1** : Renforcer/renouveler les conventions de partenariat sud-sud**Action 4.2.2** : Effectuer des missions de prospection dans les pays du sud en vue de signer les accords de coopération (pays arabes, pays de la sous-région africaine...)**Action 4.2.3** : Elaborer la stratégie nationale de coopération et de partenariat**Action 4.2.4** : Développer les nouvelles perspectives de partenariat**Action 4.2.5** : Mettre en place un mécanisme de Suivi et d'Evaluation des partenariats

Action 4.2.6 : Introduire dans les nouveaux documents de coopération le concept de l'alignement des partenaires et évaluer périodiquement son application dans les relations de coopération et de partenariat

Résultat 4.3 : Le partenariat public privé est amélioré**Action 4.3.1** : Créer et rendre fonctionnel un cadre formel pour renforcer la concertation entre le MSPP et le secteur privé et la société civile**Action 4.3.2** : Mettre en place un mécanisme efficace de coordination et de collaboration entre les secteurs de la santé humaine, animale, végétale et environnementale et autres secteurs connexes.

Il s'agira de rendre fonctionnelle la plateforme One Health. Aussi un plan d'action national de sécurité sanitaire sera élaboré et qui doit prendre en compte tous les domaines liés aux secteurs concernés. Pour garantir la mise en œuvre de ce plan, il y a lieu de faire des plaidoyers auprès du Gouvernement et de l'Assemblée nationale afin de mobiliser les ressources nécessaires pour renforcer le budget de chaque secteur concerné. Une stratégie de financement durable de cette approche sera négociée avec le Ministère des Finances et du Budget.

Action 4.3.3 : Réviser et vulgariser la politique nationale contractuelle à tous les niveaux, puis évaluer périodiquement sa mise en œuvre.***3.2.4.2 OS Pilier financement de la santé*****OS1: Mobilisation des ressources financières conséquentes en faveur de la santé*****Résultat 1.1 : Le budget du MSPP a augmenté d'au moins 10% chaque année à partir du budget de 2021*****Action 1.1.1** : Redynamiser le dialogue intersectoriel pour mobiliser davantage des ressources domestiques en faveur du secteur de la santé.

L'objectif de ce dialogue est d'obtenir l'adhésion des autres secteurs pour le maintien à un niveau conséquent les ressources destinées au secteur de la santé. Pour ce faire, ce dialogue peut prendre plusieurs formes : il peut s'agir d'un dialogue direct entre le Ministère en charge de la santé et celui en charge des finances ; un plaidoyer au conseil de cabinet et au conseil des ministres etc. La redynamisation de la réunion mensuelle sur la santé peut également être utilisée comme une opportunité pour porter les besoins en ressources à allouer au secteur de la santé au sommet de l'Etat.

Action 1.1.2 : Mobiliser davantage des ressources extérieures en faveur du secteur de la santé à travers la coopération bi et multilatérale.

Le Tchad à l'instar des autres pays devra davantage compter sur les ressources domestiques pour espérer réaliser des progrès vers les ODD. Cependant, 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 depuis 2015. A cet effet, des tables rondes seront organisées pour la mobilisation des ressources sur la base de projets élaborés suivant les orientations de ce PNDS 4. Les initiatives mondiales pour la santé (FM, GAVI-Alliance, Fondation Bill & Melinda Gate /Aliko Dangoté, OCI, PEPFAR, etc.) seront également mises à profit et plus spécifiquement le « **Mécanisme de financement mondial (GFF)** »

Action 1.1.3 : Mettre en place des financements innovants en faveur du secteur de la santé.

Pour faire face aux besoins en ressources du secteur de la santé qui deviennent de plus en plus importants du fait de l'adoption des ODD et de la CSU, le Gouvernement tchadien a besoin de nouvelles sources de financement pour la santé. A cet effet, 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. est déjà instauré par les lois de finances de 2019 et 2020. 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.

OS 2: Utilisation efficiente des ressources financières

Résultat 2.1 : *Les ressources financières allouées à la santé sont réparties équitablement, suivies à destination et gérées de manière efficiente*

Action 2.1.1 : Mettre en commun un fonds et achat stratégique

Le Tchad s'est engagé dans un processus de mise en place d'un système de financement durable de la santé pour assurer la CSU de sa population. La mise en commun ou l'augmentation des recettes permet de financer un cadre d'achat stratégique des soins de santé. En effet, la principale source de financement du régime 3 sera l'Etat à travers les recettes fiscales provenant (i) de la réallocation des ressources jusque-là affectées au programme de la gratuité ciblée et (ii) des pistes de financement innovants identifiés en 2017. Il est prévu l'ouverture d'une ligne budgétaire spécifique « CSU » pour recevoir les ressources issues de l'espace budgétaire ainsi dégagé. De façon subsidiaire les Partenaires techniques et financiers interviendront également dans le financement de ce régime.

La lourdeur administrative qui accompagne les procédures de décaissement des fonds de l'Etat a parfois retardé le déblocage de ces fonds en faveur de la CSU. Pour éviter ces écueils, il est envisagé de développer un plaidoyer auprès des parties prenantes dans le financement de l'AMED dans le but de parvenir à une mise en commun des ressources provenant de l'Etat et des Partenaires extérieurs à travers un « Fonds Fiduciaire » créé auprès des organes de la CSU et dont le fonctionnement est arrêté par un instrument à valeur juridique auquel les parties adhèrent par consentement mutuel.

Action 2.1.2 : Organiser des discussions budgétaires en interne pour un arbitrage sur la répartition de l'enveloppe budgétaire allouée au MSPP.

L'enveloppe budgétaire allouée au MSPP dans le cadre du CDMT global devra être répartie lors d'une réunion d'arbitrage présidée par le Ministre ou le Secrétaire Général du département. Pour ce faire, toutes les parties prenantes (Responsables du ministère et des organismes sous tutelle ...) devront prendre part à ces discussions internes en vue d'une répartition de l'enveloppe, en tenant compte des besoins réels de la base (CS, DS, HP, DPSP, PPA), des orientations politiques, des besoins spécifiques et des objectifs fixés pour chacun.

Action 2.1.3 : Allouer les ressources financières aux structures sanitaires sur la base des contrats de performance

L'instauration de la budgétisation axée sur les résultats à travers le budget programme, incite les formations sanitaires à atteindre des résultats à la hauteur des moyens mobilisés. Par ailleurs, la mise à l'échelle du Financement basé sur la Performance permettra d'améliorer la qualité des prestations des soins au niveau des formations sanitaires. Ce financement expérimenté par le Projet de Renforcement du Système de Santé Maternelle et Infantile (PRSSMI), appuyé par la BM ne couvre que 20 sur 139 districts sanitaires fonctionnels. Les évaluations périodiques permettront aux formations sanitaires d'acquiescer un financement supplémentaire comme mesure incitative à l'amélioration de la performance.

Action 2.1.4 : Mettre en place un mécanisme de capitalisation et de Synergie des expériences de la gratuité mises en œuvre dans le cadre de la CSU.

Pour la mise en place de ce mécanisme, des revues périodiques seront organisées pour les structures en charge de la gratuité des soins ciblée, du forfait grossesse, des mutuelles de santé, des actions de lutte contre : le paludisme, la tuberculose, le VIH/Sida, les maladies tropicales négligées, COVID-19... afin de mieux recadrer les actions et corriger les faiblesses.

Action 2.1.5 : Instaurer une culture de redevabilité en matière de gestion financière à tous les niveaux.

La direction en charge des finances, en collaboration avec l'inspection générale du MSPP doit assurer le suivi de l'exécution budgétaire en s'assurant des dépenses à destination par un contrôle régulier des ressources financières allouées et celles générées à travers les

recouvrements de coûts. Les rapports financiers des structures bénéficiaires seront transmis régulièrement au niveau central pour le suivi.

Action 2.1.6 : Mettre en route la Réforme Hospitalière dont les textes sont en cours d'élaboration

Il s'agit en particulier d'adopter et appliquer les textes sur l'organisation administrative des hôpitaux avec la définition des organes de gouvernance et des organes consultatifs, les textes sur la gestion financière et comptable des hôpitaux qui définissent le régime financier et comptable et les textes sur la tutelle et le contrôle des établissements hospitaliers

OS 3: Effectivité des 3 régimes de l'assurance santé de la stratégie nationale-CSU

Résultat 3.1. : *La population a accès aux soins de santé sans encourir des risques financiers*

Action 3.1.1 : Finaliser la mise en place du cadre juridique et institutionnel pour le démarrage des 3 régimes de la CSU.

Après la promulgation des lois instituant la CSU et créant la CNAS, il serait nécessaire de procéder à la signature des décrets d'application de celles-ci permettant l'opérationnalisation de la CNAS et de l'ANAR, respectivement organe de gestion et de régulation de la mise en œuvre de la CSU. L'opérationnalisation effective de ces deux organes sera marquée par la signature de différents contrats avec des parties prenantes et la prise en charge des assurés des différents régimes.

Action 3.1.2 : Mettre en place le Système d'Information et de Gestion (SIG) adapté.

La mise en place d'un Système d'Information et de Gestion permet d'assurer une gestion performante des régimes de la CSU. Par l'expression « système d'information », on entend se doter des logiciels permettant d'assurer les principales fonctionnalités de l'assurance santé que sont la gestion des cotisations, des prestations, des assurés et des prestataires de soins ; et de s'interconnecter avec le système de gestion des opérations supports (ressources humaines, finance et comptabilité générale, etc.) d'une part.

D'autre part le processus d'affiliation et d'immatriculation des assurés et le mécanisme de matérialisation de leurs droits (« carte de santé »), leur permettant d'accéder aux prestations de l'assurance santé auprès des prestataires de soins.

L'importance de ces dispositifs est considérable pour la réussite de l'opérationnalisation de l'assurance santé et l'atteinte de la couverture santé universelle au Tchad. A cet effet, les activités suivantes seront mises en œuvre : (i) élaborer et valider les cahiers de charges du SIG, (ii) élaborer et valider les cahiers de charge des SGD (iii) valider les procédures et outils de gestion des SGD, (iv) élaborer les procédures de gestion de la MOD, (v) acquérir et configurer l'OpenImis, (vi) former les acteurs à l'utilisation des outils, (vii) tester les outils et les déployer dans les districts sanitaires ; (Viii) évaluer les outils d'information et de gestion.

Action 3.1.3 : Construire un cadre de collaboration avec l'offre de soins

Plusieurs activités sont prévues pour la réalisation de cette action. Il s'agit entre autres : (i) d'élaborer des paniers de soins, (ii) de définir les outils de mise en œuvre du panier des soins ; (iii) d'améliorer les plateaux techniques dans les zones de démarrage ; (iv) d'élaborer les conventions cadre et conventionner les FOSA ; (v) d'assurer la formation des personnels de santé impliqués ; (vi) de réaliser une étude sur le tarif et la nomenclature nationale des prestations couvertes par l'assurance santé et (vii) de négocier avec l'offre de soins, la mise en place de grilles tarifaires normalisés aux différents niveaux de l'offre de soins.

Action 3.1.4 : Immatriculer et prendre en charge des assurés des 3 régimes de la CSU

L'identification et la prise en charge des assurés des régimes de la CSU nécessitent plusieurs activités. Il s'agira, en l'occurrence, (i) de mettre en place des stratégies efficace de ciblage et immatriculation des populations ; (ii) de prendre en charge des populations assurées dans les formations sanitaires retenues (paiement des prestations) ; (iii) de mobiliser des ressources pour la prise en charge de ces assurés.

Action 3.1.5 : Développer les mutuelles de santé à l'échelle nationale

La mise en place du réseau des mutuelles de santé dans cinq provinces du Tchad répond à un réel besoin d'accessibilité financière des populations à faibles revenus aux soins de santé essentiels.

L'enquête de satisfaction montre que 72% des mutualistes fréquentent souvent les FOSA contre 56% des non mutualistes. La forte fréquentation observée chez les mutualistes prouve à suffisance que les moyens financiers ne constituent plus un frein.

Au regard de ces résultats probants, il sied de mettre à l'échelle les mutuelles sur tout le territoire national afin d'amoindrir le taux de dépense des ménages (64,4%) en paiement direct et éviter à cet effet, les dépenses catastrophiques.

OS 4 : Renforcement de la stratégie nationale de financement***Résultat 4.1 : La promotion de la CSU***

Action 4.1.1 : Assurer la sensibilisation des leaders d'opinion et la population sur la CSU

Action 4.1.2 : Promouvoir

Résultat 4.2 : Régulation de la CSU

Action 4.2.1 : Mettre en place et rendre fonctionnelle l'agence nationale de régulation de la CSU

Action 4.2.2 : Mettre en place les textes réglementaires nécessaires

Résultat 4.3 : La gestion axée sur les résultats est utilisée dans tous les établissements sanitaires

Action 4.3.1 : Etendre progressivement à toutes les structure le mécanisme de financement basé sur la performance et encourager d'autres initiatives de gestion axées sur les résultats

Aujourd'hui le FBF est appliqué dans 8 provinces. Vu les résultats obtenus dans ces établissements, il s'agit pour le Gouvernement et ses partenaires d'étendre le PBF aux 15 délégations sanitaires restantes.

3.2.4.3 OS Pilier ressources humaines pour la sante

OS 1 : Renforcement des politiques, normes et stratégies de gestion des RHS

Résultat 1.1 : *Les politiques et stratégies relatives aux RHS sont élaborés/actualisées et mises en œuvre*

Action 1.1.1 : Elaborer des stratégies/politiques.

Dans le cadre de développement des ressources humaines en santé, élaborer tous les documents de politique et stratégie, notamment le plan stratégique de développement des ressources humaines en santé qui prend en compte la production, le recrutement, le déploiement et la fidélisation. De manière spécifique les documents stratégiques en matière de production, recrutement, de déploiement, de fidélisation et de fin d'engagement (cas de décès ou de départ à la retraite), doivent être élaborés.

Des plans opérationnels annuels seront élaborés et mis en œuvre dans le cadre de développement des ressources humaines.

Action 1.1.2: Réaliser l'évaluation à mi-parcours et finale du PSDRHS

Des mécanismes de suivi de mise en œuvre doivent être mis en place et des évaluations à mi-parcours et finale doivent être réalisés

Toutes les activités de développement des ressources humaines doivent être menées de manière participative en associant tous les acteurs concernés : le MSPP, les PTF, les ministères de la défense, des finances, de la fonction publique, de l'action sociale et de l'enseignement supérieur, le ministère en charge de l'administration du territoire (décentralisation et déconcentration) ainsi que la société civile.

OS 2 : Renforcement de la production des ressources humaine en santé

Résultat 2.1 : *Les capacités institutionnelles et structurelles du MSPP sont renforcées pour garantir une meilleure qualité des ressources humaines en santé*

Actions 2.1.1 : Mettre en place un cadre de coordination et de suivi multisectoriel pour optimiser la production et le renforcement des capacités en ressources humaines

Résultat 2.2 : *Les capacités d'accueil et de formation des écoles sont améliorées*

Action 2.2.1 : 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 et ouvrir des nouvelles filières de spécialité : i) ENASS : la capacité d'admission annuelle de qui est de 250 étudiants passera à 300 ; ii) les Ecoles Provinciales des Agents Sanitaires et Sociaux (EPSAS) qui produisent 400 par an passe à 500 chaque année. La production moyenne par an est de 200 pour l'ENASS et 350 pour les EPSAS.

Dans le cadre de la réforme de l'ENASS en ENSASS la capacité d'accueil annuelle en 2023-2024 sera de 200 à 300 en fonction des filières qui seront retenues par les deux Ministères.

Au vu de la faible capacité de production du pays en matière de formation initiale, le Tchad pourrait négocier des quotas spécifiques avec les pays du Sahel qui ont un avantage comparatif en matière de formation initiale (Médecins, Pharmacie et Paramédicaux).

Résultat 2.3. : La qualité de la formation initiale dans les écoles publiques et privées s'est améliorée

Action 2.3.1 : Affecter, former et outiller les formateurs selon les profils pour plus de qualité dans l'enseignement. Réactualiser les curricula en tenant compte des besoins réels du MSPP et veiller à leur utilisation par les écoles de formation, Mettre en place des mécanismes pouvant garantir la qualité de la formation dans les écoles (privées et publiques) formant les paramédicaux, la mise en place d'un mécanisme d'accréditation de toutes les écoles et le maintien de l'examen unique de fin de formation chaque année, garantissent par conséquent, la qualité des cadres formés tant dans les écoles publiques que privées. Un plaidoyer doit être fait auprès des PTF pour renforcer ce mécanisme.

Résultat 2.4 : Le service de la formation continue et le Programme de renforcement des capacités du personnel sont améliorés

Action 2.4.1 : Poursuivre la formation continue et en spécialisation des médecins, Pharmaciens et des paramédicaux.

L'insuffisance des médecins spécialistes, et Pharmaciens et des paramédicaux spécialisés au Tchad, oblige le MSPP 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.

Comme pour la formation initiale, le Tchad pourrait négocier avec le pays d'Afrique qui ont un avantage spécifique pour former ses agents tout en renforçant les capacités des écoles et facultés au niveau du pays pour des formations de qualité.

Action 2.4.2 : Appuyer le Programme de Renforcement des Capacités du Personnel de Santé. Il est indispensable d'assurer son financement afin de poursuivre sa mission de recyclage/perfectionnement de l'ensemble des agents. Un appui pour la coordination des activités de formations continues et recyclages/perfectionnement entre les différents services concernés s'avère nécessaire.

OS3 : Renforcement des capacités des formations sanitaires en RHS en nombre et en qualité suffisante sur la base du PMA-PCA.

Résultat 3.1: la densité du personnel de santé augmente significativement au cours de la mise en œuvre du présent PNDS 4.

Action 3.1.1: Maintenir un quota de 2500 agents toutes catégories confondues par an dans la Loi des Finances pour le recrutement du personnel de santé.

Le MSPP doit plaider auprès des Ministères des Finances et de celui de la Fonction Publique pour inscrire et maintenir dans la Loi des Finances un quota de 2500 agents à recruter chaque année sur la base des besoins identifiés par profil pour un redéploiement dans les formations sanitaires déficitaires et atteindre les Objectifs de Couverture Santé Universelle et de Développement Durable (ODD).

Action 3.1.2: Renforcer le partenariat pour le recrutement de 1500 agents de santé par an de 2023 à 2030 pour augmenter le nombre de personnel sur fonds des partenaires

Le MSPP négociera avec ses PTF l'appui pour le recrutement des agents de santé afin de pallier les insuffisances. A cet effet, d'ici 2030, 12000 agents soit 1500 par an seront recrutés sur le financement des PTF et redéployés sur les terrains. Ces agents seront sous la supervision de la cellule de coordination qui est mise en place par le Ministère de la Santé Publique en accord avec les PTF. Ces agents seront intégrés progressivement dans le cadre de la Fonction Publique.

Action 3.1.3 : Renforcer le partenariat par la coopération (Sud – Sud) pour augmenter un minimum de 50 agents tous les ans.

Dans le cadre de la coopération Sud-Sud le Tchad pourrait négocier avec le pays du sahel qui ont un avantage comparatif en matière des ressources humaines en santé, pour le recrutement des agents de santé avec un co-financement pour réduire le GAP.

OS4 : Déploiement des agents de santé selon un plan

Résultat 4.1 : les agents de santé sont déployés équitablement selon un plan de déploiement.

Action 4.1.2 : Déployer les recrues dans toutes les Provinces en favorisant les Provinces déficitaires pour raison d'équité.

Cette action consiste à élaborer un plan de déploiement réaliste en tenant compte des besoins exprimés par les provinces. Le déploiement se fera à travers le plan de déploiement de personnel qui sera élaboré et validé par toutes les parties prenantes. Pour s'assurer que le déploiement est efficace, le gouverneur et le délégué sanitaire doivent s'assurer de la présence physique des agents déployés sur le terrain.

OS 5 : Fidélisation des agents à leurs postes conformément aux textes existants

Résultat 5.1 Les agents de santé sont fidélisés à leurs postes conformément aux textes existants

Action 5.1.1 : Appliquer les mesures visant au maintien du personnel aux postes. Appliquer le décret N903 du 12 octobre 2016 fixant le statut particulier du corps des fonctionnaires du secteur de la santé et qui définit une stratégie de fidélisation des RH en milieu rural et en formation continue constitue un goulot.

Réviser le texte relatif au statut particulier en mettant plus l'accent sur les faveurs que pourraient avoir les cliniciens par rapport aux administrateurs à cause des risques plus élevés en matière de santé et sécurité au travail dans l'exercice de la fonction et dans les zones difficiles. Sanctionner les agents selon la Loi 17 relative au statut général de la Fonction Publique qui est un cadre de redevabilité et de sanctions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

OS 6 : Amélioration de la gestion des RHS

Résultat 6. 1: Le système de gestion des RHS est renforcé et devient performant

Action 6.1.1 : Compléter la base des données avec des outils facilement exploitables et performant pour la maîtrise des effectifs des RHS et les rendre opérationnels.

Cette action consistera à mettre en place les outils pour une utilisation effective et former le personnel dédié à cette activité à la collecte des données dans toutes les Provinces et District Sanitaire du pays. Elle consistera à renforcer les capacités de service d'archivage et à poursuivre la réalisation des comptes nationaux des personnels de santé.

Action 6.1.2 : Digitaliser l'archivage

Cette action consiste à disposer d'une base des données numérisée en dotant le service d'archive d'un outil performant d'archivage électronique et en formant les agents du service.

3.2.4.4 OS Pilier infrastructures et équipements**OS 1 : Renforcement du cadre stratégique et normatif relatifs aux infrastructures et des équipements médico sanitaires, y compris leur maintenance**

Résultat 1.1: Les documents de politiques, stratégies et normes dans les domaines des infrastructures et des équipements médico sanitaires sont disponibles et mis en œuvre.

Action 1.1.1 : Elaborer les normes en infrastructures et équipements médico sanitaires

L'élaboration d'un document de normes en infrastructures et équipements médico-sanitaires constitue 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 seront utilisées comme un document de référence par tous les acteurs impliqués (Ministères en charge des infrastructures, Ministère SGG, PTF, Comité de gestion et de suivi des 5% des revenus pétroliers alloués aux localités productrices du pétrole, etc.).

Action 1.1.2 : Réviser la politique de maintenance

Le pays dispose d'un document de la politique nationale de maintenance non actualisé depuis son élaboration en 2010. C'est pourquoi son 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 est nécessaire. 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. Il permettra aussi le suivi de la gestion du patrimoine (équipements et infrastructures) à tous les niveaux. L'objectif visé est de disposer d'un service provincial de maintenance dans toutes les provinces pour servir d'interface avec le niveau central (la DIESM/MSPP).

Action 1.1.3 : Elaborer et mettre en œuvre une stratégie basée sur les énergies renouvelables pour toutes 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 MSPP et ses PTF ont initié un projet pilote des solarisations de plus de 250 CS et 50 HD qui est en cours d'exécution. L'objectif visé est de couvrir toutes les structures sanitaires à long terme en énergies renouvelables en collaboration avec le ministère de l'énergie.

Action 1.1.4 : Créer un cadre de concertation entre les différents acteurs pour le suivi des politiques, stratégies et normes dans les domaines des infrastructures et des équipements médico sanitaires

Une mise en place d'un cadre de concertation des différents acteurs (Ministères impliqués, PTF, 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 et des normes en matière de création des structures sanitaires.

OS 02 : Renforcement de la coordination et de la planification dans le domaine des infrastructures

Résultat 2.1: La coordination entre les différents acteurs qui interviennent dans les domaines des infrastructures et équipements médico sanitaires est renforcée

Action 2.1.1 : Actualiser les textes officiels qui régissent le MO et le MOD avec une meilleure représentation du MO dans tous les processus de passation des marchés et de suivi des travaux sur le terrain

La création des commissions de passation des marchés dans chaque département ministériel a impacté la faible représentativité (un seul 1 membre) dans les instances des décisions de passation des marchés des infrastructures sanitaires. Ce qui ne lui permet pas de bien suivre les investissements en infrastructures sanitaires. C'est pourquoi, le MSPP doit faire un plaidoyer soutenu pour amener le Ministère en charge des Infrastructures à intégrer au moins deux 2 cadres dont l'un dans la commission et l'autre dans la sous-commission avec des fonctions de prise des décisions dans la sous-commission (président ou rapporteur). Aussi pour une meilleure intégration dans le processus de construction des infrastructures sanitaires, la DIESM doit représenter le MSPP dans tous les organes d'élaboration des dossiers techniques et de suivi des travaux.

Action 2.1.2 : Organiser des concertations régulières pour mieux coordonner les activités

Résultat 2.2 : La planification des infrastructures et équipements est fait de manière concertée avec la participation des principaux acteurs

Action 2.2.1 : Renforcer la coordination entre le MO et le MOD dans le but d'avoir une concordance entre les équipements et les structures sanitaires construites

Une meilleure coordination entre le MSPP (Maître d'Ouvrage) et le Ministère en charge des infrastructures (Maître d'Ouvrage Délégué) aidera à mieux harmoniser les plans architecturaux des infrastructures sanitaires et le type d'équipements dont les approvisionnements relèvent de la responsabilité du MSPP.

Action 2.2.2 : Arrêter ensemble les besoins en infrastructure du MSPP afin de mieux assurer l'exécution des travaux

Dans le cadre de l'exécution du budget d'investissement dont le MSPP est l'ordonnateur de crédit, il est nécessaire de travailler avec la planification des investissements transmis par le maitre d'ouvrage pour son exécution. Or, il se trouve que le maitre d'ouvrage délégué engage plusieurs travaux de construction sans avis préalable du MSPP. Cela impacte négativement le processus de l'attribution des contrats des marchés ainsi que l'exécution des travaux sur le terrain. C'est le cas notamment de plusieurs contrats des marchés en instance d'approbation et plusieurs d'autres travaux de construction en arrêt par faute de financement.

Résultat 2.3 : Le suivi de l'exécution est renforcé avec l'implication de tous les acteurs**Action 2.3.1 : Organiser régulièrement des missions de suivi conjoint**

Pour assurer un meilleur suivi des investissements en termes d'infrastructures sanitaires, le maître d'ouvrage délégué doit prendre en compte dans le budget de bureau de contrôle un ingénieur de suivi du maître d'ouvrage. Il en est de même pour le budget de mission de suivi des travaux sur le terrain qui doit être pris en charge soit par le maître d'ouvrage délégué ou le maître d'ouvrage lui-même.

Action 2.3.2 : Ternir compte des rapports des missions de suivi pour améliorer la qualité de l'ouvrage

Toutes les missions de suivi des travaux sur le terrain sont sanctionnées par un rapport de mission. Malheureusement, la mise en œuvre des recommandations de ces missions fait défaut. Les raisons de non application de ces recommandations sont généralement sans fondement, d'où un laxisme de la part du maître d'ouvrage délégué. C'est pourquoi il est envisagé que le maître d'ouvrage fasse en plus des missions conjointes, d'autres missions de vérification avant tout engagement à incidence financière.

OS 03 : Accroissement de la couverture en infrastructures sanitaires**Résultat 3.1: Des infrastructures sanitaires (hôpitaux, PPA et centres de santé) sont construits et fonctionnels aux différents niveaux de la pyramide.****Action 3.1.1 : Construire de nouvelles infrastructures sanitaires (HP, HME, HD et CS) et achever la construction de celles dont les travaux sont en cours ou en arrêt.**

Au cours de la période de la mise en œuvre de ce PNDS, il sera construit et équipé : 3 Hôpitaux de la Mère et de l'enfant, 6 hôpitaux provinciaux, 8 pharmacies Provinciaux d'Approvisionnement, 25 hôpitaux de district, 100 CS, 10 bureaux des DPSP, 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, Ati, Amtiman et Amdjarass) sont prêts à être équipés et 3 autres (Koumra, Lai et Faya) sont en cours de construction. 1 HME est aussi en cours de construction. Il convient d'ajouter à toutes ces constructions, la finalisation de travaux du centre national de traitement des cancers à N'Djamena.

Compte tenu du contexte économique difficile que traverse le pays, beaucoup des travaux de construction sont à l'arrêt. Il s'agit de 85 CS, 13 hôpitaux de district, 1 hôpital provincial, 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 MSPP. Aussi, pour éviter la dégradation supplémentaire de ces infrastructures, l'Etat doit rendre disponible les ressources financières nécessaires pour achever tous ces travaux de construction.

Action 3.1.2 : Construire une usine pharmaceutique, une CPA, 6 PPA et un dépôt sub-national 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 6 Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement et de 3 dépôts sub-nationaux. Aussi, sur les 23 provinces du pays seules 17 Provinces disposent d'une PPA et la plupart d'entre elles ne répondent pas aux normes (3 sur 17).

Action 3.1.3 : Equiper et rendre fonctionnels les hôpitaux provinciaux, hôpitaux de district et centres de santé.

Parmi les travaux de construction qui ont été lancés au cours des années précédentes, certains sont complètement achevés. Il s'agit des 4 HP, 4 HD et 32 CS. Ces structures n'attendent que d'être équipées pour les rendre fonctionnelles. C'est le cas des 4 HP (Amtiman, Ati, Pala et Amdjarass) dont les marchés d'équipements sont attribués.

Avec la réforme hospitalière en cours, il s'agit de construire et rendre fonctionnels les 9 hôpitaux interprovinciaux (Moundou, Abéché, Sarh, Mao, Farcha, Amdjarass, Faya, Mongo et Pala), en commençant par les premiers qui sont l'hôpital de Moundou et d'Abéché d'ici les cinq prochaines années.

Action 3.1.4 : Réhabiliter et solariser certaines structures sanitaires.

En respect des normes en vigueur (PMA et PCA), toutes les structures sanitaires doivent bénéficier de mise à niveau au maximum chaque trois (3) ans. Aussi, étant donné que le MSPP a adopté depuis la mise en œuvre du PNDS3 une politique qui vise à solariser toutes les structures sanitaires, nous prévoyons au cours de ce PNDS, réhabiliter et solariser 5 HP, 23 PPA, 50 HD, 100 CS. Pour rappel un projet de réhabilitation et de modernisation des centres de santé et hôpitaux de district est déjà en cours. Ce projet a permis à l'état actuel de solariser 250 centres de santé et envisage de solariser 50 hôpitaux de district.

OS 4 : Amélioration de la maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux

Résultat 4.1 : *La maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements est renforcée*

Action 4.1.1 : Assurer la maintenance préventive et curative des équipements et des infrastructures pour prolonger leur durée d'utilisation

La plupart de nos infrastructures et équipements se détériorent très rapidement par manque de maintenance préventive et curative. Cette situation est due en grande partie par la mauvaise programmation et budgétisation de ressources financières destinées aux travaux de réhabilitation ainsi que la faible capacité technique des techniciens dans le domaine de maintenance des équipements. C'est pourquoi, nous devrions prioriser cette action pour une meilleure optimisation de nos patrimoines. A ce titre, le MSPP a rendu effectif les services de maintenance dans les vingt-trois (23) provinces du pays.

Action 4.1.2 : Etablir une liste type des équipements afin d'en faciliter les acquisitions et les entretiens

L'harmonisation et l'homologation d'une liste des équipements lourds constituent une priorité absolue pour l'atteinte de nos objectifs en matière de la mise en œuvre de la politique nationale de maintenance. Cette liste type permettra au MSPP, d'avoir un contrôle sur les commandes des équipements et de leurs réactifs, surtout ceux acquis par les PTF et autres acteurs impliqués dans le système de santé.

Résultat 4.2 : *Le personnel technique de maintenance biomédicale est formé*

Action 4.2.1 : Former suffisamment des Agents dans le domaine de Maintenance Biomédicale

Les ressources humaines techniques constituent un pilier essentiel dans la maintenance des équipements biomédicaux. C'est pourquoi, le MSPP s'est engagé à former et renforcer la capacité des techniciens et ingénieurs biomédicaux afin de rendre performant les plateaux techniques des structures sanitaires. Au cours de ce PNDS, il est prévu la formation de 80 techniciens et ingénieurs en maintenance biomédicale dans l'objectif de palier à l'insuffisance des personnels dans ce domaine.

Action 4.2.2 : Renforcer la capacité des cadres de la DIESM en lien avec les normes

Pour rendre performant la DIESM et motiver ses cadres, les formations de renforcements de capacités sont nécessaires à tous les niveaux. A cet effet, il est prévu de renforcer la capacité de 5 ingénieurs en génie civil, 5 ingénieurs en maintenance biomédicale et 4 personnels d'appuis.

3.2.4.5 *OS Pilier système d'information sanitaire*

OS 1 : Renforcement de la coordination et du leadership en matière de l'information sanitaire

Résultat 1.1 : *Le mécanisme de suivi stratégique du SIS est réactualisé et rendu fonctionnel.*

Action 1.1.1 : Redynamiser la Commission Nationale du SIS

Pour cela, il faut rendre fonctionnelle la commission (les membres) en tenant compte de toutes les parties prenantes. Pour plus d'efficacité, l'ancrage de la Commission Nationale du SIS sera au Secrétariat Général du MSPP. Son fonctionnement et sa mission seront définis par un arrêté du Ministre et le secrétariat permanent de cette commission sera assuré par la Direction Générale en charge du SIS. Prévoir la mise en place des comités de validation au niveau décentralisé

Action 1.1.2 : Renforcer les capacités institutionnelles du SIS

Il s'agit d'élaborer un nouveau plan stratégique et des plans opérationnels du SIS alignés sur la période de mise en œuvre du PNDS 4 et l'organigramme de la DSSIS et les profils des postes y compris ses démembrements provinciaux

Résultat 1.2 : L'Observatoire National de Santé est fonctionnel

Action 1.2.1: Mettre en place et rendre fonctionnel un Observatoire National de Santé (ONS)

Pour assurer la disponibilité et la fiabilité des données, le partage et la publication des informations sanitaires, il s'avère nécessaire de mettre en place l'ONS. Pour cela, il faut prendre un Arrêté ministériel portant création de cet ONS et nommer les membres du secrétariat permanent de l'ONS ;

Action 1.2.2 : Rendre fonctionnel l'ONS

Pour rendre fonctionnel l'ONS, le MSPP doit affecter des ressources nécessaires y afférent : local, le budget de fonctionnement, équipements logistiques, etc. aussi, il faut définir une liste des indicateurs clés du tableau de bord de l'ONS

OS 2 : Renforcement des capacités techniques des services en charge de la gestion du Système d'Information Sanitaire de routine**Résultat 2.1 : Le mécanisme de suivi technique du SIS est renforcé**

Action 2.1.1 : Renforcer les services du SIS en ressources humaines suffisantes et de qualité.

Le renforcement des services du SIS au niveau central et décentralisé par l'affectation et le recrutement des agents répondants au profil attendu. Elaborer un plan de formation en collaboration avec le programme de renforcement de capacités du personnel de santé

Action 2.1.2 : Renforcer la DSSIS en matériels et équipements

Pour rendre disponible les outils de gestion du SIS en continu dans les formations sanitaires, il faut formaliser la création de la mini imprimerie au sein de la DSSIS et le rendre opérationnelle.

Eu égard au besoin en personnel qualifié pour la DSSIS, il est important de prévoir des locaux non seulement pour abriter les personnels de tous les services mais aussi les serveurs et la mini imprimerie. Il est aussi important d'équiper les différents services en matériels et logiciels informatiques dont les logiciels de cartographie

Résultat 2.2: Les données collectées sont validées et encodées**Action 2.2.1 :** Rendre disponibles les outils de collecte de données dans tous les services

Le Ministère doit doter la DSSIS en intrants et consommables (papiers rames, cartouches d'encre pour imprimantes, etc.) pour résoudre le problème de rupture intempestive des outils de collecte de données.

Action 2.2.2 : Assurer la collecte de données de manière exhaustive dans le délai et dans toutes les formations sanitaires y compris celles du secteur privé à tous les niveaux.

Pour améliorer la collecte des données sur le terrain, il faut recycler/former et assurer la supervision des agents de santé et le suivi régulier de la collecte y compris ceux du secteur privé. Rendre disponibles les outils de collecte

Action 2.2.3 : Valider systématiquement les données collectées à tous les niveaux surtout dans les districts sanitaires.

Des réunions mensuelles de validation des données doivent être organisées dans les districts impliquant toutes les parties prenantes (l'équipe cadre du district, les RCS, les partenaires, etc.) avant leur encodage.

Action 2.2.4 : Analyser et interpréter les données à tous les niveaux

Les données collectées, validées et encodées doivent être utilisées à tous les niveaux y compris les structures productrices (DPSN, DS, CS, etc.). Pour ce faire, les capacités des acteurs du SIS doivent être renforcées dans le domaine d'analyse et interprétation des données.

Action 2.2.5 : Assurer la production régulière de l'information sanitaire et sa diffusion à tous les niveaux y compris les données communautaires.

Pour orienter la prise de décision et la programmation, les données doivent être disponibles, produites et diffusées (version dure, électronique, site web, ateliers, fora, etc.) dans les meilleurs délais. Une rétro information doit être assurée en cascade à tous les niveaux.

Action 2.2.6 : Intégrer les données du niveau communautaire dans le SIS

Il s'agit de concevoir et harmoniser les outils de collecte de données spécifiques pour les activités à base communautaire. Et mettre en place un mécanisme pour évaluer les efforts des activités à base communautaire

Action 2.2.7 : Assurer le fonctionnement optimal et la pérennisation du DHIS2

Il s'agira de mettre en place un système de suivi régulier de la mise œuvre du DHIS2, de former et recycler les Equipes Cadres des Districts et d'étendre le déploiement du DHIS 2 dans les districts non pris en compte dans la planification initiale et au niveau des Centres de Santé.

Action 2.2.8: Optimiser l'utilisation de la plateforme DHIS2.

Il s'agira de mettre les règles de contrôle qualité et validation dans tous les formulaires de saisi, d'actualiser le paramétrage des indicateurs dans le système DHIS2, d'activer la partie SIG du système DHIS2 en lien avec la carte sanitaire et de faire l'interopérabilité du DHIS2 avec le SIGL, les trackers COVID, paludisme, TB, VIH et vaccination.

OS 3 : Pérennisation de la carte sanitaire**Résultat 3.1 : Le cadre législatif de la carte sanitaire est adopté et mis en œuvre**

Action 3.1.1 : Faire le plaidoyer pour la signature du document de réglementation de la carte sanitaire

Elaborer un planning de rencontre de plaidoyer avec des personnes clés y compris les PTF pour la signature du document. Elaborer des fiches techniques explicatives à l'intention de la hiérarchie à tous les niveaux, faire le plaidoyer pour faire valider cette loi...

Action 3.1.2 Faire respecter les critères des créations et les normes de fonctionnalité des structures sanitaires :

Il faut : (i) Assurer la vulgarisation de la carte sanitaire en sensibilisant les populations sur l'existence de cette carte sanitaire, son importance, les critères des créations et les normes de fonctionnalité des structures sanitaires au Tchad ; (2) Délivrer les autorisations des créations en tenant strictement compte des rapports circonstanciés des MCD/délégués et de contre-expertise (par des missions de contrôle, de suivi et de vérification) de la Direction en charge de la Planification, la Direction en charge de l'organisation des services de santé en ce qui concerne les structures privées de soins et Prendre des sanctions contre les structures sanitaires ne respectant pas les normes (avertissements, retrait de l'autorisation de fonctionner).

Action 3.1.3 : Actualiser le découpage sanitaire en tenant compte des aires de santé

Il s'agit de mettre à jour régulièrement la carte sanitaire en respectant la périodicité (chaque 2 ans), de délimiter les zones de responsabilité arrimées aux sous-préfectures/cantons administratifs et d'élaborer des tableaux de bord avec des indicateurs clés de la carte sanitaire pour chaque province.

Action 3.1.4 : Adopter une carte hospitalière

OS 4 : renforcement de la recherche et les enquêtes en santé

Résultat 4.1: Les capacités institutionnelles et techniques de la RO en santé sont renforcées pour un meilleur leadership du MSPP.

Action 4.1.1: Redynamiser et rendre efficace la recherche opérationnelle.

Afin de développer la recherche en santé, il s'avère nécessaire de créer un cadre de coordination de la recherche en santé avec l'implication de toutes les parties prenantes, élaborer une législation de la recherche dans le domaine de la santé, établir un dialogue

permanent avec le Comité Bioéthique national. Pour ce faire, il faut élaborer une politique nationale assortie des stratégies pour sa mise en œuvre.

Action 4.1.2: Renforcer la réalisation et l'utilisation des résultats des recherches en santé pour accroître les performances du système de santé

La réalisation et l'utilisation des résultats des recherches en santé peuvent être renforcées par l'orientation des thèmes des recherches vers les priorités du système de santé, l'intensification de la collaboration avec les structures de recherche en santé (CNRD, FACSSH, ...), l'amélioration de l'environnement de la recherche en santé en accélérant la opérationnalisation de l'Institut National de Santé Publique, l'amélioration des plateaux techniques des institutions/formations sanitaires intervenant dans la recherche en santé.

Affecter du personnel qualifié au SRO. Le renforcement en RH qualifiées par le recrutement, l'affectation et la formation s'avèrent nécessaires pour le développement de la recherche et l'innovation de la recherche dans le domaine de la santé.

Action 4.1.3 : garantir la viabilité du financement de la recherche pour la santé

Pour garantir la viabilité pour le financement de la recherche en santé, le MSPP devrait inscrire une ligne budgétaire avec un montant conséquent. Aussi, mettre en œuvre les recommandations de l'OMS qui préconise d'investir au moins 2% du budget du secteur de santé et de 5% du budget des projets et programmes d'aide au développement en faveur de la recherche y relative.

Résultat 4.2. : Les enquêtes sont réalisées à temps

Action 4.2.1 : développer un mécanisme efficace pour la réalisation des enquêtes dans les délais requis

Pour le respect de la périodicité des enquêtes, il faut sécuriser le financement dédié à la réalisation des enquêtes sur les ressources domestiques de l'Etat et intensifier le plaidoyer du côté des partenaires.

Le suivi du processus de réalisation des enquêtes doit être assuré en élaborant les plans de réalisation des enquêtes, les tableaux de bord et les termes de références afin de disposer des données actualisées et à temps

Action 4.2.3 : Organiser des enquêtes spécifiques dans le domaine de la santé (enquête SMART, enquête LQAS, etc.)

L'identification et la priorisation des problèmes de santé sur la base de l'analyse des données, pourraient aider à orienter le choix des thématiques pour les enquêtes spécifiques.

Résultat 4.3 : Les résultats des enquêtes sont diffusés et utilisés à tous les niveaux

Action 4.3.1 : Assurer la diffusion et l'utilisation des résultats des enquêtes à tous les niveaux

Pour une meilleure utilisation des résultats des enquêtes, il est important de mettre en place un mécanisme de diffusion des rapports des enquêtes. Il consiste à élaborer des supports de diffusion, organiser des ateliers et Fora de diffusion, utiliser le mass média pour une large diffusion.

OS 5 : Amélioration du système de surveillance épidémiologique intégrée (SSEI)

Résultat 5.1 : Le SSEI est fonctionnel

Action 5.1.1 : Produire et transmettre en temps réel les données épidémiologiques

Face à l'évolution démographique et épidémiologique plus complexe, il s'agira d'avoir un système de surveillance simple, efficace et efficient permettant de décrire et d'alerter en temps réel pour une meilleure protection de la santé des populations. Cela devrait intégrer également les données collectées au sein des communautés en utilisant les moyens modernes de communication y compris les GPS.

Action 5.1.2 : Valider les données puis les analyser et les interpréter

Cette étape permet la comparaison quantitative ou qualitative des solutions envisagées et il faut documenter les résultats (mesure, essais, calculs, simulation) mais aussi la façon dont ils sont obtenus en les présentant de manière à faciliter la compréhension et l'interprétation.

Action 5.1.3 : Diffuser l'information pour action

Il faudra communiquer sur l'information en utilisant les canaux appropriés et adaptés aux utilisateurs de l'information ainsi qu'aux acteurs de décision.

OS 6 : Développement de la santé numérique ou cyber santé

Résultat 6.1 : La santé numérique est développée

Action 6.1.1 : Mettre un cadre institutionnel, juridique et stratégique des différentes des composantes de la santé numérique

Il s'agit de mettre en place et développer les outils légaux de gestion des différents composants de E-médecine

Action 6.1.2 : Doter tous les composants de dispositifs et d'outils appropriés pour leurs missions (internet, matériels informatiques, applications, électricité ...)

Action 6.1.3 : Coordonner la mise en œuvre des interventions de la télésanté

Action 6.1.4 : Mettre en place un cadre de suivi et évaluation des différents programmes de télésanté

Résultat 6.2 : La télémédecine est mise en place et renforcée

Action 6.2.1 : Informatiser les hôpitaux et système d'interopérabilité des outils

Action 6.2.2 : Développer la pratique médicale à distance

Action 6.2.3 : Cartographier et actualiser régulièrement les pratiques de télémédecine en cours dans le pays

OS 7 : Développement de l'enregistrement d'état civil

Résultat 7.1 : *Un cadre formel de collaboration entre les centres d'état civil et le MSPP est fonctionnel*

Action 7.1.1 : Redynamiser le cadre de collaboration

Action 7.1.2 : Tenir les réunions de travail et mettre en œuvre les recommandations qui en découlent

Résultats 7.2: *L'enregistrement de l'Etat civil est systématique*

Action 7.2.1 : Rendre disponibles dans les FOSA, les bulletins de naissance et les outils d'enregistrement des décès

Action 7.2.2 : Rendre obligatoire le remplissage des bulletins de naissance dans les formations sanitaires

Action 7.2.3 : Renforcer les capacités des ASC pour la prise en compte des faits d'état civil (naissance et décès) dans la communauté

Action 7.2.4 : Développer et rendre opérationnel un mécanisme d'interopérabilité incluant toutes les parties prenantes (Ministère en charge de la Santé, de l'Administration, l'ANATS...).

3.2.4.6 Pilier médicaments et autres produits de sante

OS 1 : Politiques normes règlementation et stratégies en matière de médicaments, sang, vaccins, réactifs y compris la médecine traditionnelle

Résultat 1.1 : *Le cadre juridique et institutionnel est adapté au contexte et aux objectifs pour l'amélioration du secteur pharmaceutique, des laboratoires et autres produits de santé.*

Le cadre juridique et institutionnel actuel a connu des avancées sur l'élaboration des textes mais beaucoup reste à faire pour améliorer l'exercice de la pharmacie, des laboratoires et le CNTS : le projet de loi 024 révisée doit être adopté pour renforcer le cadre juridique du secteur pharmaceutique en comblant les gaps législatifs identifiés à l'issue des assises nationales sur le médicament organisées en 2019, de l'atelier de diagnostic du système de santé et de l'auto-évaluation du système national de règlementation pharmaceutique réalisés en 2020.

Action 1.1.1 : Elaborer, adopter et mettre en œuvre les textes juridiques et réglementaires du secteur de la pharmacie, des laboratoires et autres produits de santé.

Les textes juridiques et réglementaires du secteur de la pharmacie, des laboratoires et autres produits de santé doivent être révisés afin de les adapter aux exigences de la politique Pharmaceutique Commune de la sous-région CEMAC.

Action 1.1.2 : Accélérer la mise en place de l’Autorité Tchadienne du Médicament (ATM)

L’Agence Tchadienne du Médicament est dotée d’une autonomie de gestion et des pouvoirs de régulation du secteur pharmaceutique selon les dispositions du projet de loi 024 révisé qui prévoit sa création. Sa création et son opérationnalisation pourront renforcer les capacités du pays en termes d’application de la réglementation pharmaceutique, de renforcement de la lutte contre les MQIF, et favorisera la création d’un environnement favorable à la production locale pharmaceutique.

Action 1.1.3 : Accélérer la signature du décret d’application de la loi 24/PR/2020 pour rattacher les PPA à la CPA

La finalisation du processus de rattachement des PPA à la CPA passe par la signature des textes d’application prévus dans ladite loi dans le but d’obtenir un lien hiérarchique et les données fiables pour la quantification nationale des produits de santé afin d’éviter les ruptures et péremptions

Action 1.1.4 : Accélérer la révision et la mise en œuvre des textes réglementaires et institutionnels en matière de transfusion sanguine.

L’Elaboration, l’adoption et mise en œuvre des textes juridiques et réglementaires en matière de transfusion sanguine est nécessaire afin de les adapter aux exigences actuelles du CNTS

Action 1.1.5 : Renforcer le cadre réglementaire de la lutte contre l’antibiorésistance.

L’adoption et l’application de textes encadrant l’utilisation des antimicrobiens conjugués à la sensibilisation ou l’éducation thérapeutique appropriée, permettront d’éviter la prescription anarchique des antibiotiques et les mauvaises observances qui contribuent à l’antibiorésistance et favorisent sa propagation dans la chaîne alimentaire ainsi que dans l’environnement humain en général

Action 1.1.6. Réorganiser le système des laboratoires de biologie médicale pour une meilleure coordination, qualité et efficacité du diagnostic de laboratoire

La mise en place d’un laboratoire national de santé publique et la décentralisation de la coordination des activités de laboratoires au niveau provincial et district vont permettre au système des laboratoires de mieux jouer son rôle dans la surveillance épidémiologique, la recherche opérationnelle en santé et l’assurance qualité des résultats des analyses biomédicales.

Résultat 1.2 : *Le cadre juridique, réglementaire et institutionnel de la médecine traditionnelle est mis en place pour valoriser la médecine traditionnelle, contrôler et évaluer les actes liés à cette médecine.*

Action 1.2.1 : Adopter et mettre en œuvre les textes législatifs et réglementaires de la médecine traditionnelle.

Les textes juridiques et réglementaires de la médecine traditionnelle devraient être élaborés, adoptés et appliqués.

Action 1.2.2. Mettre en place une stratégie nationale de médecine traditionnelle

L'élaboration, l'adoption et le financement de la mise en œuvre d'une stratégie nationale de médecine traditionnelle vont permettre de valoriser les recettes traditionnelles à travers l'accompagnement des TPS pour standardiser et valider leurs recettes. Et si possible créer des unités de médecine traditionnelle qui puisse collaborer avec les hôpitaux.

Résultat 1.3 : *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 1.3.1 : Renforcer le cadre institutionnel et juridique de lutte contre les MQIF.

La mise en place de l'autorité Tchadienne du médicament et de la police sanitaire, la finalisation et l'adoption de la loi pénale spéciale de lutte contre les MQIF en cohérence avec la Convention MEDICRIME, devraient favoriser l'assainissement du secteur pharmaceutique miné par le marché illicite des produits médicaux.

Action 1.3.2 : Adopter et mettre en œuvre un plan multisectoriel de lutte contre le marché illicite des médicaments et autres produits de santé.

L'ATM qui sera mis en place et la police sanitaire 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 bénéficier des moyens nécessaires de l'Etat et des Partenaires Techniques et Financiers.

OS 2 : Renforcement de la chaîne d'approvisionnement et de la gestion de la disponibilité des médicaments, sang, vaccins et réactifs.

Résultat 2.1 : *La chaîne d'approvisionnement en produits de santé est renforcée pour garantir une disponibilité des médicaments, des vaccins, du sang et des consommables médicaux de qualité et assurer une accessibilité géographique et financière aux populations.*

Action 2.1.1 : Renforcer les capacités logistiques de la chaîne d'approvisionnement/distribution et de mettre en place des mécanismes de financement pérenne de service chargé de gérer les produits de santé.

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

produits de santé et allouer des fonds sur le budget national pour le transport des produits de santé

S'agissant de ressources financières, il est primordial que les créances de l'Etat soient totalement payées à la CPA. Ce qui lui permettra de retrouver toute sa crédibilité vis-à-vis de ses fournisseurs et de procéder aux commandes des produits de santé. Les PPA 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 redevabilité dans le secteur du médicament doivent être de mise.

Action 2.1.2 : Sécuriser les dépenses essentielles destinées aux médicaments

Cette action va permettre de s'assurer que l'Etat continue à assurer les dépenses essentielles liées 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 2.1.3 : Accorder une subvention à la CPA et aux PPA

Une subvention conséquente à la CPA et aux PPA permettra de rendre disponible et accessible les MEG et renforcera la performance de la chaîne d'approvisionnement

Action 2.1.4 : Financer le plan stratégique de la CPA

La CPA a identifié dix (10) projets majeurs à mener, avec en priorité un projet de sortie de crise financière dont la mise en œuvre préalable conditionne la réalisation des neuf (9) autres projets constituant le plan stratégique.

Action 2.1.5 : 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.

Résultat 2.2 : Les MEG, les produits sanguins et autres dispositifs médicaux sont disponibles sur toute la chaîne d'approvisionnement

Action : 2.2.1 : Tenir régulièrement les réunions de la commission de coordination de gestion des approvisionnements et des stocks des produits médicaux (CNC-GASPM).

Il s'agit d'évaluer les besoins nationaux, de la centrale pharmaceutique d'achat (CPA) chargée d'approvisionner le secteur public

Action 2.2.2 : Augmenter et assurer le budget national alloué pour l'achat et la distribution des médicaments essentiels lors de la dotation initiale des nouvelles formations sanitaires,

Action 2.2.3 : Implémenter la pharmacie hospitalière dans tous les hôpitaux

La pharmacie hospitalière devra être dûment autorisée dans tous les hôpitaux, sous la surveillance et la responsabilité du pharmacien qui a la charge de l'approvisionnement, la gestion, la détention, le contrôle et la fourniture aux différents services des produits pharmaceutiques, ainsi que l'exécution des préparations hospitalières, de la stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables, conformément aux bonnes pratiques de pharmacie à usage intérieur définies par la réglementation.

Pour implémenter la pharmacie hospitalière, il faudra (i) Elaborer/réviser et diffuser les documents normatifs de pharmacie hospitalière (Bonnes Pratiques de pharmacie hospitalière, référentiel de la pharmacie hospitalière, livret thérapeutique, (ii) Assurer la mise en place et le fonctionnement des cadres de coordination de la PH (comités thérapeutiques, cadres de concertation, etc.) (iii) Développer la dispensation journalière individuelle nominative (DJIN) « au lit du malade » dans tous les hôpitaux, et (iv) Renforcer les capacités des acteurs dans le domaine de la PH

Action 2.2.4 : Rendre disponible le sang et des produits sanguins labiles (PSL) de qualité à la population Tchadienne à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Pour améliorer la disponibilité et la qualité des PSL, il est important d'accélérer l'adoption et la mise en œuvre du plan de renforcement de la transfusion sanguine élaborée en 2020 qui va permettre d'adapter le cadre normatif et institutionnel relatif à la transfusion sanguine, normaliser les ressources humaines, les infrastructures et les équipements pour la transfusion sanguine, assurer un financement adéquat de la transfusion sanguine en fonction des besoins réels exprimés et opérationnaliser/optimiser toutes les activités essentielles relevant de la transfusion sanguine.

Résultat 2.3 : La chaîne pharmaceutique est renforcée en capacités de stockage et en moyens roulants

Action 2.3.1 : Construire la nouvelle CPA et les PPA selon les normes de BPS et de BPD

La construction d'une nouvelle CPA permettra de transférer l'actuelle dans le nouveau bâtiment moderne qui réponde aux normes de BPS et de BPD

Quant aux PPA, des nouvelles infrastructures sont nécessaires pour les permettre d'être dans les conditions optimales des BPS et BPD

Action 2.3.2 : Doter la CPA et chaque PPA d'une logistique adaptée et suffisante pour répondre à la distribution jusqu'au dernier kilomètre

L'acquisition des camions adaptés au transport des médicaments permettra d'assurer une distribution adéquate jusqu'au dernier kilomètre.

OS 3 : Amélioration du système des laboratoires pour le diagnostic

Résultat 3.1. Un cadre normatif et institutionnel adéquat du réseau et services de laboratoires est en place

Action 3.1.1.: Réviser le cadre juridique encadrant le fonctionnement des laboratoires selon une approche multisectorielle

La mise à niveau du cadre juridique et normatif des services de diagnostic biologique concerne les aspects suivants :

- La biosécurité avec la ratification de conventions internationales
- L'homologation des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, notamment les conditions y relatives ;
- Les conditions d'agrément technique, pour l'importation, distribution des dispositifs médicaux et des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro
- Les critères de tarification et la grille tarifaire pour tous les services diagnostiques de laboratoire
- Les normes et standards des laboratoires
- Le paquet d'analyses par niveau de soins de la pyramide sanitaire

Action 3.1.2. Renforcer la coordination des activités de laboratoire au niveau provincial

Dans le cadre de la décentralisation du système de santé, la prise en compte de biologistes médicaux dans les équipes cadres au niveau provincial va renforcer la coordination des activités des laboratoires au niveau décentralisé et faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action opérationnels en accord avec les normes et standards pour le diagnostic.

Résultat 3.2. Les laboratoires fournissent à tous des services de diagnostic et d'analyses continus et pérennes

Action 3.2.1. Renforcer les capacités diagnostiques des laboratoires

Afin de renforcer les capacités diagnostiques des laboratoires, il faudra (i) réaliser une cartographie des laboratoires, de leurs capacités et des équipements disponibles (ii) élaborer et mettre en œuvre un plan d'équipements des laboratoires et un plan de formation de spécialistes en biologie médicale

Action 3.2.2. Renforcer le rôle du système des laboratoires dans la surveillance épidémiologique

La mise en place d'un laboratoire national de santé et/ou d'un réseau de laboratoires de référence est primordiale dans la surveillance épidémiologique, la recherche opérationnelle, le contrôle qualité externe des résultats des analyses et la validation des méthodes analytiques.

Résultat 3.3. La qualité des analyses et le niveau de biosécurité dans les laboratoires sont fiables

Action 3.3.1. Elaborer et diffuser un guide de suivi médical du personnel de labo

Le guide est un document normatif indispensable pour la formation et l'utilisation par le personnel afin d'optimiser le suivi médical

Action 3.3.2: Élaborer et diffuser un protocole de gestion d'accident d'exposition aux liquides biologiques

Le protocole permettra la formation du personnel sur les différentes étapes à suivre et réagir promptement ainsi que la sécurisation des produits d'atténuation des effets en cas d'accident d'exposition

Action 3.3.3 : Mettre en place la gestion de la biosécurité et de la bio sûreté dans les laboratoires.

Il s'agira de l'élaboration des textes réglementaires en matière de biosécurité et bio sureté, de la création d'un comité multisectoriel consultatif de biosécurité et bio sureté sur le plan national, l'établissement de la liste nationale des agents pathogènes et toxines à haut risque et la liste des laboratoires manipulant ces agents, l'intégration de la biosécurité dans les laboratoires ainsi que dans les curricula de formation des techniciens

Action 3.3.4 : Mettre en place un comité qualité multisectoriel pour la gestion de la qualité et de la biosécurité

Il s'agira de pendre un acte de création d'un comité multisectoriel afin de coordonner et suivre les activités de qualité et de biosécurité des laboratoires.

Action 3.3.5 : Mettre en place un système national d'accréditation des laboratoires

La mise en place de ce système nécessitera les textes règlementaires, des comités qualités, la désignation et formation des points focaux de laboratoires, l'organisation des séries d'évaluations (initiales et de suivies de progrès) et la délivrance de l'acte d'accréditation

Résultat 3.4 : Un approvisionnement réglementé, régulier, suffisant et ponctuel en réactifs et dispositifs médicaux pour le laboratoire

Action 3.4.1. Améliorer la gouvernance de la CPA par un système d'approvisionnement plus performant en réactifs et dispositifs médicaux de laboratoire

La mise en place d'une unité de gestion de réactifs et dispositifs médicaux pour le laboratoire au sein de la CPA et le recrutement de spécialiste en biologie médicale sont préconisés pour renforcer la coordination, les acquisitions, la gestion des stocks et le suivi des approvisionnements de cette catégorie d'intrants.

Action 3.4.2. Renforcer les capacités de gestion de stock de réactifs et dispositifs médicaux pour le laboratoire

Pour une gestion de stock conforme aux exigences de bonnes pratiques de distribution, il est envisagé un renforcement des capacités du personnel en charge des stocks de réactifs et des capacités de stockage (notamment chambres froides, réfrigérateur, congélateur -20°C) au niveau des formations sanitaires.

Action 3.4.3. Mettre en place un système informatique de gestion de l'information dans les laboratoires des hôpitaux nationaux et provinciaux

Il s'agit d'acquérir et de déployer un logiciel de gestion de l'information au laboratoire, de renforcer les capacités du personnel pour son utilisation, la compilation, l'analyse et la gestion des résultats et la diffusion des données de laboratoires.

Résultat 3.5. La maintenance des équipements de laboratoires est améliorée

Action 3.5.1. Intégrer la gestion des équipements au fonctionnement des laboratoires

Les équipements de laboratoire ne sont pas gérés selon les principes de gestion des biens définis. Un acte administratif va les intégrer comme matériels et biens à comptabiliser ainsi que la sensibilisation des responsables des laboratoires et des formations sanitaires et de mettre en place un outil (registre) qui comptabilise les investissements.

Action 3.5.2. Déployer les ressources nécessaires à la maintenance des équipements

Le déploiement de ressources humaines ayant la compétence dans la maintenance des équipements en qualité permettra d'assurer aux appareils une bonne fonctionnalité ainsi qu'une durée de vie plus longue.

Action 3.5.3. : Former les techniciens de laboratoire à l'utilisation du manuel de maintenance des équipements (préventive et à la métrologie)

La formation et la vulgarisation du manuel de maintenance préventive/ primaire des équipements de laboratoire contribuera l'amélioration des services de laboratoires

OS 4 : Amélioration de la qualité de médicaments, du sang, des vaccins et des réactifs y compris les médicaments issus de la médecine et pharmacopée traditionnelles

Résultat 4.1 : Le Système d'assurance qualité est renforcé à travers le LNCQM opérationnel et performant

Action 4.1.1 : Renforcer les capacités techniques du LNCQM

Afin d'assurer les meilleurs résultats des analyses de contrôle qualité des médicaments il est nécessaire d'acquérir, d'installer et de calibrer les équipements complémentaires

Action 4.1.2 : Assurer la formation du personnel du LNCQM en système de management qualité et leadership du laboratoire

La conception des modules et l'organisation des ateliers en continu combleront ce déficit

Action 4.1.3 : Renforcer les services d'Homologation, de l'Inspection Pharmaceutique, de la vigilance et le contrôle à l'importation.

Vu l'importance de ces quatre services qui assurent les fonctions réglementaires pharmaceutiques, le renforcement de capacité des responsables à travers les formations continues et la dotation de leurs services en moyens financiers, techniques et logistiques est indispensable

Résultat 4.2 : *Le Système de Notification Spontanée recommandée par l'OMS est mis en place*

Action 4.2.1 : Former et équiper en matériels informatiques (tablettes informatiques) un réseau des agents de notification au plan national,

Pour permettre une meilleure performance des agents de notification il est nécessaire d'organiser des séries de formations des agents, d'acquérir et distribuer les tablettes informatiques

Action 4.2.2 : Développer une application mobile permettant de faire des e-notifications,

La transmission en temps réel des données de notification sera facilitée

Action 4.2.3 : Centraliser des données à l'Uppsala Monitoring Center (UMC) à travers un abonnement à VIGIFLOW

L'abonnement à VIGIFLOW nécessite un engagement financier annuel avec l'UMC

Action 4.2.4 : Renforcer les capacités techniques notamment en matière de Ressources Humaines qualifiées (pharmaciens formés en Inspectorat Pharmaceutique) ;

Il a été constaté une carence en pharmacien inspecteur d'où la nécessité d'identifier chaque année des pharmaciens à la spécialisation dans ce domaine

Action 4.2.5 : Renforcer l'Inspection pharmaceutique en moyens logistiques et matériels bureautiques.

Il s'avère nécessaire de doter l'Inspection pharmaceutique des moyens roulants adaptés et du matériel de travail

Action 4.2.6 : Former les agents en technique de contrôle à l'importation et à l'utilisation du logiciel CIMED

Le renforcement de capacité des responsables à travers les formations continues et la dotation de leurs services en moyens financiers, techniques et logistiques y compris le logiciel CIMED est indispensable

Action 4.2.7 : Renforcer la lutte contre la vente illicite des médicaments et intrants nutritionnels

Malgré les actions de lutte conjointe, entreprises avec les autres services de l'administration nationale (douane, intérieur, finance, mairie etc.) et le MSPP, la prolifération persiste. A cet

effet il s'agira de poursuivre ces actions avec l'appui de la police sanitaire nouvellement créée. Dans ce cadre il sera indispensable d'organiser les campagnes de sensibilisation, de répression et de destruction ainsi que d'autres sanctions prévues par la loi

OS 5 : Amélioration de l'utilisation rationnelle des médicaments et autres produits de santé

Résultat 5.1 : L'éducation de la population en matière d'utilisation rationnelle des médicaments est renforcée

Action 5.1.1 : Renforcer l'information et l'éducation des populations sur l'usage rationnel du médicament et autres produits de santé

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

Action 5.1.2 : Réguler la publicité sur les médicaments et autres produits de santé

Malgré la réglementation en vigueur du Décret N° 621/PR/PM/MSP/2016 portant sur la promotion et la publicité des médicaments, la situation reste préoccupante. Il s'agit de développer les nouvelles stratégies pour renforcer l'application de cette disposition.

Résultat 5.2 : L'éducation du personnel de santé en matière de prescription rationnelle des médicaments est renforcée

Action 5.2.1 : Développer la recherche opérationnelle sur les médicaments et autres produits de santé

Afin d'améliorer le secteur pharmaceutique, la conduite des activités de recherche opérationnelle sont nécessaires et se fera à travers l'élaboration d'un plan stratégique ainsi que l'octroi de ressources y afférent et l'organisation de la coordination multisectorielle

Action 5.2.2 : Développer et vulgariser les outils d'aide à la prescription rationnelle des médicaments et autres produits de santé

Il s'agira de renforcer les capacités techniques des services pour la promotion de l'usage rationnel des médicaments et autres produits de santé de qualité. Cette action s'effectuera à travers l'actualisation ou l'élaboration des outils et des ordinogrammes qui doivent être obligatoirement reproduits, vulgarisés et utilisés par les agents de santé à tous les niveaux du système.

Résultat 5.3 : La résistance antimicrobienne est réduite dans la population générale

Action 5.3.1 : Améliorer la connaissance des pouvoirs publics et de la population sur le problème de la résistance antimicrobienne

La connaissance des pouvoirs publics et de la population sur la RAM est capitale dans la lutte pour y arriver, l'élaboration et la mise en œuvre de plan de communication RAM est indispensable

Action 5.3.2 : Mettre en œuvre la surveillance et la recherche sur la résistance antimicrobienne

Les antimicrobiens sont prescrits de manière abusive dans les FOSA et le suivi des patients n'est pas souvent assuré. C'est pourquoi il est opportun d'organiser et d'implémenter un système national de surveillance de la RAM

Action 5.3.3 ; Réduire l'incidence des infections par des mesures efficaces de prévention (hygiène, vaccination) dans les secteurs de la santé humaine et animale

Il s'agira de promouvoir l'hygiène hospitalière et renforcer la vaccination de routine dans les formations sanitaires, de redynamiser les Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et les comités d'hygiène

Action 5.3.4 : Améliorer l'utilisation des médicaments antimicrobiens en santé humaine, animale et végétale

Il serait judicieux de promouvoir l'utilisation rationnelle des antimicrobiens en santé humaine, animale et végétale en mettant en œuvre les directives sur la prescription et l'utilisation des antimicrobiens

OS 6 : Production locale des médicaments

Résultat 6.1 : *Les médicaments essentiels génériques et autres produits médicaux répondant aux besoins nationaux sont produits sur place*

Action 6.1.1 : Développer un partenariat public privé avec tous les acteurs potentiels pour favoriser l'installation des unités pharmaceutiques

Le domaine de l'industrie pharmaceutique nécessite des investissements importants pour intéresser les opérateurs économiques à cet effet les mesures incitatives sont nécessaires

Action 6.1.2 : Accorder un moratoire financier aux unités industrielles sur l'importation des matières premières et matériaux de fabrication

Il s'agira surtout de faciliter l'importation des matières premières des articles de conditionnement primaire et secondaire ainsi que des grosses machines

Résultat 6.2 : *La production sur place des médicaments essentiels génériques et autres produits médicaux répondant aux besoins nationaux est valorisée*

Action 6.2.1 : Encourager la formation et la spécialisation des jeunes diplômés à la filière de l'industrie pharmaceutique

Il s'agira de la création d'une l'industrie pharmaceutique pour la production locale des produits de santé et de rendre disponible les ressources humaines qualifiés en formant les jeunes diplômés dans ce domaine

Action 6.2.2 : Promouvoir l'achat de la production locale dans toutes les formations sanitaires

Cela permettra à toutes les formations sanitaires de s'approvisionner en produits de santé de qualité à moindre coût et d'éviter les ruptures dues au délai de livraison très long des fournisseurs de l'étranger

OS 7 : Intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé

Résultat 7.1 : Le cadre des savoirs faire traditionnels est documenté et valorisé

Action 7.1.1 : Elaborer un plan de développement stratégique de la médecine traditionnelle ;

Ce plan définira les grandes orientations en matière de médecine traditionnelle et se réalisera à travers l'élaboration, l'adoption, la reproduction et la vulgarisation des textes

Action 7.1.2 : Renforcer l'opérationnalisation du comité de pilotage chargé de la mise en œuvre de la convention tripartite entre le MSPP, l'IRED et le CNRD.

Cette opérationnalisation se fera à travers la tenue régulière des réunions du comité de pilotage

Action 7.1.3 : Renforcer la protection de la biodiversité, des connaissances et savoirs en médecine traditionnelle.

Le brevet d'invention et les droits d'auteur devraient garantir la protection des savoirs en médecine traditionnelle.

Action 7.1.4 : Renforcer le contrôle des praticiens, des pratiques de la MT aux niveaux intermédiaires et périphériques.

Il s'agira de l'organisation régulière des supervisions et des inspections contrôle de l'exercice de la médecine traditionnelle aux niveaux intermédiaires et périphériques

Action 7.1.5 : Mettre en place des jardins botaniques et jardins de plantes médicinales couramment utilisées et/ou menacées de disparition dans chaque province sanitaire en collaboration avec les ministères concernés,

Le recensement des plantes médicinales des zones de mis en défend et l'identification des plantes menacée de disparition par province sanitaire seront mise à contribution

Résultat 7.2 : Les données relatives à la médecine traditionnelle sont prises en compte dans le système national d'information sanitaire.

Action 7.1.1 : Développer les outils de bonne pratique en médecine traditionnelle,

Les exigences en matière de personnel, de locaux, d'appareillage et des responsabilités pendant et après l'essai définiront les conditions de bonnes pratiques de la médecine traditionnelle

Action 7.1.2 : Intégrer les données de la médecine traditionnelle dans les services de statistiques, de surveillance et d'évaluation du système de santé.

Le système de collecte des données de la médecine traditionnelle sera défini et pris en compte dans les systèmes existants

Résultat 7.3 : *Des médicaments traditionnels améliorés sont localement produits à base des confirmations scientifiques, homologués et mise à la disposition de la population tchadienne.*

Action 7.3.1 : Opérationnaliser l'Unité de Recherche pour la production des Médicaments Traditionnels améliorés.

L'opérationnalisation de cette unité nécessitera une dotation en équipements adéquats ainsi que les ressources humaines hautement qualifiées

Action 7.3.2 : Mettre à la disposition des populations au moins cinq (05) MTA ayant obtenu leur AMM ;

Il s'agira de la mise en place un système de production fiable des MTA capable de remplir les conditions d'homologation afin d'obtenir les AMM

Action 7.3.3 : Mettre en place une base de données scientifique de la médecine traditionnelle,

Un système de collecte, stockage et sauvegarde des données scientifiques de la médecine traditionnelle sera nécessaire

Action 7.3.4 : Encourager la publication et la recherche scientifique sur la médecine traditionnelle.

Faire la promotion des recherches sur la médecine traditionnelle aboutissant à des publications scientifiques

Action 7.3.5 : Elaborer, valider et mettre en œuvre un référentiel des modalités de la contribution potentielle des actes de la Médecine Traditionnelle dans la Couverture Santé Universelle.

Ce référentiel définira avec cohérence les grandes orientations relatives aux actes en matière de la Médecine Traditionnelle dans la Couverture de Santé Universelle et se réalisera à travers l'élaboration, l'adoption, la reproduction et la vulgarisation des pratiques complémentaires à la médecine moderne

3.2.4.7 OS Pilier prestation des services de santé

OS 1 : Règlementation du secteur de la santé

Résultats 1.1 : Tous les secteurs de santé disposent des documents de politique et de normes qui garantissent la santé de la population

Action 1.1.1 : Elaborer les politiques et normes pour les secteurs de la santé nouvellement créés

Pour faire évoluer la situation sanitaire, il s'est avéré nécessaire de créer de nouvelles structures qu'il faut insérer dans un nouveau cadre politique et juridique voire existant.

Action 1.1.2 : Appliquer toutes les politiques et normes mises en place pour la gestion de la santé au Tchad

Il s'agit d'envisager un environnement favorable au respect des dispositions des politiques et normes en veillant à leur appropriation et leur application.

OS 2 : Offre de soins et services de qualité (organisation et disponibilité)

Résultat 2.1 : Toutes les structures de santé fonctionnelles disposent de tous les services conformément aux normes nationales

Action 2.1.1 : Adopter et mettre en œuvre le PMA et PCA dans les formations sanitaires du niveau périphérique, intermédiaire et national.

Le PMA révisé a été validé, mais reproduit en quantité insuffisante. Ce qui fait que toutes les formations sanitaires ne sont pas en possession dudit document. Concernant le PCA, il est révisé et en cours de validation.

L'action consiste à adopter le nouveau document du PCA. Afin d'assurer la maîtrise de la mise en œuvre de ce service, il est judicieux d'en faire une large diffusion et d'organiser la formation du personnel aussi faudra t'il adapter les outils de système d'information sanitaires. Pour assurer les soins de santé de qualité tous les agents doivent être formés sur l'utilisation de l'ordinogramme révisé et en faire une large diffusion.

Action 2.1.2 : Améliorer la qualité des services des soins.

D'une manière générale, l'insuffisance de la capacité opérationnelle des services est liée à la faible disponibilité des intrants dont les médicaments essentiels, du personnel de santé qualifié et au manque d'application de l'approche des soins centrés sur la personne. Tous ces problèmes sont les causes de la sous-utilisation des services des soins curatifs et préventifs. Les activités retenues dans cette rubrique sont :

- Doter les formations sanitaires en intrants, médicaments essentiels, en quantité suffisante.
- Affecter les personnels qualifiés en quantité suffisante pour répondre aux normes requises

- Assurer la fidélisation des agents dans les formations sanitaires pour la bonne continuité des services
- Rendre toutes les formations sanitaires y compris celles nouvellement construites aux normes nationales.

Résultat 2.2 : Les services de SR de qualité sont disponibles dans toutes les formations sanitaires publiques et privées à tous les niveaux du système des soins.

Action 2.2.1 : Renforcer les services de PF, des CPN, les SONUB et les SONUC et de prise en charge des fistules à tous les niveaux du système des soins.

La disponibilité des services de PF est assez élevée, mais leur capacité opérationnelle est faible. Pour pallier à cette situation, le personnel de santé sera formé sur le conseil afin de mieux présenter les différentes méthodes de contraception et les effets indésirables. Les directives relatives à la PF seront mises à disposition des formations médicales de tous les niveaux. L'approvisionnement régulier en 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, elle-même en lien avec la surcharge de travail du personnel, l'insuffisance dans la formation et la supervision. Les services des CPN seront introduits dans les HD et les HP qui n'en pratiquent pas. L'ensemble du personnel offrant les CPN sera formé dans les centres de santé, les hôpitaux de district et les hôpitaux nationaux. Les directives seront rendues disponibles dans toutes ces formations sanitaires.

La qualité et la capacité opérationnelle de ces formations restent assez préoccupantes dans la mesure où la moitié des agents ne sont pas formés dans la gestion intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Des actions seront mises en œuvre pour pallier 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 HP qui n'offrent pas de SONUC pour avoir une couverture totale de ces services à ce niveau.

L'objectif visé ici est de faire en sorte que tous les centres de santé offrent les services de PF, la CPN et les SONUB et que tous les hôpitaux de district, les HP offrent les services des SONUC. Tous les hôpitaux constituant les pôles interprovinciaux seront renforcés pour assurer la prise en charge continue des fistules.

Action 2.2.2 : 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 s'est améliorée au cours de la mise en œuvre du PNDS 3. Les stratégies développées seront maintenues afin de pérenniser les acquis mais il faut prendre en compte toutes les provinces pour la mise à l'échelle de la PTME. Il convient de renforcer la prise en charge du VIH pédiatrique par un diagnostic adéquat (le diagnostic précoce) et les ARV pédiatriques (l'introduction du DOLUTEGRAVIR 10 mg).

Action 2.2.3 : Renforcer les services de vaccination à tous les niveaux du système de santé

La disponibilité en chaîne de froid s'est améliorée les trois dernières années. Il reste cependant à atteindre une couverture de 100%. La couverture vaccinale administrative est élevée mais très en deçà des données des enquêtes. Il faut intensifier la validation des données pour garantir leur fiabilité. Les efforts fournis pour l'approvisionnement régulier en vaccins seront maintenus. Le processus d'introduction de nouveaux vaccins sera enclenché. Des mécanismes pérennes doivent être mis en place pour assurer la mobilisation à temps du financement de l'Etat pour l'achat des vaccins.

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

Pour assurer l'équité dans l'immunisation, des stratégies spécifiques seront développées telles que les stratégies avancées et mobiles, pour atteindre les populations les plus éloignées des centres de santé. Des stratégies novatrices seront mises en œuvre pour atteindre les populations nomades, insulaires et celle des zones d'accès difficile. La recherche des perdus de vue et de zéro dose sera intensifiée par les RCS et les ASC pour l'amélioration de la couverture vaccinale.

Résultat 2.3 : *Les services de sante néonatale et infanto-juvénile de qualité sont disponibles dans toutes les formations sanitaires publiques et privées à tous les niveaux du système des soins.*

Action 2.3.1 : Renforcer la capacité des personnels à tous les niveaux pour les soins essentiels aux nouveau-nés (SENN) et la PCIME

Action 2.3.2 : Créer les services de néonatalogie et les doter des équipements, matériels et intrants adéquats.

Action 2.3.3 : Produire/diffuser les documents de Soins Essentiels du Nouveau-né (SENN) et PCIME à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Action 2.3.4 : Promouvoir les pratiques familiales essentielles (Allaitement maternel exclusif, diversification alimentaire du jeune enfant...)

Résultat 2.4 : *La lutte contre les maladies transmissibles est renforcée dans la communauté et à tous les niveaux du système de santé*

Action 2.4.1: Renforcer les interventions de prévention et de prise en charge du paludisme à tous les niveaux du système de santé

Les couvertures en MILDA 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 MILDA seront intensifiées et étendues à toutes les provinces du pays. La distribution lors de la CPN, de la CPoN et de la vaccination sera poursuivie et intensifiée. Les activités de chimio-prévention saisonnière du paludisme des enfants de 3 à 59 mois 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 la CPN recentrée et leur qualité améliorée par la disponibilité des intrants et la formation du personnel.

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

La couverture en MILDA pour la campagne de masse (CDM) en 2020 était de 95% dans les 63 districts sanitaires. En routine, elle est de 59% chez les femmes enceintes et 41% chez les enfants de moins d'un an (Rapport PNLP 2020).

La couverture de TPI 1, en 2020 est de 82%, alors celle de TPI 4 n'est que de 16%. Ce qui montre qu'on est loin de la CSU de la TPI chez la Femme Enceinte comme prévu dans le plan stratégique 2019-2023.

Les campagnes de chimio prévention saisonnières (CPS) du paludisme ont été organisées en 2020 dans les DS à risque avec une couverture chez les enfants de 88,8%.

Action 2.4.2 : Renforcer la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA à tous les niveaux du système de soins.

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

Les services en charge de la prescription des ARV sont encore peu disponibles. Ils verront leur disponibilité et leur qualité améliorées dans les formations sanitaires à la fois publiques que privées. L'accent sera mis sur l'accroissement de la disponibilité des ARV, le suivi médical des patients sous traitement, la formation des prescripteurs y compris dans les centres de santé en vue de la décentralisation du traitement, etc.

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

Action 2.4.3: Renforcer les interventions de prise en charge de la Tuberculose dans les formations sanitaires à tous les niveaux du système de santé

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

Résultat 2.5 : Les maladies non transmissibles sont correctement prises en charge à tous les niveaux du système de santé.

Action 2.5.1 : Mettre en place le dispositif de lutte contre les maladies non transmissibles. Il s'agit d'élaborer un plan de lutte contre les MNT, et rendre fonctionnel le cadre de concertation multisectoriel de la lutte contre les MNT

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.

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

Action 2.5.2 : Renforcer les capacités des formations sanitaires pour le diagnostic, la prise en charge et le suivi des malades souffrant des maladies non transmissibles

Il sera question de rendre disponibles les protocoles de prises en charge des maladies non transmissibles, les moyens de diagnostics et les médicaments et autres intrants nécessaires. En outre, il faut renforcer les compétences du personnel pour la prise en charge. La prise en charge de maladies non transmissibles et les interventions y relatives seront intégrées dans les plans opérationnels annuels des formations sanitaires. La question des mobilisations du financement pour la lutte contre les MNT et leurs facteurs de risques se doit d'être prise en compte dans le budget de l'Etat.

Résultats attendu 2.6 : Réduction des AVP et prise en charge adéquate des victimes

Actions 2.6.1 : Promouvoir des actions de sensibilisation pour la réduction des AVP

Action 2.6.2 : Assurer une prise en charge correcte des accidentés de la route

Résultat 2.7 : La lutte contre les facteurs de risque (tabac, alcool, autres drogues, la sédentarité...) des maladies non transmissibles est renforcée à tous les niveaux du système de santé.

Action 2.7.1 : Renforcer la mise en œuvre de la convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS

Il est question de renforcer l'application des textes d'application de la Loi antitabac N°10/PR/10, promulguée le 10 juin 2010 au niveau national notamment, le Décret 1522/PR/MSP/2019 DU 11 septembre 2019, le Décret 1523/PR/MSP/2019 du 11 septembre. 2019, le Décret 1759/PCMT/PMT/MSPSN/22 du 16 juin 2022, arrêté 20/PR/MSPSN/SE/DGM/DGTLMPS/DMTNT/SMNT/PNLTAD/20 du 20 septembre. 2022, etc. Il sera nécessaire d'adopter également des nouveaux textes au besoin et de les mettre en œuvre. Des dispositions seront prises pour mettre en œuvre des stratégies d'encadrement psychosocial, de renforcer les cures de désintoxication, la promotion des centres de désintoxication, la prise en charge et la réinsertion des personnes dépendantes et souffrantes des troubles mentaux et d'accompagner les consommateurs de tabac dans le sevrage.

Action 2.7.2: Assurer les financements de la lutte contre les MNT et les facteurs de risques à travers des mécanismes innovants de mobilisation des ressources (taxe sur le tabac, l'alcool, les sodas, la téléphonie mobile).

Il sera question de prendre un arrêté par le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention pour allouer une partie des taxes spécifiques de 100 franc CFA /de cigarettes pour lutter contre les MNT et les facteurs de risques conformément à la recommandation de l'OMS et aux objectifs du Plan Stratégique Multisectoriel de Lutte contre le Tabac au Tchad 2018-2022.

Action 2.7.3 : Appuyer le mécanisme de pérennisation du financement innovant créés en 2019 à travers les taxes spécifiques de 100 franc CFA /cigarettes

Il sera question d'allouer une partie des taxes spécifiques de 100 franc CFA /paquet de cigarettes au programme tabac et au comité national de lutte contre le tabagisme (mairie, commerce, douane, police sanitaire, etc.) pour lutter contre le commerce illicite des produits du tabac à travers la surveillance et le suivi des industries de tabac mais aussi la saisie de tous les produits ne portant pas les mentions sanitaires. De ce fait, le mécanisme de financement innovant sera pérennisé à travers le versement régulier des taxes de 100 franc CFA /paquet de cigarettes.

Action 2.7.4 : Renforcer la lutte contre l'alcoolisme et les autres types de drogues

Le projet de loi régissant les régimes de licence et de lutte contre l'alcoolisme vient d'être élaboré de même qu'un projet de Décret portant interdiction de la commercialisation et de la consommation des boissons.

Il est question d'adopter ces projets de Loi et Décret. La mise en œuvre de ces textes et loi nécessite des actions multisectorielles pour lesquelles la prévision des ressources conséquentes s'avère nécessaire.

Les actions de recherche opérationnelle, de stratégies d'encadrement psychosocial, de cures de désintoxication, de la prise en charge, de la réinsertion des personnes dépendantes et

souffrantes des troubles mentaux, d'accompagnement des consommateurs d'alcool et des drogues pour le sevrage et l'appui aux activités économiquement viables en remplacement de la commercialisation des boissons frelatées aux vendeurs, sont primordiales et méritent d'être renforcées.

Résultat 2.8 : les services de santé des jeunes, des adolescents, des personnes âgées et des personnes handicapées sont développés et intégrés dans les paquets d'activités à tous les niveaux du système de santé.

Action 2.8.1 : Définir les politiques, les plans stratégiques, les normes relatifs à la santé des jeunes, des adolescents, des personnes âgées et des personnes handicapées.

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

Actions 2.8.2 : Promouvoir la santé des jeunes et des adolescents

Il s'agira de diffuser les différents documents produits sur la santé des adolescents et des jeunes, de mettre en place les services nécessaires aux différents échelons et surtout dans les hôpitaux provinciaux, les hôpitaux de districts et les centres de santé et d'en assurer la fonctionnalité

Actions 2.8.3 : Promouvoir la santé des personnes âgées

Il s'agit de produire les documents d'orientation, de former les techniciens et d'ouvrir des services spécialisés au niveau des hôpitaux de districts, des hôpitaux provinciaux et nationaux et les rendre fonctionnels

Actions 2.8.4 : Promouvoir les soins ré-éducatifs et de réadaptation dans tous les hôpitaux.

Il sera question d'élaborer et de mettre en œuvre le plan stratégique de rééducation fonctionnelle et de réadaptation. On développera aussi les soins ré éducatifs et de réadaptation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec le CNAR comme centre de référence national. Dans le sens le centre d'appareillage et de production des équipements orthopédiques sera renforcé et les capacités des prestataires renforcées (introduction de la kinésithérapie dans l'enseignement au niveau des écoles de santé).

Action 2.8.5 : Renforcer les capacités du personnel de santé dans la prise en charge des problèmes de santé des adolescents, des jeunes, des personnes âgées et des personnes handicapées. Une fois les politiques, les plans stratégiques et les normes relatifs à la santé des jeunes, des adolescents, des personnes âgées et des personnes handicapées élaborés et adoptés, le personnel de santé sera formé à tous les niveaux de la prise en charge et les formations sanitaires équipées conséquemment pour assurer une prise en charge efficace

des problèmes de santé de ces catégories de la population. Ce renforcement des capacités devra se traduire entre autres, par la prise en compte des interventions relatives à la santé des jeunes, des adolescents, des personnes âgées et des personnes handicapées, dans les plans opérationnels annuels.

Résultat 2.9 : Les femmes survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime sont prises en charge de manière intégrée

Action 2.9.1 : Elaborer des textes d'encadrement pour protéger les victimes

Action 2.9.2 : Identifier et prendre en charge les survivantes de violence exercée par un partenaire intime

Action 2.9.3 : Prendre en charge de viol (étape par étape)

Action 2.9.4 : Fournir le soutien en ligne aux victimes

Action 2.9.5 : Fournir des soins de santé mental complémentaire et soutien psychosocial

Action 2.9.6 : Prise en charge des enfants de ces victimes

OS 3 : Demande de soins

Résultat 3.1 : L'accessibilité de toute la population aux services de santé est renforcée. **Action 3.1.1:** Atteindre les populations d'accès difficile par des stratégies appropriées.

Cette action permettra de renforcer la mise en œuvre de la stratégie de santé nomade et des zones d'accès difficile en déployant des moyens adaptés. Aussi, il sera question d'organiser les activités des soins préventifs et curatifs en stratégie avancée et en stratégie mobile pour les populations situées à plus d'une heure de marche et pour les populations nomades.

Action 3.1.2: Atteindre les populations de proximité par des stratégies appropriées

Un accent sera également mis sur les soins en milieu carcéral. Un paquet des soins sera défini pour ces populations ainsi que les modalités de sa mise en œuvre.

Résultat 3.2: Les activités de santé à base communautaire sont mises en œuvre dans tous les districts sanitaires fonctionnels.

Action 3.2.1 : Organiser le cadre des interventions à base communautaire.

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

Actions 3.2.2 : Assurer les activités de santé communautaire au niveau opérationnel.

L'action consistera à recruter deux agents de santé communautaire par village soit 40 000 dont 20 000 sur la période 2021-2025 du plan stratégique national de santé communautaire. Ces ASC seront formées sur un module intégré élaborés à cet effet pour être capables de maîtriser l'ensemble du paquet d'interventions et devraient aussi servir à susciter l'utilisation de service de santé par la population. Un accent particulier sera mis sur la supervision de ces agents pour garantir la qualité et la continuité des interventions. D'autre part, la redynamisation des organes de dialogue (COSAN, COGES) sera poursuivi dans l'ensemble des districts pour une meilleure conduite de la participation communautaire. Une réflexion doit être menée pour le financement pérenne des activités de santé communautaire par l'Etat et ses partenaires.

Résultat 3.3 : Les activités promotionnelles de santé sont développées pour susciter la demande des services.

Action 3.3.1 : Mettre en place un cadre stratégique relatif à la promotion de la santé

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

Action 3.3.2 : 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 (MSPP, 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.

OS 4 : Qualité de soins garantie pour toute la population (suivi et supervision formative, renforcement des capacités, comité thérapeutique, guide thérapeutique, ordinogrammes)

Résultat 4.1 : La formation continue du personnel est assurée à tous les niveaux

Action 4.1.1 : Elaborer et rendre disponibles à tous les niveaux de la prise en charge des guides thérapeutiques et des ordinogrammes pour une prise en charge rationnelle des malades (urgences, salles de soins, maternité, centres de santé...)

Action 4.1.2 : Organiser systématiquement les staffs techniques dans tous les services hospitaliers

Action 4.1.3 : Veiller au respect des normes d'hygiène dans tous les services afin de réduire les risques liés aux maladies nosocomiales. Les comités d'hygiène hospitalière seront mis en place systématiquement.

Action 4.1.4 : Faire évaluer régulièrement les services par les pairs afin d'améliorer la qualité des services et des soins

Action 4.1.5 : Faire un suivi régulier des services et réaliser les supervisions formatives dans les établissements de soins et en communauté où l'évaluation de la satisfaction communautaire est obligatoire

Résultat 4.2 : Amélioration de l'accès à l'assainissement de base, promotion de l'hygiène et respect rigoureux des normes d'hygiène et de propreté sont rigoureusement respectées

Il s'agit de créer non seulement les infrastructures mais aussi d'élaborer et de vulgariser les documents de pratique et de textes réglementaires (lois, décrets, arrêtés...)

Action 4.2.1 : Elaborer un plan stratégique de traitement des déchets biomédicaux.

Action 4.2.2. Rendre opérationnel le centre de traitement des déchets du CHU-RN de N'Djamena et créer des unités de traitements des déchets biomédicaux (solides et liquides) dans tous les hôpitaux nationaux

Cette action consiste à mettre en place un système des réseaux avec les autres structures de santé de N'Djamena, y compris les privés pour centraliser les traitements de tous ces déchets ; cela nécessite la signature des contrats entre les différentes parties concernées. Le centre sera doté des moyens logistiques nécessaires et des ressources humaines qualifiées.

Action 4.2.3 : Mettre en place dans les tous les HP des incinérateurs modernes.

Pour permettre le bon fonctionnement de ces incinérateurs, un personnel qualifié doit y être affecté et doit bénéficier des formations adéquates. Aussi, un système de traitement des déchets liquides doit être développé à ce niveau.

Action 4.2.4 : Mettre en place des infrastructures d'assainissement de base adaptées à tous les niveaux (ménage, écoles, marchés, formations sanitaires et autres lieux de vie

Action 4.2.5 : Instaurer la PCI dans toutes les structures de santé publiques et privées.

Il s'agit de vulgariser les directives et autres documents d'orientation relatifs à la PCI et de former tout le personnel. Un suivi régulier de l'application doit être mis en place.

Action 4.2.6 : Mettre en place un cadre de collaboration entre le MSPP et les Communes pour assurer l'hygiène publique.

Pour rendre effective la collaboration, un plan d'action sera élaboré par le MSPP. Le plan sera validé au cours d'une réunion regroupant les cadres de deux secteurs. Le suivi de la mise en œuvre du plan se fera de manière conjointe. A cet effet, un cadre de concertation sera mis en place et des réunions périodiques seront organisées.

Action 4.2.7 : Rendre fonctionnel le contrat de collaboration signé entre la mairie de N'Djaména et le MSPP.

Action 4.2.8 : Renforcer les capacités institutionnelles des structures œuvrant dans le domaine de l'hygiène et assainissement et de former le personnel dans ces domaines.

OS 5 : La sécurité sanitaire et la gestion des urgences de santé publique

Résultats 5.1 : Le système de santé est préparé pour répondre efficacement aux urgences en santé.

Action 5.1.1 : Accélérer la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI).

Pour permettre au pays d'avoir des orientations afin d'améliorer la sécurité sanitaire, il sera organisé des évaluations internes et conjointes externes MSPP/OMS du RSI. Ces évaluations vont déterminer les capacités acquises pour la mise en œuvre de RSI, les forces, les meilleures pratiques, les domaines où le renforcement est nécessaire, les défis et les actions prioritaires. Ceci permettra d'élaborer un nouveau Plan National de Sécurité Sanitaire (PANSS). Il sera aussi déterminant de renforcer les capacités structurelles du point focal RSI.

Action 5.1.2 : Rendre opérationnel le Centre d'Opérations d'Urgences en Santé Publique (COUSP) et le doter d'un budget conséquent.

Les réponses souvent tardives aux épidémies, la survenue inattendue de l'épidémie d'Ebola ont désorganisé le système de santé en Afrique et la difficulté de mise en œuvre du RSI ont emmené les Etats membres à adopter une attitude proactive pour éviter des désastres. Pour relever ce défi, le Tchad à l'instar de certains pays africains, a opté pour la mise en place d'un Centre d'Opérations d'Urgences en Santé Publique (COUSP). Le COUSP permettra aux pays de se préparer et répondre promptement en cas de survenue d'une urgence sanitaire. Compte tenu de l'importance de l'implication de la communauté, la surveillance à base communautaire sera renforcée. Il sera question de former les ASC et le COSAN sur les définitions des cas communautaires. Ces personnes seront dotées en outils appropriés. (Prévoir le renforcement en infrastructure, équipements, mobiliers...)

Action 5.1.3 : Mettre en place les textes règlementaires sur les soins pré hospitaliers

Action 5.1.4 : Mettre en place le Service d'Aide médicale d'urgence (SAMU) et les rendre fonctionnel au niveau des grandes villes (N'Djaména, Moundou, Abéché et Sarh).

Le SAMU est un service mobile d'urgence et de réanimation qui répond à la demande d'aide médicale urgente (AMU), c'est-à-dire l'assistance pré hospitalière (dans la rue, à domicile, sur le lieu de travail, etc.) aux victimes d'accidents ou d'affections soudaines en état critique (malaise, maladie, femmes enceintes etc.). Il s'agira de créer et de rendre fonctionnel ce service par la formation du personnel et la mise en place de toute la logistique nécessaire ;

Résultats 5.2 : Le système de surveillance épidémiologique est renforcé.

Action 5.2.1 : Renforcer les capacités structurelles, institutionnelles et communautaires de la surveillance épidémiologique.

Ceci suppose assurer la formation des agents et leurs doter des moyens logistiques conséquents. A travers cela les fonctions de préparation, de détection, de notification, d'analyse et de réponse seront renforcées.

Action 5.2.2 : Actualiser la cartographie des risques sanitaires. Le plan de la réponse aux urgences doit avoir une cartographie rigoureuse des risques afin d'assurer les prés positionnements des intrants et autres moyens logistiques aux lieux présumés pour assurer la réponse rapide aux urgences sanitaires.

OS 6 : Promotion de la nutrition et prise en charge des cas

Résultat 6.1 : *Les organes de coordination et de gestion de la lutte contre la malnutrition sont renforcés*

Action 6.1.1 : Renforcer tous les acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge de la malnutrition. Il s'agit d'assurer le renforcement des compétences de tout le personnel (santé et communautaire), renforcer la logistique et la disponibilité en intrants.

Action 6.1.2 : Améliorer la coordination des acteurs de lutte contre la malnutrition. Il s'agira de redynamiser tous les organes de coordination de la lutte contre la malnutrition à tous les niveaux en s'assurant de la présence de tous les acteurs et des tenues des réunions régulières pour une synergie et une mutualisation des interventions. Une communication efficace entre toutes les parties prenantes sera développée

Résultat 6.2 : *Les activités de dépistage et de prise en charge des malnutris sont développées au niveau de tous les services de santé et avec une forte implication des communautés*

Action 6.2.1 : Assurer une prise en charge adéquate de la malnutrition aigüe au niveau communautaire, des CS et des hôpitaux.

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

Action 6.2.2 : Promouvoir l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

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

différents niveaux et de plaider vers les communautés seront particulièrement développées.

Action 6.2.3 : Promouvoir l'allaitement maternel exclusif ou allaitement exclusif au sein

Action 6.2.4 : Suivre la croissance des enfants de 0 à 5 ans

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

Action 6.2.5 : Assurer une supplémentation adéquate en micronutriments pour les enfants et les femmes enceintes

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

Action 6.2.6: Assurer la surveillance nutritionnelle régulière

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

OS 7 : Equité dans la prise en charge sanitaire de toute la population

Résultat 7.1: La disparité entre les provinces est réduite en matière de disponibilité et d'accessibilité aux soins

Action 7.1.1: Veiller à une offre équitable de soins dans tout le pays

Action 7.1.2 : Veiller à l'utilisation des services de santé par toutes les couches sociales de la population.

Action 7.1.3 : Veiller à une répartition équitable des ressources nationales

Résultat 7.2 : *Toute la population est couverte pour les soins et plus particulièrement les plus démunis et les vulnérables*

Action 7.1.1 : Mettre en œuvre le régime 3 de la CSU

Action 7.1.2 : Mettre en œuvre le régime 2 de la CSU

OS 8 : Renforcement les activités de soins tertiaires de la santé

Résultats attendu 8.1 : *Des hôpitaux spécialisés dans le cadre de la promotion des pools d'excellence sont construits et/ou réhabiliter*

Action 8. 1.1 : Construire des hôpitaux spécialisés dans tous domaines existants et non existants (Cardiologie, oncologie, néphrologie, neurochirurgie, gériatrie, gastroentérologie, pneumologie...)

Action 8. 1.2 : Renforcer les capacités techniques de ces hôpitaux

Résultats attendu 8.2 : *Renforcement des soins de réadaptation*

Action 8. 2.1 : Créer au sein de chaque hôpital provincial et hôpital national une unité de de rééducation et/ou de réadaptation fonctionnelle

Action 8. 2.2 : Créer un centre d'appareillage au niveau des hôpitaux interprovinciaux

Action 8. 2.3 : Former des techniciens en kinésithérapies

Action 8. 2.3 : Construire des structures sanitaires adaptées à tous les usagers y compris aux personnes avec des handicaps.

Résultat 8.3 : *Les personnes victimes des violences familiales sont prises en charge de manière intégrée*

Action 8.3.1 : Faire un état des lieux des différents types de violences familiales (verbales, physique, etc.)

Action 8.3.2 : Créer au sein des établissements de santé un service de prise en charge intégrée des victimes de violences familiales

4 Quatrième partie : Cadre de mise en œuvre, de suivi-évaluation et du budget du PNDS 4

4. Cadre de mise en œuvre, de suivi-évaluation et de budget du PNDS 4

La structure du PNDS 4 (2022-2030) est une matrice avec 07 piliers, 40 orientations stratégiques, 92 résultats et 287 actions. Elle est conforme à celle de la PNS 2016-2030 qui est une matrice avec 07 domaines d'actions prioritaires, 42 orientations stratégiques, 92 résultats attendus, 288 grandes interventions.

Pour la mise en œuvre des orientations stratégiques et actions prioritaires retenues, il est nécessaire de l'articuler conformément à la directive de la Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC), autour de trois programmes qui sont : le programme de pilotage du secteur de la santé, le programme de l'offre des services et soins de santé et le programme d'accès aux services de santé.

La correspondance de ces programmes avec les piliers est le suivant :

Tableau 15 : Programme du budget par pilier

| N° | Programme du Budget programme | Piliers du PNDS 4 |
|----|---|---|
| 1 | GOVERNANCE DE SANTÉ | 1. Gouvernance, leadership et coordination 2. Financement 3. Système d'Information Sanitaire |
| 2 | PRESTATION DES SOINS DE QUALITÉ, PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ | 1. Prestations des services et soins |
| 3 | ACCÈS AUX MÉDICAMENTS, INTRANTS ET SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS | 1. Ressources humaines 2. Infrastructures et Equipements 3. Médicaments et autres produits de santé |

4.1 Cadre de mise en oeuvre

La mise en œuvre de ces trois programmes du budget programme se fera à travers les différentes parties prenantes qui sont :

- 1) L'Etat, représenté par le MSPP et les ministères sectoriels ainsi que les institutions nationales travaillant dans le secteur la santé. Le rôle de l'Etat est primordial dans la garantie de la fourniture des soins de qualité à la population. Pour ce faire, il doit assurer une coordination de tous les acteurs impliqués dans l'offre de soins. Il est responsable de l'organisation périodique du suivi et évaluation des actions du PNDS 4 en accord avec toutes les parties prenantes.
- 2) Les partenaires techniques et financiers appuient l'Etat dans la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire en apportant l'expertise techniques requises et les ressources financières additives.
- 3) La société civile, les collectivités territoriales décentralisées et les communautés doivent assurer la veille citoyenne en droit de santé des populations. Elles doivent participer à

- l'action en s'impliquant dans la recherche des solutions les plus adaptées à leurs problèmes de santé et en participant au financement de la santé.
- 4) Le secteur privé est composé de réseaux de formations sanitaires confessionnelles et privés lucratives et autres institutions. Il participe à l'offre de soins et de services de santé de qualité. Il doit jouer une partition plus accrue dans la réalisation des objectifs du PNDS 4.

4.2 Cadre de suivi et évaluation

4.2.1 Cadre institutionnel de mise en œuvre

Le PNDS 4 est un outil du Gouvernement pour le secteur de la santé ; Sa mise en œuvre se fera sous le leadership du MSPP. Elle impliquera tous les départements du gouvernement, les partenaires au développement, la société civile, la communauté ainsi que le secteur privé qui interviennent dans le secteur de la santé.

1. Rôles et responsabilités du gouvernement

Les départements ministériels devront chacun en ce qui le concerne, apporter sa contribution pour soit maintenir, soit améliorer la santé de la population. Les ministères suivants auront un rôle de premier plan à jouer : le Ministère en charge de la santé, le ministère en charge de l'action sociale et le ministère en charge des finances. Chacun de ces ministères aura une responsabilité particulière dans le cadre de la mise en œuvre de la CSUS qui est au centre de ce PNDS.

La Primature

La Primature veille au respect des engagements pris par l'Etat dans le cadre du financement de la santé. Elle coordonne la mise en œuvre du PNDS par une meilleure implication de tous les départements ministériels intervenant dans le secteur de la santé

Le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention

La responsabilité du MSPP est de développer l'offre des services de santé de qualité et d'assurer que toutes les populations, quel que soit leur milieu de résidence ou leur mode de vie, etc. ont un accès équitable à ces services. Il devra jouer son rôle de leader et coordonner les efforts et les actions de tous ceux qui interviennent dans le secteur pour plus de synergie et d'efficacité dans les interventions. Le MSPP devra également mobiliser les autres départements ministériels à élaborer et mettre en œuvre des politiques sectorielles favorables à la santé. Le MSPP devra en plus mobiliser les ressources tant intérieures qu'extérieures pour financer la mise en œuvre du PNDS 4.

Le ministère en charge de l'action sociale

Le ministère en charge de l'action sociale aura pour responsabilité de contribuer à la mise en place l'assurance santé 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 MSPP chargé d'organiser l'offre des services.

Le Ministère en charge des finances

Le ministère en charge des finances a pour responsabilité, la mobilisation et la mise à disposition des ressources nécessaires à la réalisation des activités retenues dans le PNDS 4.

2. Rôles et responsabilités des partenaires au développement

Les partenaires au développement selon leurs missions/mandats seront appelés à apporter leurs appuis techniques et/ou financiers dans la mise en œuvre du PNDS 4 pour l'amélioration de la santé conformément aux ODD. Il est attendu que leur appui puisse contribuer à améliorer l'état de santé de la population.

3. Le secteur privé

Le secteur privé lucratif et non lucratif apportera sa contribution à la mise à disposition d'une offre des services et soins de santé de qualité conformément à la politique nationale de santé grâce à une collaboration toujours plus énergique.

4. Les organisations de la société civile

La société civile aura à jouer le rôle suivant : (i) Contribuer à susciter la demande de service, (ii) Contribuer à améliorer l'offre et acheter les services à travers les mutuelles de la santé.

5. La communauté

La communauté doit contribuer à la recherche de solution à leurs problèmes de santé. Elle devra s'exprimer sur la qualité des services offerts et appuyer le personnel de santé dans l'organisation des services et contribuer à la gestion des services de santé.

4.2.2 Coordination et pilotage du PNDS

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 4 (2022-2030) et pour en assurer une coordination efficace, un plan de suivi-évaluation du PNDS 4 est élaboré.

Les organes de pilotage seront mis en place à tous les paliers de la pyramide sanitaire.

- **Comité de pilotage**

Il sera placé sous l'autorité directe du SG/MSPP et constitué de membres issus du secteur public, du secteur privé, des organisations de la société civile, des communautés et des partenaires au développement.

Le Secrétariat du Comité de pilotage est assuré par le service de suivi de la mise en œuvre des projets, des programmes et du PNDS 4, localisé au niveau de la direction de la planification.

Ce comité est le creuset de concertation sur la mise en œuvre du PNDS 4. Il veillera à l'implication effective de tous les acteurs concernés ainsi qu'à la mobilisation des ressources nécessaires et à l'appréciation du degré d'atteinte des résultats du PNDS 4.

La périodicité de rencontre ordinaire de ce comité est trimestrielle. Des réunions extraordinaires pourront être organisées en cas de besoins.

- **Comité national de suivi de la mise en œuvre du PNDS 4**

Le Comité national de suivi de la mise en œuvre du PNDS 4 sera présidé par le Ministre en charge de la santé. Il comprend les acteurs du secteur de la santé et les partenaires techniques et financiers. Ce comité aura à charge de donner un avis technique sur l'élaboration et la mise en œuvre des plans opérationnels triennaux dérivant du PNDS 4, d'assurer la coordination de l'élaboration des différents plans et programmes, et de valider les rapports de progrès du PNDS 4.

Le secrétariat de ce comité est assuré par la Direction Générale en charge de la Planification. A ce titre, il est chargé de mettre en œuvre le plan de suivi et évaluation du PNDS 4, d'élaborer le plan opérationnel triennal du PNDS 4, d'appuyer l'élaboration des PPDS, de développer un cadre harmonisé de planification et de budgétisation sanitaire au niveau national, intermédiaire et périphérique ainsi que la rédaction des rapports de progrès du PNDS.

La périodicité de rencontre ordinaire de ce comité est semestrielle. Toutefois, le Comité peut décider en fonction des urgences pertinentes et motivées de tenir des sessions extraordinaires.

- **Comités provinciaux de suivi de la mise en œuvre du PNDS 4**

La mise en œuvre du PNDS 4 se fera à travers les plans provinciaux de développement sanitaires (PPDS). Son suivi sera assuré par un comité provincial de suivi-évaluation placé sous la présidence du Gouverneur de la province. Ce comité provincial comprendra les collectivités territoriales, la délégation provinciale de la santé, les ministères sectoriels, les districts sanitaires de la province, le secteur privé, la société civile, les différents partenaires au développement et les membres de la communauté. Son secrétariat est assuré par la délégation provinciale de la santé.

Le comité provincial est chargé d'assurer au niveau de la province, la coordination des activités des comités de districts, d'apporter un appui technique aux districts sanitaires dans l'élaboration de leurs plans opérationnels et de leurs plans de suivi-évaluation, d'élaborer le rapport de progrès du PPDS. La périodicité de la rencontre de ce comité est semestrielle.

- **Comités de districts pour le suivi de la mise en œuvre**

La mise en œuvre du PNDS au niveau du DS se fera à travers les plans de développement sanitaire des districts arrimé au PPDS. Ce suivi sera fait par un comité de district placé sous la présidence du préfet du département. Le comité de district sera composé par les collectivités territoriales, les représentants des communautés et les différents acteurs de la santé.

Son secrétariat est assuré par le médecin chef de District.

Le secrétariat de ce comité est chargé de coordonner l'élaboration et la mise en œuvre des plans opérationnels des districts sanitaires et la rédaction des rapports de progrès. Ce comité se réunit une fois par trimestre avant la rencontre du comité provincial du suivi de la mise en œuvre du PNDS 4.

4.2.3 Planification stratégique et opérationnelle des interventions

Un mécanisme opérationnel permanent de planification sera mis en place et il permettra à tous les acteurs publics ou privés, partenaires techniques financiers, société civile, d'aligner leurs interventions à travers des plans de développement et des plans opérationnels.

Ainsi au niveau national, il sera élaboré un Plan d'action opérationnel annuel du MSPP avec l'implication effective de toutes les directions centrales, de tous les programmes nationaux et toutes

les institutions relevant du niveau central. Ce plan servira de base pour l'actualisation du Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses /CDMT.

Au niveau de chaque province, il sera élaboré le Plan Provincial de Développement Sanitaire (PPDS) en collaboration avec les collectivités territoriales et délégations provinciales de planification. Les PPDS seront traduits en plan d'actions opérationnelles annuelles.

Au niveau de chaque district, ce même processus est nécessaire pour disposer d'un plan de développement sanitaire du district.

L'élaboration d'un plan d'action opérationnel annuel consolidé servira d'outil de mise en œuvre du plan de développement du district sanitaire.

4.2.4 Suivi et évaluation du PNDS

Le plan de suivi évaluation de la mise en œuvre du PNDS 4, devra comporter :

- Le type d'information et les indicateurs de performance en rapport avec les objectifs fixés ;
- Le processus de collecte, d'analyse des données de routine, des études et des enquêtes, pour la mise en œuvre du PNDS 4 (2022-2030);
- Le cadre de communication et d'information pour une meilleure utilisation des résultats réalisés

Ce plan précisera également toutes les instances prévues dans le cadre de l'exécution du PNDS 4, notamment les séances des comités de suivi du PNDS 4, les revues annuelles, les deux évaluations du PNDS 4 en 2025 et 2028 et l'évaluation finale en 2030.

Ces instances de coordination permettront d'avoir une vue d'ensemble sur les facteurs pouvant entraver l'atteinte des objectifs du PNDS 4 (2022-2030).

Par ailleurs pour assurer le suivi de la mise en œuvre du PNDS 4 (2022-2030), il sera produit sur la base du plan de suivi évaluation plusieurs rapports d'étapes. Il s'agit notamment des rapports mensuels, trimestriels, semestriels et annuels d'exécution, du rapport annuel de performance, du rapport d'évaluation à mi-parcours et final, du rapport d'étape des ODD et tous autres rapports renseignant sur l'évolution du PNDS 4.

4.3 Cadre budgétaire

4.3.1 Besoins financiers globaux du PNDS 4 (2022-2030)

Pour la mise en œuvre du PNDS 4 (2022-2030), le Ministère en charge de la santé entend valider la stratégie nationale de financement de la santé et élaborer le pacte 4 en vue d'asseoir la mobilisation des ressources dans un cadre de dialogue politique fructueux avec les Partenaires Techniques et Financiers. Tous les partenariats existants seront mis à contribution, notamment ceux relatifs au Partenariat International pour la Santé et Initiatives connexes (IHP+), au Partenariat des Objectifs de Développement Durable (ODD), au Partenariat de la Couverture Santé Universelle (CSU)...

Le Ministère en charge de la santé entend aussi s'appuyer sur deux instruments programmatiques clés que sont le Programme d'Investissements Publics (PIP) et le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD/CDMT).

Par ailleurs, le Ministère en charge de la santé, développera des plaidoyers dans le cadre du processus d'accélération de l'atteinte des ODD liés à la santé à travers la mise en œuvre du PND. Ce qui pourrait être mis en place dans le but de disposer des ressources nécessaires en termes de capacités comme de financement auprès des structures nationales publiques, privées et internationales.

Le plaidoyer à l'endroit de l'Etat va s'inscrire dans la nécessité d'honorer les engagements d'Abuja qui vise l'accroissement vers les 15 % de la part du Budget Santé dans le Budget Général de l'Etat. Ce plaidoyer va s'articuler aussi autour du renforcement des mécanismes innovants pour mobiliser des ressources additionnelles à l'échelle nationale en faveur du secteur de la santé.

En retour, le Ministère en charge de la Santé doit garantir la gestion efficiente de l'ensemble des ressources et particulièrement des ressources financières mobilisées pour la mise en œuvre du PNDS 4 (2022-2030). Cette gestion sera basée sur les principes et normes requises de la gestion axée sur les résultats (la responsabilité et la redevabilité mutuelle) à travers le renforcement du mécanisme de suivi et de contrôle et de revue périodique des dépenses publiques de santé. Les outils de gestion et de suivi financiers modernes de l'exécution budgétaire seront mis à contribution à cet effet.

Par ailleurs, les audits financiers annuels de l'ensemble des financements seront systématisés afin de renforcer l'obligation de rendre compte, de même que les contrôles par les organes de contrôle de l'Etat.

Dans le cadre de la budgétisation du PNDS 4, il a été utilisé l'outil ONE-HEALTH qui a permis de définir trois scénarii sur la base du contexte spécifique du pays et des hypothèses de couvertures des interventions. Le scénario premier est le minimum, le deuxième est le moyen et le troisième dit le maximum. Parmi ces scénarii, le moyen a été retenu parce qu'il correspond le mieux aux objectifs du PNDS 4.

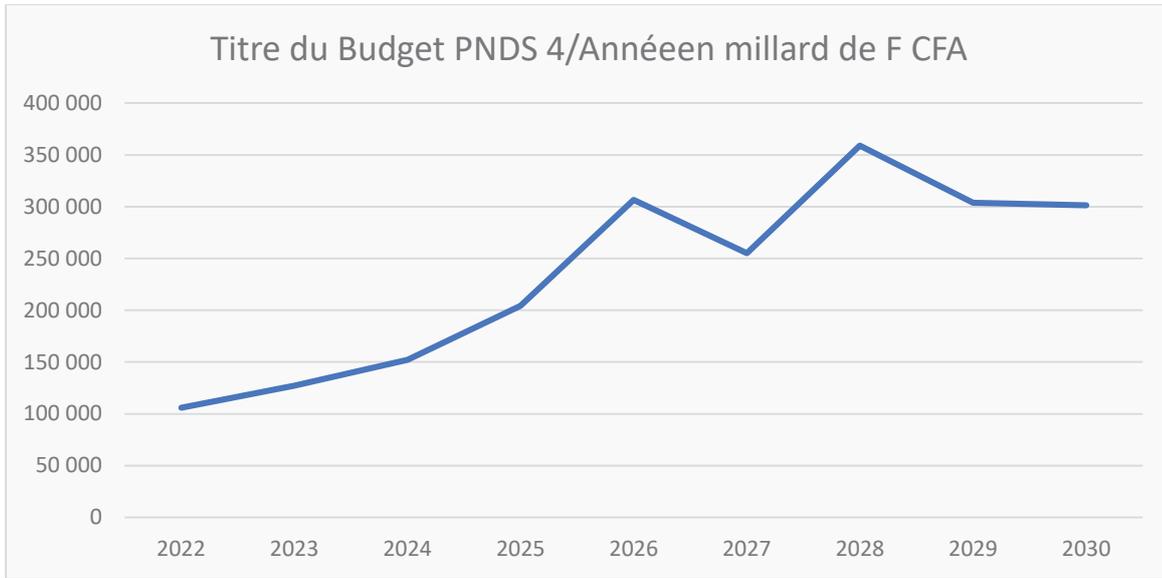
4.3.2 Budget global et budget par programme budgétaire

4.3.2.1 Budget global

La programmation des coûts a été proposée en fonction des prévisions de financement du plan sur la base des sept (7) piliers. Le coût global estimatif de mise en œuvre du PNDS 4 (2022-2030) s'élève à **2 115, 635 041 343 milliards de franc CFA**, soit environ **3, 254 823 141 milliards de dollars US**. La figure ci-dessous donne l'évolution annuelle du besoin de financement du PNDS 4 (2022-2030).

La figure ci-dessous montre une évolution croissante du budget entre 2022 et 2030. La programmation d'infrastructures à réaliser en début de période du PNDS 4 (2022-2030) explique la hausse du budget de 2023 à 2025.

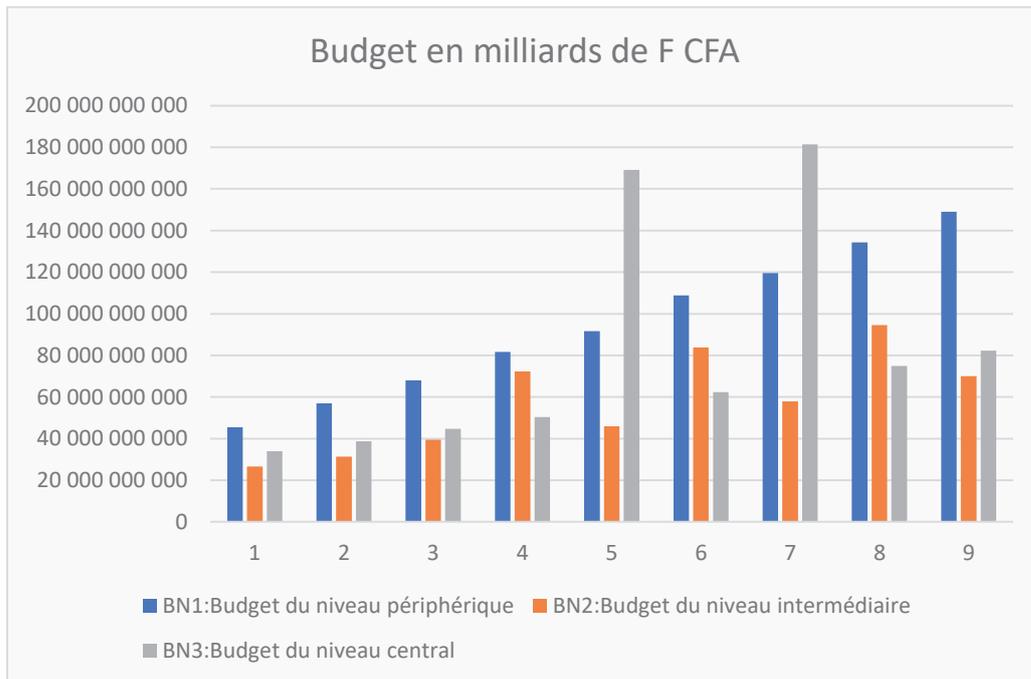
Figure 3 : Evolution du budget du PNDS 4



4.3.1.2 Budget par programme budgétaire

Ainsi, à l’aide de l’outil « ONE-HEALTH », une cartographie du budget global estimatif a été faite par programmes retenus à savoir les trois (3) programmes budgétaires recommandés par la Communauté Economique et Monétaire de l’Afrique Centrale (CEMAC) que sont le programme de pilotage du secteur de la santé (Au Tchad on utilise le terme de Gouvernance sanitaire), le programme de l’offre des services et soins de santé et le programme d’accès aux services de santé cités plus haut. La figure suivante montre la répartition du budget par programme budgétaire.

Figure 4 : Budget par Programmes budgétaires



La répartition budgétaire par programme, présentée sur la figure ci-dessus, montre que le programme budgétaire « *Prestation des soins de qualité, Prévention, Promotion de la santé* » consomme 50.51 % suivi du programme « *Accès aux médicaments, intrants et services de santé essentiels* » 47,92 % et enfin du programme « *Gouvernance de la santé* » 1,5 %.

La maquette du budget du MSPP

La maquette du budget du MSPP est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 16 : Maquette budget du MSPP

| PROGRAMMES | ACTIONS | STRUCTURES /SERVICES | OPERATEURS |
|---|--|--|--|
| <i>Prestation des soins de qualité, prévention et promotion de la santé</i> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de la disponibilité des services de soins y compris le développement de la santé communautaire ; ▪ Amélioration de la prestation des soins de qualité aux femmes, aux jeunes et aux enfants et adolescents; ▪ Développement des activités de prévention et de réduction des principaux facteurs de risques des maladies ; ▪ Amélioration de la prise en charge nutritionnelle. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction Générale de l'Organisation des Services de Santé et de la Qualité des Soins ▪ Direction Générale de Lutte contre la Maladie, de la Santé de Reproduction, de la Promotion de la Santé et de la Nutrition <ul style="list-style-type: none"> ▪ Districts Sanitaires ▪ Programmes Nationaux de Santé ▪ Centre National de Prévention et de Prise en charge des Fistules obstétricales ; ▪ Centre National d'Appareillage et de Rééducation ; ▪ Centre d'Appui Psycho médico-social (APMS) ; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre Hospitalier Universitaire de Référence Nationale ; ▪ Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant ; ▪ Centre Hospitalier Universitaire d'Abéché ; ▪ Centre Hospitalier Universitaire de la Renaissance ; ▪ Hôpital de l'Amitié Tchad Chine ; ▪ Hôpitaux Provinciaux (23) ; ▪ Centre National de Transfusion Sanguine ; ▪ Caisse Nationale d'Assurance Santé. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre d'Opération des Urgences en Santé Publique (COUSP) | |
| Accès aux médicaments, intrants et services de santé essentiels | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration du circuit d'approvisionnement et de distribution des médicaments, des réactifs, vaccins et autres consommables médicaux ; ▪ Développement de la recherche et valorisation des produits de la pharmacopée ; ▪ Opérationnalisation des laboratoires de biologie médicale et du laboratoire contrôle de la qualité des médicaments. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires ▪ Programme Elargi de la Vaccination | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centrale Pharmaceutique d'Achats (CPA) ▪ Pharmacies Provinciales d'Achat (PPA) |
| Gouvernance de santé | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conception, pilotage des stratégies et coordination des activités ; ▪ Supervision et contrôle des services ; ▪ Gestion des ressources y compris des infrastructures et des équipements ; ▪ Planification, coopération, recherche et gestion de système d'information. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de cabinet ; ▪ Secrétariat Général ; ▪ Inspection Générale ; ▪ Direction Générales des Ressources, des Infrastructures et des Equipements ; ▪ Direction Générale de la Planification et de la Coopération ; ▪ Délégations Provinciales de la Santé et de la Pré. ▪ Programme de Renforcement des Compétences | <ul style="list-style-type: none"> ▪ École Nationale Supérieure des Agents Socio-Sanitaires ; ▪ Écoles Provinciales de Santé et Affaires Sociales ; ▪ Institut National de Santé Publique du Tchad. |

4.3.3 Budget par rubrique du PNDS 4 (2022-2030)

4.3.3.1 Budget par pilier du PNDS 4 (2022-2030)

Pour l'atteinte des résultats du PNDS 4 (2022-2030), sept piliers sont retenus. Dans l'allocation budgétaire, les piliers qui ont une part élevée du budget sont : pilier 7, pilier 4 et pilier 3. Le tableau suivant montre la proportion détaillée du budget par pilier en million de FCFA.

Tableau 17 : Répartition du budget par pilier du PNDS 4 (2022-2030) en million de F CFA

| | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | Total |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| P1: Pilier gouvernance, leadership et coordination | 551 | 617 | 555 | 631 | 575 | 898 | 588 | 659 | 593 | 5 668 |
| P2: Pilier financement de la santé | 15 543 | 17 584 | 17 464 | 17 965 | 16 173 | 21 782 | 16 523 | 18 702 | 18 425 | 160 162 |
| P3: Pilier ressources humaines pour la sante | 19 191 | 21 110 | 23 221 | 25 543 | 28 098 | 30 907 | 33 998 | 37 398 | 41 138 | 172 716 |
| P4: Pilier infrastructures et équipements | 19 191 | 21 110 | 23 221 | 25 543 | 28 098 | 30 907 | 33 998 | 37 398 | 41 138 | 260 604 |
| P5: Pilier système d'information sanitaire | 1 031 | 1 345 | 1 271 | 1 375 | 1 077 | 2 487 | 1 101 | 1 436 | 1 358 | 12 481 |
| P6: Pilier médicaments et autres produits de santé | 1 503 | 1 559 | 1 554 | 1 554 | 1 540 | 1 521 | 1 516 | 1 516 | 1 502 | 13 765 |
| P7: Pilier prestation des services de santé | 39 878 | 56 325 | 76 205 | 98 074 | 116 921 | 138 420 | 163 040 | 185 044 | 209 928 | 1 083 836 |
| Total | 106 055 | 127 122 | 152 240 | 204 259 | 306 737 | 254 983 | 358 969 | 303 794 | 301 476 | 2 115 635 |

4.3.4 Autres catégories budgétaires

4.3.4.1 Budget par niveau de soins

La ventilation du budget par niveau de la pyramide sanitaire montre que 46,13 % des financements sont orientés vers le niveau opérationnel (District sanitaire), 28,14 % vers le niveau intermédiaire et 25,72 % du financement vers le niveau central. Le financement au niveau district prend en compte les activités des structures sanitaires et aussi les activités communautaires.

Tableau 18 : Ventilation du budget par niveau de soins

| | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | Total |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| BN1:Budget du niveau périphérique | 45 487 786 666 | 56 971 078 317 | 68 076 680 393 | 81 656 830 146 | 91 686 012 188 | 108 860 127 073 | 119 638 597 659 | 134 329 597 894 | 149 020 318 558 | 855 727 028 893 |
| BN2:Budget du niveau intermédiaire | 26 627 886 299 | 31 366 013 262 | 39 430 980 343 | 72 286 596 057 | 46 010 445 420 | 83 839 195 023 | 57 879 952 517 | 94 587 030 104 | 70 093 763 305 | 737 786 150 119 |
| BN3:Budget du niveau central | 33 939 093 487 | 38 785 281 678 | 44 732 853 781 | 50 315 796 924 | 169 039 845 588 | 62 283 531 637 | 181 450 427 741 | 74 877 676 094 | 82 361 643 191 | 522 121 862 331 |
| Total | 106 054 766 452 | 127 122 373 257 | 152 240 514 517 | 204 259 223 127 | 306 736 303 196 | 254 982 853 733 | 358 968 977 917 | 303 794 304 092 | 301 475 725 054 | 2 115 635 041 343 |

4.3.4.1 Budget par catégorie de dépense

Le budget par catégorie des dépenses investissement et fonctionnement est repris dans le tableau suivant :

Tableau 19 : Budget par catégories de dépenses

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|
| BD1: Budget de fonctionnement | 96 427 142 892 | 117 214 385 133 | 138 948 843 008 | 163 820 904 452 | 183 077 229 657 | 214 726 225 111 | 235 482 341 318 | 263 471 049 876 | 291 672 460 013 | 1 704 840 581 458 |
| BD2: Budget d'investissement | 9 627 623 560 | 9 907 988 124 | 13 291 671 509 | 40 438 318 675 | 123 659 073 540 | 40 256 628 623 | 123 486 636 598 | 40 323 254 216 | 9 803 265 041 | 410 794 459 887 |
| Total | 106 054 766 452 | 127 122 373 257 | 152 240 514 517 | 204 259 223 127 | 306 736 303 197 | 254 982 853 734 | 358 968 977 916 | 303 794 304 092 | 301 475 725 054 | 2 115 635 041 345 |

4.3.5 Analyse du gap de financement et des résultats

4.3.5.1 Analyse du gap financier

Le gap de financement du PNDS 4 (2022-2030) est la différence entre le budget réel octroyé par l'Etat et les partenaires chaque année, comparé au budget estimatif du PNDS 4. Ainsi, le gap s'élève à 730 milliards de FCFA sur la période de neuf ans.

4.3.5.2 Scénarii de financement du PNDS

Dans le cadre de l'estimation des coûts du PNDS, trois scénarii ont été proposés :

- Un *scénario minimum* qui repose sur les tendances actuelles de couverture actuelles ;
- Un *scénario moyen* qui repose sur l'hypothèse du PNDS 4;
- Un *scénario maximum* qui repose sur les projections de couvertures maximales.

Le coût par scénario est consigné dans le tableau suivant :

Tableau 20 : Budget estimatif du PNDS 4 par scénario

| Budget estimatif du PNDS 4 par Scénario | | |
|---|-------------------|---------------|
| SCENARIO | COÛT EN CFA | COÛT EN USD |
| Minimum | 1 889 514 687 359 | 2 906 945 673 |
| Moyen | 2 115 635 041 343 | 3 254 823 141 |
| Maximum | 2 248 804 805 497 | 3 459 699 701 |

De l'analyse des différents scénarii, le scénario minimum se plie aux contraintes conjoncturelles actuelles. Quant au scénario moyen, il offre de meilleures possibilités de réalisation des objectifs du PNDS 4 vue les conditions de mobilisation des ressources. Le scénario maximum est le scénario idéal nécessitant plus de ressources. Ce dernier scénario est celui qui est souvent retenu lorsqu'il n'y a pas de problème de ressources dans le pays.

C'est le scénario moyen qui est donc retenu avec **un coût de 2 115, 635 041 343 F CFA, soit 3, 254 823 141 milliards de dollars USA.**

4.3.5.3 Estimation des gains de productivité grâce à la survie des enfants de moins de 5 ans

La mise en œuvre du PNDS 4 contribuera à éviter 7060 mortalités, sauver 15454 vies néonatales, 39551 vies infantiles et 2417 mortalité maternelle. Elle permettra de réduire le taux mortalité de 27,47 à 18,83 pour 1000 NV, le taux de mortalité néonatale de 33,26 à

14,37 pour 1000 NV et le taux de mortalité infanto juvénile de 122 à 75,59 pour 1000 NV, le ratio de mortalité maternelle de 860 à 500 pour 100000 NV.

5 Conclusions

La vision 2030 du Tchad est que la population ait un meilleur accès aux services de santé essentiels de qualité et d'équité et de façon pérenne notamment pour toutes les couches vulnérables, afin de contribuer à l'amélioration de leur qualité de vie. L'atteinte des objectifs de cette vision est assurée à travers la mise en œuvre des Plans Nationaux de Développement du pays dont découlent les Plans sectoriels tel que le PNDS. La Couverture Santé Universelle est un impératif pris en compte dans ces documents politiques et stratégiques susvisés pour l'atteinte de l'ODD 3 sur la santé

Le PNDS 4 est le dernier document opérationnel pour la mise en œuvre de la Politique nationale de santé au Tchad et comme tel, il couvre la période 2022-2030. Son élaboration s'est faite de manière très participative et consensuelle avec la participation de la plupart des services centraux du MSPP, des partenaires techniques et financiers et des organisations et la société civile. Plusieurs ateliers de travail sur les différentes étapes de la production du dit document ont permis des échanges très fructueux entre les participants et de faire à chaque fois un consensus sur cette partie.

Le PNDS 4 est bâti sur les six piliers du système de santé qui sont : la gouvernance et le SIS, le financement de la santé, les infrastructures et les équipements, les ressources humaines pour la santé, les Médicaments et la prestation des soins de santé. Il est structuré en quatre grandes parties qui sont :

- 1) ***Le Cadre général*** qui donne le contexte général et sanitaire de ce PNDS 4.
- 2) ***Le Diagnostic stratégique*** avec une analyse de la situation sanitaire, du fonctionnement du système de santé et une analyse causale par pilier du système de santé.
- 3) ***Le Cadre stratégique*** qui rappelle la Politique nationale de santé et présente les objectifs, les orientations stratégiques et les principales actions retenues pour le PNDS 4 et enfin,
- 4) ***Le Cadre de mise en œuvre, de suivi-évaluation et le budget.***

En résumé, quarante et trois (43) orientations stratégiques, quatre-vingt-seize (96) résultats attendus et deux cent quatre-vingt et huit (288) actions ont été identifiés pour la mise en œuvre du PNDS 4.

Un plan de suivi et Evaluation complète le document. Il donne les principaux indicateurs, les organes de mise en œuvre du PNDS 4 selon les différents niveaux du système de santé et leur fonctionnement.

Le PNDS 4 est un élément capital pour l'accélération du processus de mise en œuvre effective de la Couverture Sanitaire Universelle avec un accent particulier sur les Soins de Santé Primaires.

La mobilisation de ressources nécessaires pour sa mise en œuvre dont le cout est de **2 115, 635 041 343 milliards de F CFA, soit 3, 254 823 141 milliards de dollars USA** reste un défi à relever qui incombe à nous tous les parties prenantes (Etat, secteur privé, société civile et PTF).

6 Annexes

- 1) Objectifs de développement durable liés à la santé (ODD)
- 2) Engagements internationaux
- 3) Codification du PNDS 4
- 4) Liste des participants à la rédaction DU PNDS 4
- 5) Liste des participants aux différents ateliers d'élaboration du PNDS 4

ANNEXE 1: RAPPEL DES OBJECTIFS ET CIBLES DES ODD POUR LA SANTÉ

Parmi les objectifs du développement durable, l'Objectif 3, spécifique à la santé, est de « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Les cibles sont résumées comme suit » :

3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes

3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus

3.3 D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles

3.4 D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être

3.5 Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool

3.6 D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route

3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux

3.8 Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable

3.9 D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses, à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol

3.a Renforcer dans tous les pays l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac

3.b Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels,

conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique. Cette déclaration réaffirme le droit qu'ont les pays en développement de tirer pleinement parti des dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et à la marge de manœuvre nécessaire pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments

3.c Accroître considérablement le budget de la santé, le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement

3.d Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux

ANNEXE 2: LES ENGAGEMENTS INTERNATIONAUX EN MATIÈRES DE SANTÉ

Sur le plan sanitaire, le Tchad a ratifié de nombreux engagements au niveau international. Parmi ceux-ci, on peut citer :

- ❖ **La Déclaration d'Abuja sur le VIH/Sida, Tuberculose et autres maladies infectieuses (2001).** Celle-ci est une résolution par les pays africains d'allouer au moins 15% de leur budget annuel à l'amélioration du secteur santé d'ici 2015. Ceci a été réaffirmé dans la Déclaration de Maputo (2003).
- ❖ **La Déclaration d'Addis-Abeba sur la Santé Communautaire (2006).** Elle recommande de:
 - ✓ Rendre les communautés autonomes et de renforcer les structures de gestion communautaires, les activités des consommateurs et les liens avec les systèmes de prestation des services de santé ;
 - ✓ Assurer l'engagement et la participation des communautaires dans les interventions en soins de santé (planification, prestation, auto surveillance) ;
 - ✓ Renforcer les interactions entre les services de santé et les communautés desservies ;
 - ✓ Mettre en place des mécanismes de partage mutuel d'informations ;
 - ✓ Renforcer les partenariats.
- ❖ **La Déclaration de Kampala 2006 relative à la disponibilité des ressources humaines en vue du renforcement du système de santé.**
- ❖ **La Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les Systèmes de Santé en Afrique (2008)** sur l'intégration de l'approche SSP dans les politiques et les stratégies sectorielles en vue de renforcer leurs systèmes de santé pour l'atteinte des OMD.
- ❖ **La Déclaration d'Alger 2008 sur le renforcement de la recherche en santé en Afrique.**
- ❖ **La Feuille de route africaine sur la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et en Afrique (CARMMA), (Addis-Ababa, 2009).**
- ❖ **La Déclaration de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011).** Elle a permis l'identification de domaines critiques pour agir contre les iniquités en santé:
- ❖ **La Déclaration sur la couverture sanitaire universelle, Mexico-City (2012).** L'objectif central étant d'assurer un accès égal aux soins et services nécessaires y compris les médicaments qui sont acceptables, abordables accessibles et de qualité et de toujours tenir compte du principe d'inclusion sociale pour les groupes vulnérables.
- ❖ **Le Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020.** Ce plan vise l'extension des avantages de la vaccination à tous les individus, quel que soit l'endroit où ils sont nés.
- ❖ **L'Adhésion à la International Health Partnership (IHP+) en 2011** qui montre l'engagement des pays africains à améliorer la gestion de son aide publique au développement en matière de santé.

- ❖ **Ending Preventable Child and Maternal Deaths: A Promise Renewed (APR).** Il s'agit d'un engagement pris en 2012 par 176 pays membres de l'Organisation des Nations Unies à tenir la promesse des OMD 4 et 5 et de soutenir les progrès vers ces OMD au-delà de 2015, jusqu'à ce que la mère et l'enfant ne meurent plus de causes évitables.
- ❖ **Les Objectifs du Développement Durable 2015 (ODD) :** l'objectif No 3 est spécifiquement lié à la santé. Cet objectif cible en 2030 la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, la fin des épidémies liées aux principales maladies transmissibles et la réduction de la mortalité précoce liée aux maladies non-transmissibles à travers un accès universel aux soins et services de santé et la promotion de comportements sains et le développement de milieux de vie favorables à la santé.
- ❖ **Conférence Régionale de Dakar – 21-23 Octobre 2013 :** Renouveler la stratégie du district sanitaire pour faire avancer la Couverture Sanitaire Universelle en Afrique
- ❖ **La Déclaration d'ASTANA sur la réorientation des SSP (25 et 26 octobre 2018):** Les soins de santé primaires (SSP) comme moyen d'atteindre la couverture sanitaire universelle avec des engagements dans 4 domaines :
 - Faire des choix politiques audacieux pour la santé dans tous les secteurs, en accordant la priorité à la santé et au bien-être des personnes ;
 - Construire des soins de santé primaires durables avec des services complets et de qualité pour tous, partout, et assurés par des professionnels de santé compétents et engagés ;
 - Autonomiser les individus et les communautés assumer la responsabilité de leur propre santé et bien-être ; et
 - Aligner toutes les parties prenantes en soutenant les politiques, stratégies et plans nationaux.
- ❖ **Partenariat FP2030 pour le renforcement de la planification familiale**

ANNEXE 3 : CODIFICATION DU PNDS 4

| Résultats attendus | Actions | Code des actions |
|--|--|---------------------|
| Résultat 1.1 <i>La culture de responsabilité, de la transparence et de la redevabilité est renforcée dans tous les services</i> | | |
| | Action 1.1.1 : Elaborer un recueil de textes juridiques sur la santé et suivre leur application | A1.01.01.001 |
| | Action 1.1.2 : Créer une unité de documentation au sein de la Direction de communication qui se chargera également de la diffusion des documents stratégiques sur le secteur de la santé | A1.01.01.002 |
| | Action 1.1.3 : Renforcer le contrôle systématique de la gestion des services de santé à tous les niveaux et sensibiliser les responsables sur la bonne gouvernance | A1.01.01.003 |
| | Action 1.1.4 : Former les cadres de tous les niveaux de la pyramide sanitaire en planification, suivi évaluation, leadership, coordination et gouvernance | A1.01.01.004 |
| | Action 1.1.5 : Renforcer le mécanisme de contrôle rigoureux des diplômés des techniciens/consultants qui sont envoyés en coopération ou non, en collaboration avec les différents ordres professionnels de la santé avant leur prise de fonction. | A1.01.01.005 |
| Résultat 1.2 : <i>Le cadre institutionnel et opérationnel de la Police sanitaire est renforcé</i> | | |
| | Action 1.2.1 : Elaborer les différents textes juridiques, stratégiques et opérationnels de la Police sanitaire. | A1.01.02.006 |
| | Action 1.2.2 : Créer et rendre fonctionnelles les structures de coordination et de suivi des interventions : | A1.01.02.007 |
| | Action 1.2.3 : Renforcer les interventions d'assainissement de l'environnement | A1.01.02.008 |
| Résultat 1.3 : <i>La gestion administrative est améliorée à tous les niveaux</i> | | |
| | Action 1.3.1 : Adopter et mettre en œuvre le plan des carrières du personnel de santé révisé. | A1.01.03.009 |
| | Action 1.3.2 : Renforcer les capacités en gestion administrative des cadres et des personnels d'appui à tous les niveaux chacun dans son domaine de compétence | A1.01.03.010 |
| | Action 1.3.3 : Créer un répertoire des compétences des cadres de la santé et le mettre en œuvre. | A1.01.03.011 |
| Résultat 1.4 : <i>Le décret sur la carte sanitaire est pris et appliqué</i> | | |
| | Action 1.4.1 : Faire un plaidoyer pour la signature du texte portant adoption de la Carte Sanitaire | A1.01.04.012 |
| | Action 1.4.2 : Mettre en place un comité chargé de revisiter les formations sanitaires existants au regard des critères de création et de fonctionnalité définis par la carte sanitaire | A1.01.04.013 |

| | | |
|---|---|---------------------|
| | Action 1.4.3 : Veiller au respect de la procédure ascendante de création des formations sanitaires (MCD, DPSP et niveau central) | A1.01.04.014 |
| | Action 1.4.4 : Inclure la disponibilité du PMA et du PCA dans les critères de fonctionnalité et d'opérationnalité des centres des santés et des hôpitaux de district | A1.01.04.015 |
| | Action 1.4.5 : Mener la réflexion tendant à créer un quatrième niveau de soins dans le système de santé. | A1.01.04.016 |
| Résultat 1.5 : Les droits des patients sont respectés dans toutes les formations sanitaires | | |
| | Action 1.5.1 : Faire adopter le code de la santé publique du Tchad | A1.01.05.017 |
| | Action 1.5.2 : Vulgariser la charte des patients/usagers/personnel de santé à travers des actions de communication | A1.01.05.018 |
| | Action 1.5.3 : Installer les cellules déconcentrées du Bureau Central d'Accès aux Droits des Patients à tous les niveaux (BCAD) | A1.01.05.019 |
| Résultat 1.6 : La réforme hospitalière est mise en œuvre | | |
| | Action 1.6.1 : Achever les textes règlementaires et les faire adopter | A1.01.05.020 |
| | Action 1.6.2 : Mettre en place et faire fonctionner les institutions créés | A1.01.05.021 |
| Résultat 1.7 : Le système de santé de district est mieux maîtrisé et mis en œuvre afin d'autonomiser les DS sur le plan technique, économique et institutionnelle. | | |
| | Action 1.7.1 : Evaluer le niveau de fonctionnalité des DS | A1.01.05.022 |
| | Action 1.7.2 : Elaborer et mettre en œuvre le Plan de Développement Sanitaire de chaque DS y compris l'accompagnement du processus de l'autonomisation technique, économique et institutionnelle de ces derniers, dans la délivrance des Soins de Santé Primaires (SSP) de qualité | A1.01.05.023 |
| | Action 1.7.3 : Renforcer les capacités techniques et de gestion des équipes cadres des délégations et des districts. | A1.01.05.024 |
| | Action 1.7.4 : Mettre en place un mécanisme de suivi et évaluation du plan de développement des DS | A1.01.05.025 |
| Résultat 2.1 : La coordination du secteur de la santé est améliorée à tous les niveaux | | |
| | Action 2.1.1 : Assurer la vulgarisation du PNDS et des PPDS 4eme génération à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. | A1.02.06.026 |
| | Action 2.1.3 : Renforcer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS 4 | A1.02.06.027 |
| | Action 2.1.4 : Créer une ligne budgétaire au MSPP pour financer les activités de supervisions et de suivi-évaluation | A1.02.06.028 |
| | Action 2.1.5 : Tenir régulièrement les réunions statutaires (Comités de direction, Comités Directeurs...) au sein des services de santé à tous les niveaux | A1.02.06.029 |
| | Action 2.1.6 : Redynamiser les autres organes de concertation et de décision (Comité de suivi du PNDS, CCIA, PACTE, Conseils de santé, Coordination MSPP et les PTF, COSAN/COGES, etc.) | A1.02.06.030 |

| | | |
|--|--|------------------------|
| | Action 2.1.7 : Développer le mécanisme de suivi des structures privées. | A1.02.06.031 |
| Résultat 2.2 : Le processus de planification stratégique et opérationnelle est amélioré | | |
| | Action 2.2.1 : Veiller à l’alignement des plans stratégiques et opérationnels des programmes, projets et autres services de santé au PNDS 4 | A1.02.07.032 |
| | Action 2.2.2 : Veiller à ce que les structures sanitaires à tous les niveaux élaborent leur plan d’action et leur rapport d’activités annuel. | A1.02.07.033 |
| | Action 2.2.3 : Evaluer les plans stratégiques et opérationnels des structures sanitaires. | A1.02.07.034 |
| Résultat 3.1 : Les organes de participation communautaire sont renforcés et redynamisés | | |
| | Action 3.1.1 : Former les responsables des districts sanitaires et CS sur l’approche communautaire. | A1.03.08.035 |
| | Action 3.1.2 : Redynamiser les organes de participation communautaire | A1.03.08.036 |
| Résultat 3.2 : Les activités à base communautaire sont réalisées par les ASC | | |
| | Action 3.2.1 : Réviser les documents de formation et les guides des ASV pour prendre en compte tous les domaines d’activités des ASC | A1.03.09.037 |
| | Action 3.2.2 : Redynamiser les ASC | A1.03.09.038 |
| Résultat 4.1 : L’approche multisectorielle dans le secteur de la santé est améliorée | | |
| | Action 4.1.1 : Redynamiser le comité du suivi des accords de coopération et des conventions de partenariat signés par le MSPP | A1.04.10.039 |
| | Action 4.1.2 : Tenir régulièrement les réunions statutaires | A1.04.10.040 |
| | Action 4.1.3 : Elaborer le PACTE 4 pour soutenir le PNDS 4 | A1.04.10.041 |
| Résultat 4.2 : La Coopération Internationale notamment Sud-Sud s’est renforcée | | |
| | Action 4.2.1 : Renforcer/renouveler les conventions de partenariat sud-sud | A1.04.11.042 |
| | Action 4.2.2 : Effectuer des missions de prospection dans les pays du sud en vue de signer les accords de coopération (pays arabes, pays de la sous-région africaine...) | A1.04.11.043 |
| | Action 4.2.3 : Elaborer la stratégie nationale de coopération et de partenariat | A1.04.11.044 |
| | Action 4.2.4 : Développer les nouvelles perspectives de partenariat | A1.04.11.045 |
| | Action 4.2.5 : Mettre en place un mécanisme de Suivi et d’Evaluation des partenariats | A1.04.11.046-A |
| | Action 4.2.6 : Introduire dans les nouveaux documents de coopération le concept de l’alignement des partenaires et évaluer périodiquement son application dans les relations de coopération et de partenariat | A1.04.11.046- B |
| Résultat 4.3 : Le partenariat public privé est amélioré ; | | |

| | | |
|--|--|---------------------|
| | Action 4.3.1 : Créer et rendre fonctionnel un cadre formel pour renforcer la concertation entre le MSPP et le secteur privé et la société civile ; | A1.04.12.047 |
| | Action 4.3.2 : Mettre en place un mécanisme efficace de coordination et de collaboration entre les secteurs de la santé humaine, animale, végétale et environnementale et autres secteurs connexes. | A1.04.12.048 |
| | Action 4.3.3 : Réviser et vulgariser la politique nationale contractuelle à tous les niveaux, puis évaluer périodiquement sa mise en œuvre. | A1.04.12.049 |
| Résultat 1.1 : Le budget du MSPP a augmenté d'au moins 10% chaque année à partir du budget de 2021 | | |
| | Action 1.1.1 : Redynamiser le dialogue intersectoriel pour mobiliser davantage des ressources domestiques en faveur du secteur de la santé. | A2.05.13.050 |
| | Action 1.1.2 : Mobiliser davantage des ressources extérieures en faveur du secteur de la santé à travers la coopération bi et multilatérale. | A2.05.13.051 |
| | Action 1.1.3 : Mettre en place des financements innovants en faveur du secteur de la santé. | A2.05.13.052 |
| Résultat 2.1 : Les ressources financières allouées à la santé sont réparties équitablement, suivies à destination et gérées de manière efficiente | | |
| | Action 2.1.1 : Mettre en commun un fonds et achat stratégique | A2.06.14.053 |
| | Action 2.1.2 : Organiser des discussions budgétaires en interne pour un arbitrage sur la répartition de l'enveloppe budgétaire allouée au MSPP. | A2.06.15.054 |
| | Action 2.1.3 : Allouer les ressources financières aux structures sanitaires sur la base des contrats de performance | A2.06.15.055 |
| | Action 2.1.4 : Mettre en place un mécanisme de capitalisation et de Synergie des expériences de la gratuité mises en œuvre dans le cadre de la CSU. | A2.06.15.056 |
| | Action 2.1.5 : Instaurer une culture de redevabilité en matière de gestion financière à tous les niveaux. | A2.06.15.057 |
| | Action 2.1.6 : Mettre en route la Réforme Hospitalière dont les textes sont en cours d'élaboration | A2.06.15.058 |
| Résultat 3.1. : La population a accès aux soins de santé sans encourir des risques financiers | | |
| | Action 3.1.1 : Finaliser la mise en place du cadre juridique et institutionnel pour le démarrage des 3 régimes de la CSU. | A2.07.16.059 |
| | Action 3.1.2 : Mettre en place le Système d'Information et de Gestion (SIG) adapté. | A2.07.16.060 |
| | Action 3.1.3 : Construire un cadre de collaboration avec l'offre de soins | A2.07.16.061 |
| | Action 3.1.4 : Immatriculer et prendre en charge des assurés des 3 régimes de la CSU | A2.07.16.062 |
| | Action 3.1.5 : Développer les mutuelles de santé à l'échelle nationale | A2.07.16.063 |
| Résultat 4.1 : La promotion de la CSU | | |

| | | |
|---|--|---------------------|
| | Action 4.1.1 : Assurer la sensibilisation des leaders d'opinion et la population sur la CSU | A2.07.16.064 |
| | Action 4.1.1 : Assurer la sensibilisation des leaders d'opinion et la population sur la CSU | A2.07.16.065 |
| Résultat 4.2 : Régulation de la CSU | | |
| | Action 4.2.1 : Mettre en place et rendre fonctionnelle l'agence nationale de régulation de la CSU | A2.07.16.066 |
| | Action 4.2.2 : Mettre en place les textes réglementaires nécessaires | A2.07.16.067 |
| Résultat 4.3 : La gestion axée sur les résultats est utilisée dans tous les établissements sanitaires | | |
| | Action 4.3.1 : Etendre progressivement à toutes les structure le mécanisme de financement basé sur la performance et encourager d'autres initiatives de gestion axée sur les résultats. | A2.07.16.068 |
| Résultat 1.1 : Les politiques et stratégies relatives aux RHS sont élaborés/actualisées et mises en œuvre | | |
| | Action 1.1.1 : Elaborer des stratégies/politiques. | A3.08.17.069 |
| | Action 1.1.2 : Réaliser l'évaluation à mi-parcours et finale du PSDRHS | A3.08.17.070 |
| Résultat 2.1 : Les capacités institutionnelles et structurelles du MSPP sont renforcées pour garantir une meilleure qualité des ressources humaines en santé | | |
| | Actions 2.1.1 : Mettre en place un cadre de coordination et de suivi multisectoriel pour optimiser la production et le renforcement des capacités en ressources humaines | A3.09.18.071 |
| Résultat 2.2 : Les capacités d'accueil et de formation des écoles sont améliorées | | |
| | Action 2.2.1 : Renforcer les capacités d'accueil et de production des écoles. | A3.09.19.072 |
| Résultat 2.3. : La qualité de la formation initiale dans les écoles publiques et privées s'est améliorée | | |
| | Action 2.3.1 : Affecter , former et outiller les formateurs selon les profils pour plus de qualité dans l'enseignement. | A3.09.20.073 |
| Résultat 2.4 : Le service de la formation continue et le Programme de renforcement des capacités du personnel sont améliorés | | |
| | Action 2.4.1 : Poursuivre la formation continue et en spécialisation des médecins, pharmaciens, et des paramédicaux. | A3.09.21.074 |
| | Action 2.4.2 : Appuyer le Programme de Renforcement des Capacités du Personnel de Santé cadre de l'appui de Programme de Renforcement des Capacités du Personnel de Santé | A3.09.21.075 |
| Résultat 3.1: la densité du personnel de santé augmente significativement au cours de la mise en œuvre du présent PNDS 4. | | |
| | Action 3.1.1 : Maintenir un quota de 2500 agents toutes catégories confondues par an dans la Loi des Finances pour le recrutement du personnel de santé. | A3.10.21.076 |

| | | |
|---|---|---------------------|
| | Action 3.1.2: Renforcer le partenariat pour le recrutement de 1500 agents de santé par an de 2023 à 2030 pour augmenter le nombre de personnel sur fonds des partenaires | A3.10.21.077 |
| | Action 3.1.3 : Renforcer le partenariat par la coopération (Sud – sud) pour augmenter un minimum de 50 agents tous les ans. | A3.10.21.078 |
| Résultat 4.1 : les agents de santé sont déployés selon un plan de déploiement. | | |
| | Action 4.1.1 : Déployer les recrues dans toutes les Provinces en favorisant les Provinces déficitaires pour raison d'équité. | A3.11.22.079 |
| Résultat 5.1 Les agents de santé sont fidélisés à leurs postes conformément aux textes existants | | |
| | Action 5.1.1 : Appliquer les mesures visant au maintien du personnel aux postes. Appliquer le décret N° 903 du 12 octobre 2016 fixant le statut particulier du corps des fonctionnaires du secteur de la santé et qui définit une stratégie de fidélisation des RH en milieu rural et en formation continue constitue un goulot. | A3.12.23.080 |
| Résultat 6.1 : Le système de gestion des RHS est renforcé et devient performant | | |
| | Action 6.1.1 : Compléter la base des données avec des outils facilement exploitables et performant pour la maîtrise des effectifs des RHS et les rendre opérationnels. | A3.13.24.081 |
| | Action 6.1.2 : Digitaliser l'archivage | A3.13.24.082 |
| Résultat 1.1: Les documents de politiques, stratégies et normes dans les domaines des infrastructures et des équipements médico sanitaires sont disponibles et mis en œuvre. | | |
| | Action 1.1.1 : Elaborer les normes en infrastructures et équipements médico sanitaires | A4.14.25.083 |
| | Action 1.1.2 : Réviser la politique de maintenance | A4.14.25.084 |
| | Action 1.1.3 : Elaborer et mettre en œuvre une stratégie basée sur les énergies renouvelables pour toutes les infrastructures sanitaires | A4.14.25.085 |
| | Action 1.1.4 : Créer un cadre de concertation entre les différents acteurs pour le suivi des politiques, stratégies et normes dans les domaines des infrastructures et des équipements médico sanitaires | A4.14.25.086 |
| Résultat 2.1: La coordination entre les différents acteurs qui interviennent dans les domaines des infrastructures et équipements médico sanitaires est renforcée | | |
| | Action 2.1.1 : Actualiser les textes officiels qui régissent le MO et le MOD avec une meilleure représentation du MO dans tous les processus de passation des marchés et de suivi des travaux sur le terrain | A4.15.26.087 |
| | Action 2.1.2 : Organiser des concertations régulières pour mieux coordonner les activités | A4.15.26.088 |
| Résultat 2.2 : La planification des infrastructures et équipements est fait de manière concertée avec la participation des principaux acteurs | | |
| | Action 2.2.1 : Renforcer la coordination entre le MO et le MOD dans le but d'avoir une concordance entre les équipements et les structures sanitaires construites | A4.15.27.089 |
| | Action 2.2.2 : Arrêter ensemble les besoins en infrastructure du MSPP afin de mieux assurer l'exécution des travaux | A4.15.27.090 |

| | | |
|--|---|---------------------|
| Résultat 2.3 : Le suivi de l'exécution est renforcé avec l'implication de tous les acteurs | | |
| | Action 2.3.1 : Organiser régulièrement des missions de suivi conjoint | A4.15.28.091 |
| | Action 2.3.2 : Ternir compte des rapports des missions de suivi pour améliorer la qualité de l'ouvrage | A4.15.28.092 |
| Résultat 3.1: Des infrastructures sanitaires (hôpitaux, PPA et centres de santé) sont construits et fonctionnels aux différents niveaux de la pyramide. | | |
| | Action 3.1.1 : Construire de nouvelles infrastructures sanitaires (HP, HME, HD et CS) et achever la construction de celles dont les travaux sont en cours ou en arrêt. | A4.16.29.093 |
| | Action 3.1.2 : Construire une usine pharmaceutique, une CPA, 6 PPA et un dépôt sub-national pour les vaccins. | A4.16.29.094 |
| | Action 3.1.3 : Equiper et rendre fonctionnels les hôpitaux provinciaux, hôpitaux de district et centres de santé. | A4.16.29.095 |
| | Action 3.1.4 : Réhabiliter et solariser certaines structures sanitaires. | A4.16.29.096 |
| Résultat 4.1 : La maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements est renforcée | | |
| | Action 4.1.1 : Assurer la maintenance préventive et curative des équipements et des infrastructures pour prolonger leur durée d'utilisation | A4.17.30.097 |
| | Action 4.1.2 : Etablir une liste type des équipements afin d'en faciliter les acquisitions et les entretiens | A4.17.30.098 |
| Résultat 4.2 : Le personnel technique de maintenance biomédicale est formé | | |
| | Action 4.2.1 : Former suffisamment des Agents dans le domaine de Maintenance Biomédicale | A4.17.31.099 |
| | Action 4.2.2 : Renforcer la capacité des cadres de la DIISM en lien avec les normes | A4.17.31.100 |
| Résultat 1.1 : Le mécanisme de suivi stratégique du SIS est réactualisé et rendu fonctionnel. | | |
| | Action 1.1.1 : Redynamiser la Commission Nationale du SIS | A5.18.32.101 |
| | Action 1.1.2 : Renforcer les capacités institutionnelles du SIS | A5.18.32.102 |
| Résultat 1.2 : L'Observatoire National de Santé est fonctionnel | | |
| | Action 1.2.1 : Mettre en place et rendre fonctionnel un Observatoire National de Santé (ONS) | A5.18.33.103 |
| | Action 1.2.2 : Rendre fonctionnel l'ONS | A5.18.33.104 |
| Résultat 2.1 : Le mécanisme de suivi technique du SIS est renforcé | | |
| | Action 2.1.1 : Renforcer les services du SIS en ressources humaines suffisantes et de qualité. | A5.19.34.105 |
| | Action 2.1.2 : Renforcer la DSSIS en matériels et équipements | A5.19.34.106 |
| Résultat 2.2: les données collectées sont validées et encodées | | |
| | Action 2.2.1 : Rendre disponibles les outils de collecte de données dans tous les services | A5.19.35.107 |

| | | |
|---|---|---------------------|
| | Action 2.2.2 : Assurer la collecte de données de manière exhaustive dans le délai et dans toutes les formations sanitaires y compris celles du secteur privé à tous les niveaux. | A5.19.35.108 |
| | Action 2.2.3 : valider systématiquement les données collectées à tous les niveaux surtout dans les districts sanitaires. | A5.19.35.109 |
| | Action 2.2.4 : analyser et interpréter les données à tous les niveaux | A5.19.35.110 |
| | Action 2.2.5 : Assurer la production régulière de l'information sanitaire et sa diffusion à tous les niveaux y compris les données communautaires. | A5.19.35.111 |
| | Action 2.2.6 : Intégrer les données du niveau communautaire dans le SIS | A5.19.35.112 |
| | Action 2.2.7 : Assurer le fonctionnement optimal et la pérennisation du DHIS2 | A5.19.35.113 |
| | Action 2.2.8 : Optimiser l'utilisation de la plateforme DHIS2. | A5.19.35.114 |
| Résultat 3.1 : le cadre législatif de la carte sanitaire est adopté et mis en œuvre | | |
| | Action 3.1.1 : Faire le plaidoyer pour la signature du document de réglementation de la carte sanitaire | A5.20.36.115 |
| | Action 3.1.2 Faire respecter les critères des créations et les normes de fonctionnalité des structures sanitaires | A5.20.36.116 |
| | Action 3.1.3 : Actualiser le découpage sanitaire en tenant compte des aires de santé | A5.20.36.110 |
| | Action 3.1.4 : Adopter une carte hospitalière | A5.20.36.117 |
| Résultat 4.1: Les capacités institutionnelles et techniques de la RO en santé sont renforcées pour un meilleur leadership du MSPP. | | |
| | Action 4.1.1 : Redynamiser et rendre efficace la recherche opérationnelle. | A5.21.37.118 |
| | Action 4.1.2 : Renforcer la réalisation et l'utilisation des résultats des recherches en santé pour accroître les performances du système de santé | A5.21.37.119 |
| | Action 4.1.3 : Garantir la viabilité du financement de la recherche pour la santé | A5.21.37.120 |
| Résultat 4.2. : Les enquêtes sont réalisées à temps | | |
| | Action 4.2.1 : développer un mécanisme efficace pour la réalisation des enquêtes dans les délais requis | A5.21.38.121 |
| | Action 4.2.3 : Organiser des enquêtes spécifiques dans le domaine de la santé (enquête SMART, enquête LQAS, etc.) | A5.21.38.122 |
| Résultat 4.3 : Les résultats des enquêtes sont diffusés et utilisés à tous les niveaux | | |
| | Action 4.3.2 : Assurer la diffusion et l'utilisation des résultats des enquêtes à tous les niveaux | A5.21.39.123 |
| Résultat 5.1 : Le SSEI est fonctionnel | | |
| | Action 5.1.1 : Produire et transmettre en temps réel les données épidémiologiques | A5.22.40.124 |
| | Action 5.1.2 : Valider les données puis les analyser et les interpréter | A5.22.40.125 |
| | Action 5.1.3 : Diffuser l'information pour action | A5.22.40.126 |

| | | |
|---|---|---------------------|
| Résultat 6.1 : La santé numérique est développée | | |
| | Action 6.1.1 : Mettre un cadre institutionnel, juridique et stratégique des différentes composantes de la santé numérique | A5.23.41.127 |
| | Action 6.1.2 : Doter tous les composants de dispositifs et d'outils appropriés pour leurs missions (internet, matériels informatiques, applications, électricité ...) | A5.23.41.128 |
| | Action 6.1.3 : Coordonner la mise en œuvre des interventions de la télésanté | A5.23.41.129 |
| | Action 6.1.4 : Mettre en place un cadre de suivi et évaluation des différents programmes de télésanté | A5.23.41.130 |
| Résultat 6.2 : La télémédecine est mise en place et renforcée | | |
| | Action 6.2.1 : Informatiser les hôpitaux et système d'interopérabilité des outils | A5.23.42.131 |
| | Action 6.2.2 : Développer la pratique médicale à distance | A5.23.42.132 |
| | Action 6.2.3 : Cartographier et actualiser régulièrement les pratiques de télémédecine en cours dans le pays | A5.23.42.133 |
| Résultat 7.1 : Un cadre formel de collaboration entre les centres d'état civil et le MSPP est fonctionnel | | |
| | Action 7.1.1 : Redynamiser le cadre de collaboration | A5.24.43.134 |
| | Action 7.1.2 : Tenir les réunions de travail et mettre en œuvre les recommandations qui en découlent | A5.24.43.135 |
| Résultats 7.2: L'enregistrement de l'Etat civil est systématique | | |
| | Action 7.2.1 : Rendre disponibles dans les FOSA, les bulletins de naissance et les outils d'enregistrement des décès | A5.24.44.136 |
| | Action 7.2.2 : Rendre obligatoire le remplissage des bulletins de naissance dans les formations sanitaires | A5.24.44.137 |
| | Action 7.2.3 : Renforcer les capacités des ASC pour la prise en compte des faits d'état civil (naissance et décès) dans la communauté | A5.24.44.138 |
| | Action 7.2.4 : Développer et rendre opérationnel un mécanisme d'interopérabilité incluant toutes les parties prenantes (Ministère en charge de la Santé, de l'Administration, l'ANATS...). | A5.24.44.139 |
| Résultat 1.1 : Le cadre juridique et institutionnel est adapté au contexte et aux objectifs pour l'amélioration du secteur pharmaceutique, des laboratoires et autres produits de santé. | | |
| | Action 1.1.1 : Elaborer, adopter et mettre en œuvre les textes juridiques et réglementaires du secteur de la pharmacie, des laboratoires et autres produits de santé. | A6.25.45.140 |
| | Action 1.1.2 : Accélérer la mise en place de l'Autorité Tchadienne du Médicament (ATM) | A6.25.45.141 |
| | Action 1.1.3 : Accélérer la signature du décret d'application de la loi 24/PR/2020 pour rattacher les PPA à la CPA | A6.25.45.142 |
| | Action 1.1.4 : Accélérer la révision et la mise en œuvre des textes règlementaires et institutionnels en matière de transfusion sanguine. | A6.25.45.143 |
| | Action 1.1.5 : Renforcer le cadre réglementaire de la lutte contre l'antibiorésistance | A6.25.45.144 |

| | | |
|---|---|---------------------|
| | Action 1.1.6. Réorganiser le système des laboratoires de biologie médicale pour une meilleure coordination, qualité et efficacité du diagnostic de laboratoire | A6.25.45.145 |
| Résultat 1.2 : Le cadre juridique, réglementaire et institutionnel de la médecine traditionnelle est mis en place pour valoriser la médecine traditionnelle, contrôler et évaluer les actes liés à cette médecine. | | |
| | Action 1.2.1 : Adopter et mettre en œuvre les textes législatifs et réglementaires de la médecine traditionnelle. | A6.25.46.146 |
| | Action 1.2.2. Mettre en place une stratégie nationale de médecine traditionnelle | A6.25.46.147 |
| Résultat 1.3 : 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 1.3.1 : Renforcer le cadre institutionnel et juridique de lutte contre les MQIF. | A6.25.47.148 |
| | Action 1.3.2 : Adopter et mettre en œuvre un plan multisectoriel de lutte contre le marché illicite des médicaments et autres produits de santé. | A6.25.47.149 |
| Résultat 2.1 : La chaîne d'approvisionnement en produits de santé est renforcée pour garantir une disponibilité des médicaments, des vaccins, du sang et des consommables médicaux de qualité et assurer une accessibilité géographique et financière aux populations. | | |
| | Action 2.1.1 : Renforcer les capacités logistiques de la chaîne d'approvisionnement/distribution et de mettre en place des mécanismes de financement pérenne de service chargé de gérer les produits de santé. | A6.26.48.150 |
| | Action 2.1.2 : Sécuriser les dépenses essentielles destinées aux médicaments | A6.26.48.151 |
| | Action 2.1.3 : Accorder une subvention à la CPA et aux PPA | A6.26.48.152 |
| | Action 2.1.4 : Financer le plan stratégique de la CPA | A6.26.48.153 |
| | Action 2.1.5 : Développer les ressources humaines dans le domaine pharmaceutique | A6.26.48.154 |
| Résultat 2.2 : Les MEG, les produits sanguins et autres dispositifs médicaux sont disponibles sur toute la chaîne d'approvisionnement | | |
| | Action : 2.2.1 : Tenir régulièrement les réunions de la commission de coordination de gestion des approvisionnements et des stocks des produits médicaux (CNC-GASPM). | A6.26.49.155 |
| | Action 2.2.2 : Augmenter et assurer le budget national alloué pour l'achat et la distribution des médicaments essentiels lors de la dotation initiale des nouvelles formations sanitaires, | A6.26.49.156 |
| | Action 2.2.3 : Implémenter la pharmacie hospitalière dans tous les hôpitaux | A6.26.49.157 |
| | Action 2.2.4 : Rendre disponible le sang et des produits sanguins labiles (PSL) de qualité à la population Tchadienne à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. | A6.26.49.158 |
| Résultat 2.3 : La chaîne pharmaceutique est renforcée en capacités de stockage et en moyens roulants | | |
| | Action 2.3.1 : Construire la nouvelle CPA et les PPA selon les normes de BPS et de BPD | A6.26.50.159 |

| | | |
|--|---|---------------------|
| | Action 2.3.2 : Doter la CPA et chaque PPA d'une logistique adaptée et suffisante pour répondre à la distribution jusqu'au dernier kilomètre | A6.26.50.160 |
| Résultat 3.1. Un cadre normatif et institutionnel adéquat du réseau et services de laboratoires est en place | | |
| | Action 3.1.1. : Réviser le cadre juridique encadrant le fonctionnement des laboratoires selon une approche multisectorielle | A6.27.51.161 |
| | Action 3.1.2. Renforcer la coordination des activités de laboratoire au niveau provincial | A6.27.51.162 |
| Résultat 3.2. Les laboratoires fournissent à tous des services de diagnostic et d'analyses continus et pérennes | | |
| | Action 3.2.1. Renforcer les capacités diagnostiques des laboratoires | A6.27.52.163 |
| | Action 3.2.2. Renforcer le rôle du système des laboratoires dans la surveillance épidémiologique | A6.27.52.164 |
| Résultat 3.3. La qualité des analyses et le niveau de biosécurité dans les laboratoires sont fiables | | |
| | Action 3.3.1. Elaborer et diffuser un guide de suivi médical du personnel de labo | A6.27.53.165 |
| | Action 3.3.2. Élaborer et diffuser un protocole de gestion d'accident d'exposition aux liquides biologiques | A6.27.53.166 |
| | Action 3.3.3 : Mettre en place la gestion de la biosécurité et de la bio sûreté dans les laboratoires. | A6.27.53.167 |
| | Action 3.3.4 : Mettre en place un comité qualité multisectoriel pour la gestion de la qualité et de la biosécurité | A6.27.53.168 |
| | Action 3.3.5 : Mettre en place un système national d'accréditation des laboratoires | A6.27.53.169 |
| Résultat 3.4 : Un approvisionnement réglementé, régulier, suffisant et ponctuel en réactifs et dispositifs médicaux pour le laboratoire | | |
| | Action 3.4.1. Améliorer la gouvernance de la CPA par un système d'approvisionnement plus performant en réactifs et dispositifs médicaux de laboratoire | A6.27.54.170 |
| | Action 3.4.2. Renforcer les capacités de gestion de stock de réactifs et dispositifs médicaux pour le laboratoire | A6.27.54.171 |
| | Action 3.4.3. Mettre en place un système informatique de gestion de l'information dans les laboratoires des hôpitaux nationaux et provinciaux | A6.27.54.172 |
| Résultat 3.5. La maintenance des équipements de laboratoires est améliorée | | |
| | Action 3.5.1. Intégrer la gestion des équipements au fonctionnement des laboratoires | A6.27.55.173 |
| | Action 3.5.2. Déployer les ressources nécessaires à la maintenance des équipements | A6.27.55.174 |
| | Action 3.5.3. : Former les techniciens de laboratoire à l'utilisation du manuel de maintenance des équipements (préventive et à la métrologie) | A6.27.55.175 |
| Résultat 4.1 : Le Système d'assurance qualité est renforcé à travers le LNCQM opérationnel et performant | | |
| | Action 4.1.1 : Renforcer les capacités techniques du LNCQM | A6.28.56.176 |

| | | |
|---|--|---------------------|
| | Action 4.1.2 : Assurer la formation du personnel du LNCQM en système de management qualité et leadership du laboratoire | A6.28.56.177 |
| | Action 4.1.3 : Renforcer les services d'Homologation, de l'Inspection Pharmaceutique, de la vigilance et le contrôle à l'importation. | A6.28.56.178 |
| Résultat 4.2 : Le Système de Notification Spontanée recommandée par l'OMS est mis en place | | |
| | Action 4.2.1 : Former et équiper en matériels informatiques (tablettes informatiques) un réseau des agents de notification au plan national, | A6.28.57.179 |
| | Action 4.2.2 : Développer une application mobile permettant de faire des e-notifications, | A6.28.57.180 |
| | Action 4.2.3 : Centraliser des données à l'Uppsala Monitoring Center (UMC) à travers un abonnement à VIGIFLOW | A6.28.57.181 |
| | Action 4.2.4 : Renforcer les capacités techniques notamment en matière de Ressources Humaines qualifiées (pharmaciens formés en Inspectorat Pharmaceutique) ; | A6.28.57.182 |
| | Action 4.2.5 : Renforcer l'Inspection pharmaceutique en moyens logistiques et matériels bureautiques. | A6.28.57.183 |
| | Action 4.2.6 : Former les agents en technique de contrôle à l'importation et à l'utilisation du logiciel CIMED | A6.28.57.184 |
| | Action 4.2.7 : Renforcer la lutte contre la vente illicite des médicaments et intrants nutritionnels | A6.28.57.185 |
| Résultat 5.1 : L'éducation de la population en matière d'utilisation rationnelle des médicaments est renforcée | | |
| | Action 5.1.1 : Renforcer l'information et l'éducation des populations sur l'usage rationnel du médicament et autres produits de santé | A6.29.58.186 |
| | Action 5.1.2 : Réguler la publicité sur les médicaments et autres produits de santé | A6.29.58.187 |
| Résultat 5.2 : L'éducation du personnel de santé en matière de prescription rationnelle des médicaments est renforcée | | |
| | Action 5.2.1 : Développer la recherche opérationnelle sur les médicaments et autres produits de santé | A6.29.59.188 |
| | Action 5.2.2 : Développer et vulgariser les outils d'aide à la prescription rationnelle des médicaments et autres produits de santé | A6.29.59.189 |
| Résultat 5.3 : La résistance antimicrobienne est réduite dans la population générale | | |
| | Action 5.3.1 : Améliorer la connaissance des pouvoirs publics et de la population sur le problème de la résistance antimicrobienne | A6.29.60.190 |
| | Action 5.3.2 : Mettre en œuvre la surveillance et la recherche sur la résistance antimicrobienne | A6.29.60.191 |
| | Action 5.3.3 ; Réduire l'incidence des infections par des mesures efficaces de prévention (hygiène, vaccination) dans les secteurs santé humaine et santé animale | A6.29.60.192 |
| | Action 5.3.4 : Améliorer l'utilisation des médicaments antimicrobiens en santé humaine, animale et végétale | A6.29.60.193 |
| Résultat 6.1 : Les médicaments essentiels génériques et autres produits médicaux répondant aux besoins nationaux sont produits sur place | | |
| | Action 6.1.1 : Développer un partenariat public privé avec tous les acteurs potentiels pour favoriser l'installation des unités pharmaceutiques | A6.30.61.194 |

| | | |
|--|--|---------------------|
| | Action 6.1.2 : Accorder un moratoire financier aux unités industrielles sur l'importation des matières premières et matériaux de fabrication | A6.30.61.195 |
| Résultat 6.2 : <i>La production sur place des médicaments essentiels génériques et autres produits médicaux répondant aux besoins nationaux est valorisée</i> | | |
| | Action 6.2.1 : Encourager la formation et la spécialisation des jeunes diplômés à la filière de l'industrie pharmaceutique | A6.30.62.196 |
| | Action 6.2.2 : Promouvoir l'achat de la production locale dans toutes les formations sanitaires | A6.30.62.197 |
| Résultat 7.1 : <i>Le cadre des savoirs faire traditionnels est documenté et valorisé</i> | | |
| | Action 7.1.1 : Elaborer un plan de développement stratégique de la médecine traditionnelle ; | A6.31.63.198 |
| | Action 7.1.2 : Renforcer l'opérationnalisation du comité de pilotage chargé de la mise en œuvre de la convention tripartite entre le MSPP, l'IREN et le CNRD. | A6.31.63.199 |
| | Action 7.1.3 : Renforcer la protection de la biodiversité, des connaissances et savoirs en médecine traditionnelle. | A6.31.63.200 |
| | Action 7.1.4 : Renforcer le contrôle des praticiens, des pratiques de la MT aux niveaux intermédiaires et périphériques. | A6.31.63.201 |
| | Action 7.1.5 : Mettre en place des jardins botaniques et jardins de plantes médicinales couramment utilisées et/ou menacées de disparition dans chaque province sanitaire en collaboration avec les ministères concernés, | A6.31.63.202 |
| Résultat 7.2 : <i>Les données relatives à la médecine traditionnelle sont prises en compte dans le système national d'information sanitaire.</i> | | |
| | Action 7.2.1 : Développer les outils de bonne pratique en médecine traditionnelle, | A6.31.64.203 |
| | Action 7.2.2 : Intégrer les données de la médecine traditionnelle dans les services de statistiques, de surveillance et d'évaluation du système de santé. | A6.31.64.204 |
| Résultat 7.3 : <i>Des médicaments traditionnels améliorés sont localement produits à base des confirmations scientifiques, homologués et mise à la disposition de la population tchadienne.</i> | | |
| | Action 7.3.1 : Opérationnaliser l'Unité de Recherche pour la production des Médicaments Traditionnels améliorés. | A6.31.65.205 |
| | Action 7.3.2 : Mettre à la disposition des populations au moins cinq (05) MTA ayant obtenu leur AMM ; | A6.31.65.206 |
| | Action 7.3.3 : Mettre en place une base de données scientifique de la médecine traditionnelle, | A6.31.65.207 |
| | Action 7.3.4 : Encourager la publication et la recherche scientifique sur la médecine traditionnelle. | A6.31.65.208 |
| | Action 7.3.5 : Elaborer, valider et mettre en œuvre un référentiel des modalités de la contribution potentielle des actes de la Médecine Traditionnelle dans la Couverture Santé Universelle. | A6.31.65.209 |
| Résultats 1.1 : <i>Tous les secteurs de santé disposent des documents de politique et de normes qui garantissent la santé de la population</i> | | |

| | | |
|---|---|---------------------|
| | Action 1.1.1 : Elaborer les politiques et normes pour les secteurs de la santé nouvellement créés | A7.32.66.210 |
| | Action 1.1.2 : Appliquer toutes les politiques et normes mises en place pour la gestion de la santé au Tchad | A7.32.66.211 |
| Résultat 2.1 : Toutes les structures de santé fonctionnelles disposent de tous les services conformément aux normes nationales | | |
| | Action 2.1.1 : Adopter et mettre en œuvre le PMA et PCA dans les formations sanitaires du niveau périphérique, intermédiaire et national. | A7.33.67.212 |
| | Action 2.1.2 : Améliorer la qualité des services des soins | A7.33.67.213 |
| Résultat 2.2 : Les services de SR de qualité sont disponibles dans toutes les formations sanitaires publiques et privées à tous les niveaux du système des soins. | | |
| | Action 2.2.1 : Renforcer les services de PF, des CPN, les SONUB et les SONUC et de prise en charge des fistules à tous les niveaux du système des soins. | A7.33.68.214 |
| | Action 2.2.2 : Renforcer les services de prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME) | A7.33.68.215 |
| | Action 2.2.3 : Renforcer les services de vaccination à tous les niveaux du système de santé | A7.33.68.216 |
| Résultat 2.3 : Les services de sante néonatale et infanto-juvénile de qualité sont disponibles dans toutes les formations sanitaires publiques et privées à tous les niveaux du système des soins. | | |
| | Action 2.3.1 : Renforcer la capacité des personnels a tous les niveaux pour les soins essentiels aux nouveau-nés (SENN) et la PCIME | A7.33.68.217 |
| | Action 2.3.2 : Créer les services de néonatalogie et les doter des équipements, matériels et intrants adéquats. | A7.33.68.218 |
| | Action 2.3.3 : Produire/diffuser les documents de Soins Essentiels du Nouveau-né (SENN) et PCIME a tous les niveaux de la pyramide sanitaire. | A7.33.68.219 |
| | Action 2.3.4 : Promouvoir les pratiques familiales essentielles (Allaitement maternel exclusif, diversification alimentaire du jeune enfant...) | A7.33.68.220 |
| Résultat 2.4 : La lutte contre les maladies transmissibles est renforcée dans la communauté et à tous les niveaux du système de santé | | |
| | Action 2.4.1 : Renforcer les interventions de prévention et de prise en charge du paludisme à tous les niveaux du système de santé | A7.33.69.221 |
| | Action 2.4.2 : Renforcer la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA à tous les niveaux du système de soins. | A7.33.69.222 |
| | Action 2.4.3 : Renforcer les interventions de prise en charge de la Tuberculose dans les formations sanitaires à tous les niveaux du système de santé | A7.33.69.223 |
| Résultat 2.5 : Les maladies non transmissibles sont correctement prises en charge à tous les niveaux du système de santé. | | |
| | Action 2.5.1 : Mettre en place le dispositif de lutte contre les maladies non transmissibles. (Existence d'un plan de lutte contre les MNT, mais il n'est pas complet) ; (cadre de concertation multisectoriel de lutte contre les MNT et qu'il faut rendre fonctionnel) | A7.33.70.224 |

| | | |
|--|--|---------------------|
| | Action 2.5.2 : Renforcer les capacités des formations sanitaires pour le diagnostic, la prise en charge et le suivi des malades souffrant des maladies non transmissibles | A7.33.70.225 |
| Résultats attendu 2.6 : Réduction des AVP et prise en charge adéquate des victimes | | |
| | Actions 2.6.1 : Promouvoir des actions de sensibilisation pour la réduction des AVP | A7.33.70.226 |
| | Action 2.6.2 : Assurer une prise en charge correcte des accidentés de la route | A7.33.70.227 |
| Résultat 2.7 : La lutte contre les facteurs de risque (tabac, alcool, autres drogues, la sédentarité...) des maladies non transmissibles est renforcée à tous les niveaux du système de santé. | | |
| | Action 2.7.1 : Renforcer la mise en œuvre de la convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS | A7.33.71.228 |
| | Action 2.7.2 : Assurer les financements de la lutte contre les MNT et les facteurs de risques à travers des mécanismes innovants de mobilisation des ressources (taxe sur le tabac, l'alcool, les sodas, les téléphones mobiles). | A7.33.71.229 |
| | Action 2.7.3 : Appuyer le mécanisme de pérennisation du financement innovant créés en 2019 à travers les taxes spécifiques de 100 franc CFA /cigarettes | A7.33.71.230 |
| | Action 2.7.4 : Renforcer la lutte contre l'alcoolisme et les autres types de drogues | A7.33.71.231 |
| Résultat 2.8 : les services de santé des jeunes, des adolescents, des personnes âgées et des personnes handicapées sont développés et intégrés dans les paquets d'activités à tous les niveaux du système de santé. | | |
| | Action 2.8.1 : Définir les politiques, les plans stratégiques, les normes relatifs à la santé des jeunes, des adolescents, des personnes âgées et des personnes handicapées. | A7.33.72.232 |
| | Actions 2.8.2 : Promouvoir la santé des jeunes et des adolescents | A7.33.72.233 |
| | Actions 2.8.3 : Promouvoir la santé des personnes âgées | A7.33.72.234 |
| | Actions 2.8.4 : Promouvoir les soins ré-éducationnels et de réadaptation dans tous les hôpitaux. | A7.33.72.235 |
| | Action 2.8.5 : Renforcer les capacités du personnel de santé dans la prise en charge des problèmes de santé des adolescents, des jeunes, des personnes âgées et des personnes handicapées. | A7.33.72.236 |
| Résultat 2.9 : Les femmes survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime sont prises en charge de manière intégrée | | |
| | Action 2.9.1 : Elaborer des textes d'encadrement | A7.33.72.237 |
| | Action 2.9.2 : Identifier et prendre en charge les survivantes de violence exercée par un partenaire intime | A7.33.72.238 |
| | Action 2.9.3 : Prendre en charge de viol (étape par étape) | A7.33.72.239 |
| | Action 2.9.4 : Fournir le soutien en ligne | A7.33.72.240 |
| | Action 2.9.5 : Fournir des soins de santé mental complémentaire et soutien psychosocial | A7.33.72.241 |
| | Action 2.9.6 : Prise en charge des enfants | A7.33.72.242 |

| | | |
|---|---|---------------------|
| Résultat 3.1 : L'accessibilité de toute la population aux services de santé est renforcée. | | |
| | Action 3.1.1: Atteindre les populations d'accès difficile par des stratégies appropriées. | A7.34.73.243 |
| | Action 3.1.2: Atteindre les populations de proximité par des stratégies appropriées | A7.34.73.244 |
| Résultat 3.2: Les activités de santé à base communautaire sont mises en œuvre dans tous les districts sanitaires fonctionnels. | | |
| | Action 3.2.1 : Organiser le cadre des interventions à base communautaire. | A7.34.74.245 |
| | Actions 3.2.2 : Assurer les activités de santé communautaire au niveau opérationnel. | A7.34.74.246 |
| Résultat 3.3 : Les activités promotionnelles de santé sont développées pour susciter la demande des services. | | |
| | Action 3.3.1 : Mettre en place un cadre stratégique relatif à la promotion de la santé | A7.34.75.247 |
| | Action 3.3.2 : Mettre en place un cadre multisectoriel pour la promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé | A7.34.75.248 |
| Résultat 4.1 : La formation continue du personnel est assurée à tous les niveaux | | |
| | Action 4.1.1 : Elaborer et rendre disponibles à tous les niveaux de la prise en charge des guides thérapeutiques et des ordinogrammes pour une prise en charge rationnelle des malades (urgences, salles de soins, maternité, centres de santé...) | A7.35.76.249 |
| | Action 4.1.2 : Organiser systématiquement les staffs techniques dans tous les services hospitaliers | A7.35.76.250 |
| | Action 4.1.3 : Veiller au respect des normes d'hygiène dans tous les services afin de réduire les risques liés aux maladies nosocomiales. | A7.35.76.251 |
| | Action 4.1.4 : Faire évaluer régulièrement les services par les pairs afin d'améliorer la qualité des services et des soins | A7.35.76.22 |
| | Action 4.1.5 : Faire un suivi régulier des services et réaliser les supervisions formatives dans les établissements de soins et en communauté où l'évaluation de la satisfaction communautaire est obligatoire | A7.35.76.253 |
| Résultat 4.2 : Résultat 4.2 : Amélioration de l'accès à l'assainissement de base, promotion de l'hygiène et respect rigoureux des normes d'hygiène et de propreté sont rigoureusement respectées | | |
| | Action 4.2.1 : Elaborer un plan stratégique de traitement des déchets biomédicaux. | A7.35.77.254 |
| | Action 4.2.2. Rendre opérationnel le centre de traitement des déchets du CHU-RN de N'Djamena et créer des unités de traitement des déchets biomédicaux (solides et liquides) dans tous les hôpitaux nationaux. | A7.35.77.255 |
| | Action 4.2.3 : Mettre en place dans les tous les HP des incinérateurs modernes. | A7.35.77.256 |
| | Action 4.2.4 : Mettre en place des infrastructures d'assainissement de base adaptées à tous les niveaux (ménage, écoles, marchés, formations sanitaires et autres lieux de vie | A7.35.77.257 |
| | Action 4.2.5 : Instaurer la PCI dans toutes les structures de santé publiques et privées. | A7.35.77.258 |

| | | |
|---|--|---------------------|
| | Action 4.2.6 : Mettre en place un cadre de collaboration entre le MSPP et Les Communes pour assurer l'hygiène publique. | A7.35.77.259 |
| | Action 4.2.7 : Rendre fonctionnel le contrat de collaboration signé entre la mairie de N'Djaména et le MSPP. | A7.35.77.260 |
| | Action 4.2.8 : Renforcer les capacités institutionnelles des structures œuvrant dans le domaine de l'hygiène et assainissement et de former le personnel dans ces domaines. | A7.35.77.261 |
| Résultats attendu 5.1 : Le système de santé est préparé pour répondre efficacement aux urgences en santé. | | |
| | Action 5.1.1 : Accélérer la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI). | A7.36.78.262 |
| | Action 5.1.2 : Rendre opérationnel le Centre d'Opérations d'Urgences en Santé Publique (COUSP) et le doter d'un budget conséquent. | A7.36.78.263 |
| | Action 5.1.3 : Mettre en place les textes règlementaires sur les soins préhospitaliers | A7.36.78.264 |
| | Action 5.1.4 : Mettre en place le Service d'Aide médicale d'urgence (SAMU) et les rendre fonctionnel au niveau des grandes villes (N'Djaména, Moundou, Abéché et Sarh). | A7.36.78.265 |
| Résultats attendu 5.2 : Le système de surveillance épidémiologique est renforcé. | | |
| | Action 5.2.1 : Renforcer les capacités structurelles, institutionnelles et communautaires de la surveillance épidémiologique. | A7.36.79.266 |
| | Action 5.2.2 : Actualiser la cartographie des risques sanitaires. | A7.36.79.267 |
| Résultat 6.1 : Les organes de coordination et de gestion de la lutte contre la malnutrition sont renforcés | | |
| | Action 6.1.1 : Renforcer tous les acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge de la malnutrition. | A7.37.80.268 |
| | Action 6.1.2 : Améliorer la coordination des acteurs de lutte contre la malnutrition. | A7.37.80.269 |
| Résultat 6.2 : Les activités de dépistage et de prise en charge des malnutris sont développées au niveau de tous les services de santé et avec une forte implication des communautés | | |
| | Activité 6.2.1 : Assurer une prise en charge adéquate de la malnutrition aigüe au niveau communautaire, des CS et des hôpitaux. | A7.37.81.270 |
| | Activité 6.2.2 : Promouvoir l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant | A7.37.81.271 |
| | Activité 6.2.3 : Allaitement maternel exclusif ou allaitement exclusif au sein | A7.37.81.272 |
| | Activité 6.2.4 : Suivre la croissance des enfants de 0 à 5 ans | A7.37.81.273 |
| | Activité 6.2.5 : Assurer une supplémentation adéquate en micronutriments pour les enfants et les femmes enceintes | A7.37.81.274 |
| | Activité 6.2.6 : Assurer la surveillance nutritionnelle régulière | A7.37.81.275 |
| Résultat 7.1: La disparité entre les provinces est réduite en matière de disponibilité et d'accessibilité aux soins | | |
| | Action 7.1.1 : Veiller à une offre équitable de soins dans tout le pays | A7.38.82.276 |
| | Action 7.1.2 : Veiller à l'utilisation des services de santé par toutes les couches sociales de la population | A7.38.82.277 |
| | Action 7.1.3 : Veiller à une répartition équitable des ressources nationales | A7.38.82.278 |

| | | |
|--|--|---------------------|
| Résultat 7.2 : Toute la population est couverte pour les soins et plus particulièrement les plus démunis et les vulnérables | | |
| | Action 7.2.1 : Mise en œuvre le régime 3 de la CSU | A7.38.83.279 |
| | Action 7.2.2 : Mise en œuvre du régime 2 de la CSU | A7.38.83.280 |
| Résultats attendu 8.1 : Des hôpitaux spécialisés dans le cadre de la promotion des pools d'excellence sont construits et/ou réhabiliter | | |
| | Action 8. 1.1 : Construire des hôpitaux spécialisés dans tous domaines existants et non existants (Cardiologie, oncologie, néphrologie, neurochirurgie, gériatrie, gastroentérologie, pneumologie...) | A7.38.83.281 |
| | Action 8. 1.2 : Renforcer les capacités techniques de ces hôpitaux | A7.38.83.282 |
| Résultat 8.2 : Renforcement des soins de réadaptation | | |
| | Action 8. 2.1 : Créer au sein de chaque hôpital provincial et hôpital national une unité de rééducation et/ou de réadaptation fonctionnelle | A7.39.84.283 |
| | Action 8. 2.2 : Créer un centre d'appareillage au niveau des hôpitaux interprovinciaux | A7.39.84.284 |
| | Action 8.2.3 : Former des techniciens en kinésithérapie | A7.39.84.285 |
| | Action 8.2.4 : Construire des structures sanitaires adaptées à tous les usagers y compris aux personnes avec des handicaps. | |
| Résultat 8.3 : Les personnes victimes des violences familiales sont prises en charge de manière intégrée | | |
| | Action 2.8.1 : Faire un état des lieux des différents types de violence familiales (verbales, physiques, etc.). | A7.39.84.286 |
| | Action 2.8.2 : Créer au sein des établissements de santé un service de prise en charge intégrée des victimes de violences familiales. | A7.39.84.287 |

ANNEXE 4 : LISTE DU COMITE DE REDACTION DU PNDS 4

| N° | Noms et Prénoms | Services | Contact |
|----|-----------------------------|--------------------------------------|----------------|
| 1 | Dr NARASSEM MBAÏDOUM | DGPC | 99 398 080 |
| 2 | Mr DJEDOSSOUM NAOUNDANGAR | Conseiller du Ministre | 93 105 864 |
| 3 | Dr NGABERE COLETTE | DGPML/A | 98 188 777 |
| 4 | Dr TORALTA JOSEPHINE N | Conseillère du Ministre | 95 279 090 |
| 5 | Mr DEGUEM KASSIRE | DGPERO | 91 675 040 |
| 6 | Mme NOURAL-HOUDA MAHAMAT | DPERO/A | 99 922 767 |
| 7 | Mr KAINDI DOURNE BOBLO | MFFPE | 98 294 464 |
| 8 | Mr LIPELBA GALY | Direction des Infrastructures | 99 229 223 |
| 9 | Mme BANANEH ANASTASIE | Direction de la Solidarité Nationale | 90 903 841 |
| 10 | Mme LATIFA BACHAR ALKATIB | Conseillère/MSPP | 95 854 877 |
| 11 | Mr SEÏD MOKDOMKI | ENASS | 99 978 368 |
| 12 | Mr YOUSOUF AHMAT ANNADIF | DOSS | 95 280 690 |
| 13 | Dr DADJIM BLAGUE | CIC-CSU | 98 41 92 80 |
| 14 | Mr ALLAYE AMBOULMATO | DSSIS | 99 982 896 |
| 15 | Dr BRAHIM HAMIT | MSPP | 99 316 410 |
| 16 | Dr HAMIA TAO GOUACHEIN | UGP | 99 261 679 |
| 17 | Dr MAHAMAT NADJIB ABDERAHIM | MSPP | 91517227 |
| 18 | Dr NENODJI MBAIRO | Programme de Lutte contre le Tabac | 90 217 587 |
| 19 | Mr MAHAMAT ISMAIL IBRAHIM | Direction des Finances | 99 279 387 |
| 21 | Mr OUMAR TABOYE | DRH | 98 254 003 |
| 22 | Mme MARTINE YOYAMMEL | OMS | 66 368 066 |
| 23 | Dr JOHN EYONG EFOBI | OMS | 62 396 364 |
| 25 | Dr EDOURD KANADA | UNICEF | 68 562 271 |
| 26 | Dr MBAITOLOUM WEINA | Consultant national OMS | 91 362 332 |
| 27 | Dr CHERIF BARALDINE | Consultant national OMS | 66 257 352 |
| 28 | Mr RAYMOND AMOUSSOU KUASSI | Consultant International OMS | 00229 61173549 |

ANNEXE 5 : PARTICIPANTS AUX ATELIERS D'ELABORATION DU PNDS 4

| | | |
|----|----------------------------|----------------------|
| 1 | ABAKAR IDRIS | MSPP |
| 2 | ABATCHA KADAI OUMAR | OMS |
| 3 | ABBA GANA OUMAR | ONTS |
| 4 | ABDEL AZIZ DOGO DJARMA | DPSSN NDJ |
| 5 | ABDELHAKH FOUDAH MAHAMAT | DIESM/A |
| 6 | ABDERAMAN HASSANE | MSPP |
| 7 | ADAM MAHAMAT ZENE | DGCP/A |
| 8 | ADO BALLA ABDOUL AZIZOU | UNICEF |
| 9 | AHMAT EMMA | |
| 10 | AHMAT MOUSTAPHA | ONAST |
| 11 | ALI HASSABALKERIM MANOUFI | DOSSS |
| 12 | ALI HISSEINE DOUNGOUS | DAS/CSAI |
| 13 | ALLAYE AMBOULMATO | DSSIS |
| 14 | AMAN ABAKAR | |
| 15 | BALOUM KONGDI | CSGAP/DRH |
| 16 | BANANEH ANASTASIE | DPID |
| 17 | BANAT OUTMAN | PLANIF. DS EST |
| 18 | BASSOUNDA POIDINGUEM | DSSIS |
| 19 | BEMADJI REOUBAOU | PF/MSPP |
| 20 | BILAL SEIDNA MANI | CONSEILLER DGB/MFB |
| 21 | BOEL TINA | DNTA |
| 22 | BOYTA ALI EMILIEENNE | CELIAF |
| 23 | BRAHIM DJIDDI TAHIR | CSP/DPERO |
| 24 | BRAHIM DOUGOUS | PSLSH/IST |
| 25 | CHIAKBEBKA MIKA | DSNM |
| 26 | DAVID BAIBASSA HAROUN | DOSSS |
| 27 | DEGUEM KASSIRE | DPERO |
| 28 | DELARTH MARTE | SRO/DPERO |
| 29 | DJAFANOUEH YETNA FINA | IG |
| 30 | DJAZOULI IBN ADAM | CBCADP |
| 31 | DJEDOSSOUM NAOUNDANGAR | CONSEILLER/MSPP |
| 32 | DJELARDJE MADJIMBAYE ANNIE | PNLP |
| 33 | DJERAREOU DINGAMKEIN | OMS |
| 34 | DJIMET HASSAN TABIT | DCP |
| 35 | DJIMSANGAR GREGOIRE | PNLT |
| 36 | DJONDANG ALPHONSE | DAES MAIRIE CENTRALE |
| 37 | DJOUMBE EPHRAIM | DOSSS/A |
| 38 | DONBE NGANGUENON GODE | COORDO. /A/PNLTAD |
| 39 | DR ABDELSADICK HAROUN A | DGPML |
| 40 | DR ABDELSADICK HIDJAB | DSLN |

| | | |
|----|------------------------------|---------------------|
| 41 | DR ABDELSALAM BACHAR HAGGAR | DLQM |
| 42 | DR ABDOULAYE MAHAMAT HASSAN | COORDO. PNPTME |
| 43 | DR ALIACE YAM MADJI | DGOSSQS |
| 44 | DR ALLARANGAR YOKOUDE | REDISSE IV |
| 45 | DR BATAKAO GREGOIRE | CONSEILLER/SE/MSPP |
| 46 | DR BRAHIM HAMIT | MSPP |
| 47 | DR CHEICK TIDIME TALL | UNICEF |
| 48 | DR CHERIF BAHRALDINE | OMS |
| 49 | DR DADJIM BLAGUE | CSU |
| 50 | DR DANMADJI NAORGUE LYDIE | DGA/CHUME |
| 51 | DR DEKANDJI FRANCINE | Ex/SGA/SE |
| 52 | DR DJIRWERIE MAHAMAT YOUSOUF | COORDO/A PS |
| 53 | DR EDOURD KANADA | UNICEF |
| 54 | DR EHOUNOU GENEVIEVE | ONUSIDA |
| 55 | DR GABOUGA BESSANGAR | HMI |
| 56 | DR GRACE KODINDO | MSPP |
| 57 | DR HAMIA TAO GOUACHEIN | EN/UGP |
| 58 | DR HASSAN DOUDE | CPA |
| 59 | DR ISMAIL BAHAR BACHAR | SG |
| 60 | DR JOHN EYONG EFOBI | OMS |
| 61 | DR KIMASSOUM DJIMADOUM | COORDO. PNP-PCIMA |
| 62 | DR MAHAMAT HAMID | SG/A |
| 63 | DR MAHAMAT HISSEINE ALI | SGA ONMT |
| 64 | DR MAHAMAT HISSEINE HAMAT | MSPP |
| 65 | DR MAHAMAT NADJIB ABDERAHIM | CHURN |
| 66 | DR MAHAMAT ZENE YOUSOUF | DGPC/A |
| 67 | DR MARIAM ROUMAN | DSSR |
| 68 | DR MBAITOLOUM WEINA | CONSULTANT NATIONAL |
| 69 | DR NARASSEM MBAÏDOUM | DGPC/A |
| 70 | DR NENODJI MBAIRO | PNLT |
| 71 | DR NGABERE COLETTE | DGPML/A |
| 72 | DR NOEL PAPA NAHOUNOU | OMS BRAZZA |
| 73 | DR OUATTARA OUMAR | PADS |
| 74 | DR OUMAR ABDELHADI | PNLT |
| 75 | DR OUMAR OUCAR MAHAMAT | DLBM |
| 76 | DR ROHINGALAOU NDOUNDO | PBF |
| 77 | DR SAADA DAOUD | DGLMPSSRN |
| 78 | DR SAIDOU MALLOUM | COUSP |
| 79 | DR SEID ABAKAR ALDAHABI | DPMT/DGPML |
| 80 | DR SOURAYA ZAKARIA | CNTS |
| 81 | DR TARA FOTKOLOUSSOU | ONMT |

| | | |
|-----|-----------------------------|---|
| 82 | DR TOGOUMBAYE NANGUERNGAR | CHU-BS |
| 83 | DR TORALTA JOSEPHINE N | CONSEILLIERE/MSPP |
| 84 | DR VICTOR NGONGALAH | UNICEF |
| 85 | DRAOU GEORGES | CSSI |
| 86 | EMERY NOUBADOUMADJI | CIC-CSU |
| 87 | FALY JANSARBE | DG/A |
| 88 | FATIME MIRECIL | DFB/A |
| 89 | FATOUMA SOULEYMAN AHMED | MEPDCI |
| 90 | FRANCIS TANGAR BEN | SES |
| 91 | GAOURANG MAMADI NGARKELO | CDAAS/SG/MFBCP |
| 92 | GORBA ISAAC FANDEO | |
| 93 | HASSAN MAKI | PNPTME |
| 94 | HASSANA ABDELKADER ABDOUL | CS/DCP |
| 95 | HASSANE MIHEDI AHMAN | CDA/CHURN |
| 96 | IBRAHIM CHERIF | DLIM |
| 97 | ISSAK AHMAT DIGO | DGRIE |
| 98 | ISSAKHA NAHAR | |
| 99 | ISSAM ISSA KEREM | PNLCC |
| 100 | KAINDI DOURNE BOBLO | MFPE |
| 101 | KALTOUMA ATTAHIR HILEOU | DRAH |
| 102 | Mr RAMADANE KARIFFENE | Programme de Renforcement des Capacités |
| 103 | KHAZALA MAHAMAT | SFCA |
| 104 | KOULNAN NGARDIGNA | |
| 105 | LAMANA ALHADJ MOUSSA | |
| 106 | LATIFA BACHAR ALKATIB | CONSEILLERE/MSPP |
| 107 | LIMAN MAHAMAT YOUSOUF TERRI | SAF/DGRIE |
| 108 | LIPELBA GALY | DIESM |
| 109 | MADJI MAINA MADJI | DRHF |
| 110 | MADYAM JOSEPHINE | PNSN |
| 111 | MAHAMAT ABBA ADJI MAHAMAT | DSN SUD |
| 112 | MAHAMAT ABDELKERIM AHMADAYE | DNTA |
| 113 | MAHAMAT ADOUGAS TOM | PNLTAD |
| 114 | MAHAMAT AHMAT ABRAS | COORDO. PNSN |
| 115 | MAHAMAT BECHIR | DSNI |
| 116 | MAHAMAT HISSEIN HAMAT | CSIS/DIESM |
| 117 | MAHAMAT ISMAIL IBRAHIM | CSPB/DFBA |
| 118 | MAHAMAT NOUR HAKOUMI | DSSIS |
| 119 | MAHAMAT SALEH ABDOULAYE | PSLS/IST |
| 120 | MAHAMAT TAHER ADOUM | CNLS |
| 121 | MALA COLETTE | SSP/DPERO |

| | | |
|-----|-------------------------------|---------------------|
| 122 | MAMADJIBEYS KOUBET ESPOIR | DT MUTUELLES |
| 123 | MARTINE YOYAMMEL | OMS |
| 124 | MOULDJIDE MBAIBEM | CSAMT/DSIM |
| 125 | MR RAYMOND AMOUSSOU KUASSI | CONSULTANT INT. OMS |
| 126 | NADJI TAO | |
| 127 | NASSIR IDRIS ADAM | COORD. TELEMEDECINE |
| 128 | NDOUBAYE OMIN | IG |
| 129 | NGUETORA GUIRADOUMADJI | DPSHP |
| 130 | NOURAL-HOUDA MAHAMAT BOUKHARI | DPERO/A |
| 131 | OUMAR TABOYE | CSGP/DRH |
| 132 | PATALE SALOMON | AG/PSLS |
| 133 | RAMADANE KARIFFENE | COORDO. PRCPS/FC |
| 134 | REBNODJI NESTOR | |
| 135 | RONEL GRACE | DGERIE/A |
| 136 | SADIE MOUSSA HASSANE | PNLP |
| 137 | SEID ABAKAR BECHIR | DPMT |
| 138 | SEÏD MOKDOMKI | DNENASS |
| 139 | SERVICE FIDELE | CZ/DS CENTRE |
| 140 | SEYNOU SAIBOU | GIZ/P4H |
| 141 | SINYABE EMMANUEL | SIS/A |
| 142 | SOBDIBET DOMINIQUE | SP/DPERO |
| 143 | SOLKAM BECHIR SOU IV | MEPDCI |
| 144 | TALLOT ABDOULAYE | |
| 145 | TIANDJE BERE DIDIER | DIR. COM. /MSPP |
| 146 | YOUSSOUF ADOUM ABDOULAYE | DSC |
| 147 | YOUSSOUF AHMAT ANNADIF | DIR MFGSC |
| 148 | YOUSSOUF FOKI MBODOU | SPC/DSC |
| 149 | YOUSSOUF MAHAMAT YOUSSOUF | DEP. M INF |
| 150 | ZAKARIA ABBA SOULEYMAN | |
| 151 | ZARA MAHAMAT DOUTOUM | CHUME |

| N° | BIBLIOGRAPHIE |
|----|---|
| 1 | Banque Mondiale : Tchad 2019 Analyse de la dépense publique |
| 2 | Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement : Appropriation, harmonisation, alignement, résultat et responsabilité mutuelle 2005 |
| 3 | Décret 1081 du 30 avril 2018 portant Organigramme 2018 MSP |
| 4 | Décret n° 0357/PCMT/PMT/MSPSN/2021 portant organisation et fonctionnement du MSPSN |
| 5 | Décret N°008/PR/93 autorisant la Contraception au Tchad |
| 6 | DIRECTIVES NATIONALES DE SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS ET NEONATALS ET LA RIPOSTE TCHAD 2018 |
| 7 | DOCUMENT DE LA CAMPAGNE « MAIN DANS LA MAIN » POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE |
| 8 | ENQUETE SARA RAPPORT FINAL ; MSPP 2019 |
| 9 | ENQUETE SARA RAPPORT FINAL ; MSPP 2015 |
| 10 | Etat des lieux Services MSP PROGRAMMES NATIONAUX janvier 2020 CHAI |
| 11 | Evaluation du PNDS 1 : synthèse pour le PNDS 2 |
| 12 | Evaluation rapide des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) Couplée à une cartographie de l'offre des services de santé de la reproduction ; MSPP Nov. 2018 |
| 13 | FMI : Etudes économiques et financiers, perspectives économique régional 2018 |
| 14 | FORUM NATIONAL SUR LA NUTRITION ET L'ALIMENTATION RAPPORT FINAL ; N'Djamena du 28 au 30 avril 2015 |
| 15 | FORUM NATIONAL SUR LA RELANCE DE LA VACCINATION/ DECLARATION SOLENNELLE DE NDJAMENA EN FAVEUR DE LA VACCINATION 14 MARS 2018 |
| 16 | Gouvernement/PTF : PACTE 3 2020 |
| 17 | LA CARTE SANITAIRE DU TCHAD 2019-2023 |
| 18 | Lettre de mission des DSPP 2019 |
| 19 | Loi N° 035/PR/2019 instituant une couverture santé universelle au Tchad aout 2019 |
| 20 | Loi_N°19_PR_99_Instituant_Participation_communautaire |
| 21 | Ministère de l'Economie, de la Planification du Développement et de Coopération International (MEPDCI) : Analyse_PROJECTIONS-DEMOGRAPHIQUES_2009-2050_INSEED-2014 |
| 22 | Ministère de l'Economie, de la Planification du Développement et de Coopération International (MEPDCI): Rapport sur le profil du dividende démographique du Tchad 2021 |
| 23 | MSPP : ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE DU TCHAD MSP 2020 |
| 24 | MSPP : ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SANTE DU NOUVEAU-NE AU TCHAD ; 2018 |
| 25 | MSPP : Annuaire statistiques Tchad 2017 |
| 26 | MSPP : Annuaire statistiques Tchad 2018 |
| 27 | MSPP : Annuaire statistiques Tchad 2019 |
| 28 | MSPP : Assises Médicament du 16 au 18 avril 2019_RECOMMANDATIONS FINALES |
| 29 | MSPP : Comptes nationaux de la santé 2019 |
| 30 | OMS/AFRO : Attaining Universal Health Coverage in the African Region |
| 31 | OMS/AFRO : Cadre d'Action " Ne laisser personne de côté, Renforcement des systèmes de santé pour la CSU et les ODD en Afrique" ; |
| 32 | OMS/AFRO : Stratégie de Coopération OMS -Tchad (OMS Tchad) |

| | |
|----|---|
| 33 | OMS/AFRO : Treizième Programme Général de Travail 2019-2025 |
| 34 | PAO BILAN 2018 ET PLAN D'ACTION 2019 MSP |
| 35 | Paquet Minimum d'Activités (PMA) du Tchad ; Aout 2017 |
| 36 | Paquet Complémentaire d'activités : CA, PMA et PSA et normes de fonctionnement MSPP |
| 37 | PEV : PLAN PLURI ANNUEL 2017 COMPLET 2018-2022 |
| 38 | PLAN D'ACTION CHAQUE NOUVEAU-NE du Tchad 2019-2021 |
| 39 | PLAN D'ACTION PLURIANNUEL DE MISE EN ŒUVRE DES REFORMES DU MSP |
| 40 | PLAN D'ACTION INTERSECTORIEL DE NUTRITION ET D'ALIMENTATION (PAINA) 2017-2021 |
| 41 | Plan de Gestion des Déchets Biomédicaux du TCHAD. 2014-2018 |
| 42 | Plan de suivi/évaluation du PNDS3 |
| 43 | Plan multisectoriel de lutte et de contrôle des maladies non transmissibles |
| 44 | Plan National de Développement PND 2017-2021 |
| 45 | Plan National de Développement PND 2020 |
| 46 | Plan National de Développement Sanitaire troisième génération 2018-2021 |
| 47 | Plan stratégique national de lutte contre la fistule obstétricale au Tchad 2019 -2023 |
| 48 | PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME Tchad 2019-2023 |
| 49 | PLAN STRATEGIQUE NATIONAL POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE DU TCHAD 2017-2019 |
| 50 | Plan Stratégique Santé Développement des Jeunes ; Tchad Aout 2019 |
| 51 | POLITIQUE ET NORMES DE PLANIFICATION FAMILIALE TCHAD 2021 |
| 52 | Politique Nationale de Santé (PNS) 2016-2030 ; juin 2016 |
| 53 | Politique Nationale Santé Communautaire (2016) |
| 54 | Politique Pharmaceutique Nationale Tchad (modifiée en 2020) |
| 55 | Présentations du 26eme CD du MSPSN Juin 2021 |
| 56 | Rapport de l'enquête MICS 2021 |
| 57 | Rapport d'évaluation du PNDS 3 validé mai 2022 |
| 58 | Rapport final SRMNIA et PSI SRMNIA |
| 59 | Rapport final Audit organisationnel du MSP 2019-2020 |
| 60 | Rapport final de l'ETUDE DE FAISABILITE D'UN PROJET DE REORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS DANS LA VILLE DE N'DJAMENA AFIN DE DESENGORGER LES HOPITAUX NATIONAUX ; PASST 2 /MSPSN |
| 61 | Règlement sanitaire international RSI (2005) Outil d'évaluation des principales capacités requises dans les ports, aéroports et postes-frontières désignés (2009) |
| 62 | Résultats préliminaires de l'ATELIER DE VALIDATION DU RAPPORT DE LA REVUE DES POLITIQUES/PROGRAMMES/STRATÉGIES/PLANS DE LA SRMNIA-N ET D'ENCLICHEMENT DU PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PLAN STRATGIQUE INTÉGRÉ 2019-2023 DE LA SRMNIA-N AU TCHAD |
| 63 | UNDP : Indice de développement humain (IDH) |
| 64 | « VISION 2030, LE TCHAD QUE NOUS VOULONS » « Le Tchad, une nation apaisée, unifiée dans sa diversité culturelle, résiliente par son économie transformée et offrant un cadre de vie agréable pour le bien-être de tous » Juillet 2017 |