

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION GENERALE
DIRECTION DE LA PLANNIFICATION
ET DE LA FORMATION

Division de Statistique et d'Informations Saines



**ANNUAIRE
DE STATISTIQUES SANITAIRES
DU TCHAD**

TOME A

NIVEAU NATIONAL

ANNÉE 1993

RÉPUBLIQUE DU TCHAD

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

DIRECTION GÉNÉRALE

DIRECTION DE LA PLANIFICATION
ET DE LA FORMATION

Division du Système d'Information Sanitaire

UNITÉ – TRAVAIL – PROGRÈS



ANNUAIRE DE STATISTIQUES SANITAIRES DU TCHAD

TOME A
NIVEAU NATIONAL
ANNÉE 1993

PREFACE

L'annuaire de statistiques sanitaires 1993 qui vous est présenté est le septième à voir le jour avec la mise en place du Système d'Information Sanitaire actuel en 1987.

Après plusieurs évaluations tant internes qu'externes, il a paru nécessaire de réviser ce système pour l'adapter à l'évolution et la rénovation du système de santé amorcées depuis 1988. Le travail entrepris à cette fin depuis 1991 tire à sa fin avec l'élaboration des instruments de gestion et de planification pour le niveau intermédiaire et périphérique et la distinction nette des problèmes de santé (1er échelon) et des hôpitaux (2e échelon).

Ce gigantesque travail n'aurait pu déboucher sur un heureux aboutissement sans la constante collaboration entre la Division du Système d'Information Sanitaire et l'ensemble des personnels sanitaires oeuvrant sur le terrain, notamment les Délégations de Préfectures Sanitaires.

Notre profonde gratitude est à adresser à l'endroit de l'USAID qui, depuis la mise en place de notre actuel système d'information, n'a cessé de nous apporter son assistance technique et son concours financier pour la réussite de cette noble entreprise.

Nous pensons en effet que les informations contenues dans cet annuaire doivent pouvoir être utilisées au mieux pour le développement des services sanitaires du Tchad, tant par les techniciens nationaux que par les organismes intervenant dans notre pays dans le domaine sanitaire.

Le Ministre



SOMMAIRE

Au chapitre premier, on trouve les données démographiques sur le recensement général de la population d'Avril 1993.

Le chapitre II est consacré aux problèmes de santé; l'année 1993 est marquée par le triplement du nombre de cas de SIDA: de 353 cas notifiés en 1992, on passe à 1010 cas notifiés en 1993. Ces données sont très certainement en dessous de la réalité.

Des épidémies de rougeole et de méningite ont sévi: la méningite (n = 20.984 cas notifiés) a frappé le Mayo-Kebbi, le Moyen-Chari, le Logone Oriental et la Tandjilé.

La Rougeole (n = 3.700 cas notifiés) a sévi particulièrement à N'Djamena.

On constate aussi une augmentation de cas de tétanos néonatal; Ceci est probablement dû aux difficultés de fonctionnement du Programme Elargi de Vaccination.

Le chapitre III consacré aux ressources fournit les résultats de l'inventaire de la Division du Système d'Information Sanitaire en matière de personnel, et d'infrastructures. La situation de la formation et les aides extérieures y sont aussi présentées. Les autres ressources feront l'objet d'un document séparé, prévu pour Juin 1994.

Le chapitre IV étudie les différentes activités des Centres de Santé et des Hôpitaux. On constate une diminution de l'utilisation des services de santé qui se poursuit en 1993 après avoir commencé en 1992. Les difficultés sociales ne sont pas étrangères à ce phénomène de désaffection.

On constate enfin que pour la 3^e année consécutive, l'Hôpital Central de N'Djaména ne fournit aucune donnée, malgré que ce problème ait été soulevé devant les plus hautes autorités du Ministère de la Santé Publique depuis 1992.

PRESENTATION DU TCHAD

1. Situation géographique

Enclavé au coeur du continent Africain, le TCHAD s'étend sur une superficie de 1.284.000 Km², qui fait de ce pays l'un des plus vastes d'Afrique. Il partage ses frontières avec la Lybie au Nord, le Soudan à l'Est, la République Centrafricaine au Sud, le Cameroun, le Nigéria et Niger à l'Ouest.

Il est également situé entre le 8° et le 14° de latitude Nord et entre le 14° et le 24° de longitude Est.

2. Situation Administrative

Le Tchad est divisé administrativement en 14 Préfectures et 53 Sous-Préfectures. Sa capitale, N'Djaména, est divisée en cinq (5) arrondissements.

3. Relief

Son relief se caractérise par une vaste étendue de plaines bordées au Nord et à l'Est par des montagnes. Dans la zone méridionale la latérite donne au paysage une couleur rouge qui s'atténue progressivement lorsqu'on remonte vers le Nord sableux et désertique.

4. Climat

La carte climatique divise le pays du Nord au Sud de façon assez artificielle en trois zones :

- La zone saharienne avec moins de 200 millimètres de précipitations par an, se prête davantage à l'élevage
- La zone sahélienne, avec 200 à 900 millimètres de précipitations par an, pratique l'élevage et moyennement l'agriculture
- La zone soudanienne où la pluviométrie dépasse 900 millimètres est une zone de cultures.

4. Economie

Le TCHAD a été classé par la Banque Mondiale au troisième rang des pays les plus pauvres. Les différents conflits civils et internationaux, les sécheresses de 1983/1984 et 1986/1987, la chute du cours du coton depuis 1977 ainsi que la crise du coton de 1985/1987 constituent les éléments déterminants à mettre au passif du pays ces 15 dernières années.

Il faut ajouter à cela sa situation continentale (le port maritime le plus proche se situe à plus de 1600 km de N'Djaména) ce qui entraîne des coûts importants de transports internationaux, un marché national étroit que ne favorise pas la faible infrastructure routière, un système bancaire fragile et un système administratif centralisé qui, par ses lourdeurs, constitue plus une contrainte qu'un cadre institutionnel favorisant le développement.

L'économie tchadienne dépend du secteur cotonnier. Celui-ci occupe 650.000 travailleurs et représente à lui seul 65 % du chiffre d'affaires total de l'industrie du pays. C'est pourquoi, le Programme d'Ajustement Structurel mis en place depuis 1987 par le FMI et la BANQUE MONDIALE est destiné en priorité à renforcer la compétitivité du secteur cotonnier, à rééquilibrer le budget de l'Etat et à augmenter l'efficacité du secteur public. En 1990, les résultats en matière de recettes et dépenses courantes étaient nettement inférieurs aux prévisions du pays.

Ces résultats ne se sont pas améliorés par la suite, et l'économie est dans une situation précaire.

Le revenu par habitant est de 57.324 FCFA si l'on prend comme indicateur le PIB par habitant ou 65.473 FCFA si l'on se réfère au PNB par habitant, soit 204 et 233 dollars respectivement.

Les revenus par habitant de quatre dernières années sont consignés dans le tableau ci-dessous:

Années	1990	1991	1992	1993
Indicateurs				
PIB/Habitant	215	226	217*	204**
PNB/Habitant	249	255	248*	233**
Taux de change (1 \$ en FCFA)	272	283	270	281

Source: Direction de la Statistique des Etudes Economiques et Démographiques (DSEED) - Ministère du Plan et de la Coopération - Comptes Economiques: 1983 - 1993

NB: * Données provisoires
 ** Données Prévisionnelles.

6. Démographie

Estimée à 6.288.261 habitants en Avril 1993, la population, composée de plusieurs groupes ethniques (environ 256), est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire. Si la densité globale est de 4,90 habitants/Km², elle est d'environ 0,12 dans le BET et 59,15 dans le Logone Occidental (voir tableau I.2 page 34).

Selon le recensement général de la population et de l'habitat d'Avril 1993, 21% de la population vivent dans les Centres urbains; 6% de la population sont nomades.

7. Histoire

Un crâne humain vieux d'un million d'années, provenant du Borkou, atteste que le Tchad est habité par les hommes depuis des temps immémoriaux. La datation au carbone 14 indique que des tombes découvertes dans le Tibesti remontent à 4900 ans avant Jésus-Christ. La région du Kanem apparaît sous ce nom dans des cartes datant de l'an 872; des manuscrits arabes du Xe siècle décrivent la région comme productrice de mil, de haricots et de blé, ainsi que de bétail, de chevaux et de dromadaires. Le Tchad a constitué un terrain de rencontre entre le Nord Musulman et les tribus animistes de la forêt tropicale.

8. Langues

Les langues officielles sont le français et l'arabe, mais le Tchad compte plus de 200 autres langues.

9. Religions

Musulmans 50 %

Chrétiens 23 % (majorité catholique)

Animistes 24 %

(Source : UNICEF - 1989).

TABLE DES MATIERES

	PAGE
INTRODUCTION	23
CHAPITRE I : DEMOGRAPHIE	27
CHAPITRE II : PROBLEMES DE SANTE	43
2.1. Introduction	45
2.2. Problèmes de Santé notifiés en consultation externe	46
2.2.1 Structure de la morbidité observée	46
2.2.2 Caractéristiques des problèmes de santé notifiés	52
1. Hématurie - Bilharziose urinaire/ intestinale	52
2. Conjonctivite	58
3. Diarrhée/Déshydratation	60
4. Dracunculose	64
5. Dysenterie	66
6. Fièvre	68
7. Infection de la peau	72
8. Infection urinaire	74
9. Malnutrition	76
10. Méningite	80
11. Mycobactérioses: lèpre & tuberculose	82
12. Onchocercose	88
13. Otite moyenne/angine	90
14. Rougeole	92
15. Sida	96
16. Tétanos	102
17. Toux de - de 15 jours	106
18. TDCI (Troubles dus à la carence en iode)	108
19. Trypanosomiase	112

TABLE DES MATIERES (SUITE)

		PAGE
2.3.	Mortalité maternelle à l'Hôpital Général de Référence National	114
CHAPITRE III : RESSOURCES SANITAIRES		117
3.1	Plan de découpage sanitaire, Infrastructures	119
3.1.1	Plan de découpage en districts et zones de responsabilité	120
3.1.2	Appui au fonctionnement des districts	122
3.1.3	Couverture théorique en services de santé	130
3.1.4	Capacités hospitalières	132
3.2	Ressources humaines	134
3.2.1	En activité	136
3.2.1.1	Personnel de santé	136
3.2.1.2	Médecins	141
3.2.2	En formation	146
3.3	Ressources Financières	148
3.3.1	Ressources Nationales	148
3.3.2	Aides Extérieures	150

TABLE DES MATIERES (SUITE)

	PAGE
CHAPITRE IV : ACTIVITES DES SERVICES DE SANTE	159
4.1. Introduction	161
4.2. Activités sanitaires	163
4.2.1 Au premier échelon	163
4.2.1.1 Consultation curative	164
4.2.1.2 Santé maternelle	170
4.2.1.3 Soins Préventifs enfants	180
4.2.2 Au niveau des hôpitaux de référence	194
4.2.2.1 Hospitalisation	194
4.2.2.2 Activités à la maternité de l'hôpital général de référence nationale	200

ANNEXES

ANNEXE A: Sources utilisées dans l'annuaire de statistiques sanitaires	203
ANNEXE B: Rapport Mensuel d'Activités	213
ANNEXE C: Organigramme du Ministère de la Santé Publique	227
ANNEXE D: Liste des formations socio-sanitaires - Décembre 1993	233
ANNEXE E: Arrêté régissant la création et la reconnaissance des centres socio-sanitaires de 1er échelon	253
ANNEXE F: Liste des participants à l'élaboration de l'annuaire.	259

LISTES DES TABLEAUX

	PAGE
I.1 Tchad : population par tranche d'âge par Préfecture	33
I.2 Tchad : Densité de Population et Superficie du Territoire par Préfecture	34
I.3 Répartition de la Population par Préfecture et par sexe.	35
I.4 Répartition de la Population par tranche d'âge et par sexe	36
I.5 Effectifs de la population résidente sédentaire et nomade selon le milieu de résidence, par préfecture	37
I.6 Répartition de la population résidente sédentaire et nomade par milieu de résidence, par préfecture	38
II.1 Problèmes de Santé - NC/1000 Hab/tranche d'âge - en % des nouveaux cas	47
II.2 Problèmes de Santé par tranche d'âge	50
II.3 Problèmes de Santé: Variations Saisonnières	50
II.4 Problèmes de Santé: catégories utilisées par les postes sentinelles: variation/tranche d'âge	51
II.5 Problèmes de santé: catégories utilisées par les postes sentinelles: variations saisonnières	51
II.6 Pourcentage de déshydratation parmi les cas de diarrhée	62
II.7 Résultats de l'enquête nationale sur le Ver de Guinée	65
II.8 Kwashiorkor et Malnutrition - Nombre et % par hôpital	79
II.9 Lèpre	83
II.10 Tuberculose	85
II.11 Cas de Sida 1993 par tranche d'âge et par sexe	98
II.12 Toux de détection MST - 1988/1993	101
II.13 Tétanos néonatal	102
II.14 Trypanosomiase	113
II.15 Mortalité maternelle - Hôpital Général de Référence National de N'Djaména	115

LISTE DES TABLEAUX (SUITE)

		PAGE
III.1	Liste des Districts Sanitaires	120
III.2	Districts et Zones de Responsabilité	123
III.3	Appui au fonctionnement des Districts Sanitaires	128
III.4	Couverture théorique en services de Santé de 1er échelon	131
III.5	Capacité hospitalière par préfecture	133
III.6	Répartition du personnel de santé par affiliation	138
III.7	Répartition du personnel santé (global) par préfecture	139
III.8	Répartition géographique des médecins	142
III.9	Répartition des médecins par spécialisation	145
III.10	Etudiants en formation à la F.A.C.S.S.	146
III.11	Etudiants en formation à l'E.N.A.S.S.	147
III.12	Evolution du budget et des dépenses en matière de santé	149
III.13	Evolution des dépenses de santé Etat/Aides Extérieures	149
III.14	Tableau récapitulatif des Aides Extérieures en 1993	152
IV.1	Soins curatifs, préventifs et accouchements assistés	165
IV.2	Soins curatifs, nouveaux cas par 1000 Habitants et par préfecture	167
IV.3	Gestion soins curatifs, variations par mois	169
IV.4	Gestion soins curatifs par préfecture	169
IV.5	Santé maternelle 1993	172
IV.6	Soins préventifs enfants	182

LISTE DES TABLEAUX (SUITE)

		PAGE
IV.7	Vaccinations par tranche d'âge	185
IV.8	Evolution de l'activité vaccinale 1992-1993	186
IV.9	Vaccinations enfants 1988 - 1993	187
IV.10	Vaccinations et maladies cibles - variations par mois	188
IV.11	Vaccinations par préfecture	189
IV.12	Couverture vaccinale nationale par préfecture	191
IV.13	Hospitalisation - taux d'occupation moyen - durée moyenne de séjour	195
IV.14	Hospitalisation - entrants - décédés	199
IV.15	Activités maternité Hôpital Général de Référence Nationale - N'Djaména	201

LISTE DES GRAPHIQUES

		PAGE
I.1	Superficie du Territoire et Population par Préfecture	39
I.2	Pyramide des Ages	40
I.3	Répartition de la population résidente totale selon le type	41
I.4	Rapport de masculinité par préfecture	41
II.1	Problèmes de Santé les plus fréquents (global/par tranche d'âge)	49
II.2	Hématuries - Variations Saisonnières	53
II.3	Conjonctivites - Variations Saisonnières	59
II.4	Diarrhées - Variations Saisonnières	61
II.5	Dysenterie - Variations Saisonnières	67
II.6	Fièvre isolée - Variations Saisonnières	69
II.7	Infections cutanées - Variations Saisonnières	73
II.8	Infections urinaires - Variations Saisonnières	75

LISTE DES GRAPHIQUES (suite)

		PAGE
II.9	Méningite - Variations Saisonnières	81
II.10	Toux de plus de 15 jours - Variations Saisonnières	85
II.11	Tuberculose	87
II.12	Otite Moyenne/Angine - Variations Saisonnières	91
II.13	Rougeole - Variations Saisonnières	93
II.14	SIDA	97
II.15	Tétanos néonatal - Variations Saisonnières	103
II.16	Tétanos autre/Tétanos et vaccination	105
II.17	Toux de moins de 15 jours - Variations saisonnières	107
II.18	Prévalence des goîtres par zone/sexe	111
III.1	Couverture théorique en services de santé de 1er échelon	131
III.2	Répartition géographique des médecins	143
IV.1	Nombre de nouveaux cas notifiés 88/93	167
IV.2	Taux d'achèvement VAT2/VAT1	175
IV.3	Taux d'achèvement DTC/Polio/DTCP	192
IV.4	Taux d'occupation moyen et durée moyenne de séjour/hôpitaux préfectoraux	195
IV.5	Utilisation des hôpitaux 1988 - 1993	197

LISTE DES CARTES

		PAGE
I.1.	Nombre d'habitants au km ² par sous-préfecture	42
II.1	Hématuries - variations géographiques	55
II.2	Bilharziose intestinale - variations géographiques	57
II.3	Conjonctivites - Variations géographiques	59
II.4	Diarrhées - Variations géographiques	63
II.5	Dracunculose - Variations géographiques	65
II.6	Dysenterie - Variations géographiques	67
II.7	Fièvres isolées - Variations géographiques	71
II.8	Infections urinaires-Variations géographiques	75
II.9	Méningite - Variations géographiques	81
II.10	Suspicion de lèpre - Variations géographiques	83
II.11	Onchocercose	89
II.12	Rougeole - Variation géographiques	95
II.13	Tétanos néonatal - Variation géographiques	103
II.14	Tétanos autre - Variations géographiques	105
II.15	T.D.C.I. - Variations géographiques	111
III.1	Carte des districts socio-sanitaires	121
III.2	Nombre de lits-places/100 000 habitants	133
IV.1	Taux d'utilisation brut par préfecture	168
IV.2	Taux d'utilisation ajusté par préfecture	168
IV.3	Consultation prénatale par préfecture	173
IV.4	Accouchement assistés par préfecture	176
IV.5	Consultations préventives enfants par Préfecture	183

LISTE DES ABREVIATIONS

1. PREFECTURES SANITAIRES

BAT : Préfecture sanitaire du Batha
 BIL : Préfecture sanitaire du Biltine
 BET : Préfecture sanitaire du Borkou-Ennedi-Tibesti
 CHB : Préfecture sanitaire du Chari-Baguirmi
 CHR : Préfecture sanitaire du Chari-Baguirmi Rural
 NDJ : Préfecture sanitaire de la Ville de N'Djamena
 GUE : Préfecture sanitaire du Guéra
 KAN : Préfecture sanitaire du Kanem
 LAC : Préfecture sanitaire du Lac
 LOC : Préfecture sanitaire du Logone Occidental
 LOR : Préfecture sanitaire du Logone Oriental
 MKB : Préfecture sanitaire du Mayo-Kebbi
 MCH : Préfecture sanitaire du Moyen-Chari
 OUA : Préfecture sanitaire du Ouaddaï
 SAL : Préfecture sanitaire du Salamat
 TAN : Préfecture sanitaire de la Tandjilé

2. DIVERS

- Advtis : Mission Adventiste
- AEDES : Association Européenne pour le Développement et la Santé
- A.C.T. : Association Chrétienne du Tchad
- BAL : Banque Africaine de Développement
- BCG : Bacille de Calmette et Guérin : Vaccination anti-tuberculeuse
- BEF : Bien-être familial
- BELACD : Bureau d'Etudes et de Liaison de l'Action Caritative et de Développement
- BID : Banque Islamique de Développement
- BM : Banque Mondiale
- BSPE : Bureau de Statistiques, Planification et Etudes (devenu DSIS avec le nouvel organigramme)
- CEE : Communauté Economique Européenne
- CICR : Comité International de la Croix Rouge
- CNNTA : Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire
- CNPS : Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
- CONF : Confessionnel

- Cot.Tch.: CotonTchad
- CPN : Consultation Périnatale
- CR : Croix Rouge du Tchad
- CREN : Centre de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle
- CRS : Croix-Rouge Suisse
- CSIS : Commission du Système d'Information Sanitaire
- CS : Centre de Santé
- CSS : Centre Socio-Sanitaire
- DMPSR : Direction de la Médecine Préventive et de la Santé Rurale (ancien organigramme)
- DSEED : Direction des Statistiques et des Etudes Economique et Démographiques (Ministère du Plan et de la Coopération)
- DSIS : Division du Système d'Information Sanitaire
- DTC : Vaccination anti-diptérique, anti-tétanique et anti-coquelucheuse
- EET : Eglise Evangélique au Tchad
- ENASS : Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux
- FAC : Fonds d'Aide et de Coopération
- FACSS : FACulté des Sciences de la Santé
- FB : Formation de Base
- FED : Fonds Européen de Développement.
- FNUAP : Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population
- HIID : Harvard Institute for International Development
- IEC : Information - Education - Communication
- INC : inconnu
- IND : indéterminé
- IRA : Infections Respiratoires Aiguës
- ITS : Institut Tropical Suisse

- LCR : liquide céphalo-rachidien
- MHSE : Message Hebdomadaire de Surveillance Epidémiologique
- Mid-BM : Mid Baptist Mission
- Min. D. : Ministère de la Défense
- MSP : Ministère de la Santé Publique
- Mis.EU : Mission Evangélique Unie
- MSF : Médecins Sans Frontières
- MST : Maladies Sexuellement Transmissibles
- NCHS : National Center for Health Statistics (Etats-Unis)
- ND : non disponible
- OCEAC : Organisation Commune de lutte contre les Endémies en Afrique Centrale
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PADS : Programme d'Action pour le Développement Social (N'Djaména)
- PCA : Paquet Complémentaire d'Activités
- PEV : Programme Elargi de Vaccination
- PMA : Paquet Minimum d'Activités
- PNL : Programme National Lèpre
- PNLCT : Programme National de Lutte Contre la Cécité au Tchad
- PNLMD : Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
- PNLs : Programme National de Lutte contre le SIDA
- PNT : Programme National Tuberculose
- PS : Poste Sentinelle
- SECADEV: Secours Catholique et Développement
- SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- SMI : Santé Maternelle et Infantile

- TDCI : Troubles dus à la Carence en Iode
- UNAD : Union Nationale des Associations Diocesaines de Secours et de Développement
- USAID : Agence pour le Développement International (Etats-Unis)
- WV : World Vision

3. ABREVIATIONS CONCERNANT LES DIPLOMES

- ASB : Assistant Social Breveté
- ASDE : Assistant Social Diplômé d'Etat
- AT : Agent Technique
- ATP : Agent Technique Principal
- CAI : Certificat d'Aptitude Infirmier
- CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle
- IB : Infirmier Breveté
- IDE : Infirmier Breveté d'Etat
- JEB : Jardinière d'Enfant Brevetée
- SFDE : Sage Femme Diplômée d'Etat
- TAB : Technicien d'Assainissement Breveté
- TADE : Technicien d'assainissement Diplômé d'Etat
- TSSP : Technicien Supérieur de Santé Publique

- **Diplômes/Certificats Militaires:**
- CS1 : Certificat de Spécialité n°1 (4-5 mois)
- CS2 : Certificat de Spécialité n°2 (9 mois)
- BT1 : Brevet Technique n°1 (équivalent IB)
- BT2 : Brevet Technique n°2 (équivalent IDE)
- BTS : Brevet Technique de Spécialité (équivalent TSSP)
- BTSS : Brevet Technique Supérieur de Spécialité (équivalent TSSP).

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'annuaire de statistiques sanitaires 1993 que nous vous livrons se présente globalement de la même manière que ceux des années passées.

La révision de notre système d'information sanitaire qui tire à sa fin permettra d'adapter celui-ci au nouveau système de santé basé sur le développement des districts sanitaires et la différenciation de fonctionnement et de complémentarité entre les centres de santé (1er échelon) et les hôpitaux (2e échelon).

L'axe principale de cette révision est surtout la production de l'information simple et utile pour l'action, la gestion du patient, des services et du système de santé d'une manière générale.

L'annuaire se présente en deux tomes: le tome A et le tome B.

Le tome A analyse les statistiques sanitaires au niveau national et régional. C'est en principe un instrument de décision et de planification pour le niveau central; il comporte 4 chapitres:

- Chapitre I : Démographie
- Chapitre II : Problèmes de santé
- Chapitre III : Ressources
- Chapitre IV : Activités sanitaires.

Pour le chapitre I qui traite de la démographie nous avons utilisé les données issues du premier recensement général de la population et de l'habitat qui s'est déroulé en avril 1993. C'est ce qui explique par rapport aux années passées les grandes variations des chiffres de population d'une préfecture à une autre, tantôt en hausse, tantôt en baisse.

Le chapitre II qui traite des problèmes de santé a gardé pratiquement la même forme, tant en commentaires qu'en graphiques et cartes. La comparaison avec la situation dans les années passées permet de suivre l'évolution des différents problèmes de santé.

Dans ce chapitre sont également présentés les données sur les problèmes de santé qui ne font pas l'objet d'une notification de routine et qui ont été fournies par les différents programmes nationaux et projets.

Le chapitre III consacré aux ressources est moins fourni que l'année dernière. Ceci est dû au fait que l'inventaire lancé par la Division du Système d'Information sanitaire en décembre 1993 a connu un grand retard dans sa récupération. Aussi toutes les informations attendues de ce chapitre feront l'objet de la publication d'un supplément qui complètera le tome A.

Le chapitre IV traite des activités prestées par les services sanitaires au cours de l'année 1993. (activités curatives et préventives).

Les détails sur les méthodes utilisées pour le recueil de toutes ces formations se trouvent en annexe A.

Le tome B est destiné à être utilisé au niveau régional; les informations y sont souvent détaillées par formation. Il paraît un volume par préfecture sanitaire.

Toutes les remarques et suggestions tendant à améliorer la qualité de notre annuaire seront les bienvenues à l'adresse suivante:

Division du Système d'Information Sanitaire
Ministère de la Santé Publique
B.P 440 - N'Djamena (TCHAD).

CHAPITRE I
DEMOGRAPHIE

I. INTRODUCTION

La situation démographique du Tchad tend à être mieux maîtrisée avec le premier recensement général de la Population et de l'habitat. Cette opération, la première du genre au Tchad, a permis de se faire une idée plus précise de l'effectif total de la population tchadienne.

Les connaissances sur la démographie du Tchad jusqu'à Avril 1994 provenaient essentiellement de l'enquête démographique réalisée en 1954 et du recensement électoral de 1989. C'est sur la base de ces deux opérations qu'ont été effectuées les diverses projections de la population utilisées jusqu'à présente.

Les projections prévoyaient pour l'année 1993 une population de 5.500.000 et 6.098.000 habitants selon les méthodes utilisées.

Les résultats provisoires du recensement font quant à eux état d'une population résidente de 6.288.261 personnes. C'est donc ce dernier chiffre qui sera utilisé pour les différents calculs d'indicateurs sanitaires.

Mais qu'entendons-nous par population résidente?

Dans un recensement il y a deux types de population à recenser: la population résidente ou population de droit et la population présente ou population de fait.

La population résidente d'un territoire est l'ensemble de toutes les personnes vivant habituellement sur ce territoire depuis six mois au moins, ou ayant l'intention d'y vivre durant une période de six mois au moins (indépendamment de tout critère de nationalité). La population résidente comprend les résidents présents (ceux qui ont passé la nuit qui précédait le passage de l'agent recenseur dans leur ménage) et les résidents absents (ceux qui ont passé la nuit de référence en dehors de leur ménage). La population présente d'un territoire est l'ensemble de toutes les personnes y ayant passé la nuit qui précédait le passage de l'agent recenseur (à l'exclusion des membres du corps diplomatique et consulaire), quelle que soit la durée de leur séjour dans ce territoire. Elle comprend les résidents présents et les visiteurs (les personnes ayant passé la nuit de référence dans un ménage dont elles ne sont pas membres).

Habituellement, seule la population résidente est retenue pour la planification (voir définition).

Ainsi donc la population du Tchad en 1993 est estimée provisoirement à 6.288.261 habitants.

II. METHODOLOGIE

Ne disposant pas d'informations détaillées sur les répartitions par tranche d'âge, la DSIS a réparti la population totale par tranches d'âge, avec les structures relatives issues de l'ancienne enquête démographique de 1964 sous l'hypothèse qu'elles sont identiques à celles de 1964. En appliquant ces structures relatives au total de 6.288.261, nous avons obtenu la répartition de la population par groupe d'âge quinquennal (Tableau I.4 page 36).

La population de 0 - 11 mois est obtenue en appliquant le taux de natalité de 42,32 pour mille, celle en âge de procréer est estimée à 23% de la population totale.

Ainsi donc le chapitre I concernant la démographie est enrichi par de nouveaux tableaux et graphiques.

Le tableau I.1 (page 33) donne la répartition de la population par Préfecture et par tranches d'âge couramment utilisées par les services de santé.

Le tableau I.2 (page 34) donne la densité, la population et la superficie du territoire par la Préfecture.

Le tableau I.3 (page 35) répartit la population par Préfecture et par sexe; ce tableau donne également la répartition de la population par chef-lieu de Préfecture ainsi que les rapports de masculinité.

Le tableau I.5 (page 37) donne les effectifs de la population résidente sédentaire et nomade selon le milieu de résidence, par Préfecture.

Le tableau I.6 (page 38) donne la répartition de la population résidente par milieu de résidence, par Préfecture.

Le graphique I.1 (page 39) nous donne la répartition (en %) de la superficie et de la population par Préfecture.

Le graphique I.2 (page 40) traduit l'image du tableau I.4. C'est la pyramide des âges, qui représente la population à un moment donné selon les critères d'âge et de sexe. Cette information est utile pour orienter les programmes spécifiques selon la population ciblée: population scolarisable, femmes en âge de procréer, population active, vieillards, ...

Le graphique I.3 (page 41) répartit la population résidente totale selon le milieu.

Le graphique I.4 (page 41) donne les rapports de masculinité par préfecture.

La carte I.1 (page 42) donne le nombre d'habitants par km², par Sous-Préfecture.

III. PRESENTATION DES PRINCIPAUX INDICATEURS

A la date de 8 Avril 1993 (date de référence du Recensement) l'effectif de la population totale recensée (y compris la population étrangère) est de 6.288.261 habitants dont 3.035.214 hommes et 3.252.347 femmes.

La ville de N'Djaména compte 529.555 habitants soit 8,4% de la population totale parmi lesquels 287.030 hommes et 244.525 femmes.

Le Chari-Baguirmi (y compris N'Djaména ville) vient en tête des préfectures avec une population de 1.252.161 habitants soit 19,9% de la population totale suivi du Mayo-Kebbi: 820.249 habitants, soit 13% et du Moyen-Chari: 744.741 habitants, soit 11,8%.

Le rapport de masculinité représente le nombre d'hommes pour cent femmes au sein d'une population. Pour l'ensemble du pays, ce rapport est de 93%; c'est-à-dire au Tchad il y a donc 93 hommes pour 100 femmes.

Cette surproportion des femmes se retrouve au sein de toutes les Préfectures (en particulier le Biltine avec un rapport de 79% et le Ouaddaï avec 80%), à l'exception du BET et du Chari-Baguirmi (avec N'Djaména) où l'on trouve respectivement 100,3 et 107 hommes pour 100 femmes.

Cette tendance a été toujours observée même dans les premières estimations; pour le Chari-Baguirmi, on peut penser à l'exode rural des jeunes à la recherche de l'emploi, en ce qui concerne le BET, il y a une concentration de militaires et de combattants.

Quant à l'urbanisation (voir graphique I.3), sur 6.288.261 habitants, 1.327.570 personnes vivent dans les centres urbains, soit une proportion de 21%.

Les Préfectures les plus urbanisées sont le Chari-Baguirmi (51% de population urbaine), le BET (31%), le Logone Occidental (27%), le Moyen-Chari (21%) et le Logone Oriental (20%).

Précisons que le milieu urbain se définit comme toute unité qui a une fonction administrative (chefs lieux de Préfecture, Sous-Préfecture et Poste Administratif). Le milieu rural se définit par rapport au milieu urbain tout territoire autre que les chefs-lieux de Préfectures, Sous-Préfecture et Postes-Administratifs.

Le nomadisme est un phénomène réel au Tchad, la population nomade recensée compte 359.069 personnes et représente 6% de la population totale. Près de 80% des nomades ont été dénombrés dans le Chari-Baguirmi (72.724 nomades), Batha (44.064), Guéra (42.810), Salamat (39.228), Moyen-Chari (24.905) et le Mayo-Kebbi (20.706).

PRINCIPAUX INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES

L'analyse détaillée des résultats du recensement n'étant pas encore réalisée pour avoir des nouveaux indicateurs, nous reprenons les anciens à titre indicatif et nous espérons qu'en 1994, nous aurons des indicateurs remis à jour plus exacts.

Nombre d'enfants de 0-23 mois	: 7,00%
Nombre des femmes en âge de procréer 15-45 ans	: 23,00%
Nombre d'enfants de 0-11 mois	: 4,23%
Taux brut de natalité	: 42,32 pour mille
Taux brut de mortalité	: 19,04 pour mille
Taux d'accroissement naturel	: 2,33%
Taux de fécondité générale	: 157 pour mille
Indice Synthétique de fécondité	: 5,17 enfants/femme
Taux de mortalité infantile	: 129 pour mille
Taux brut de reproduction	: 2,84 filles/femme
Taux net de reproduction	: 1,16 fille/femme
Rapport de masculinité	: 93,00%

TABLEAU I.1

TCHAD
POPULATION PAR PREFECTURE ET PAR TRANCHES D'AGE
AVRIL 1993

PREFECTURE	TRANCHES D'AGE			TOTAL	FEMMES EN AGE DE PROCREER
	0-11 Mois	1-4 Ans	5 Ans et +		
BATHA	12.191	35.341	240.542	288.074	56.257
BILTINE	7.919	22.955	156.241	187.115	43.037
BORKOU ENN.TIBESTI	2.988	8.661	58.954	70.603	16.239
CHARI-BAGUIRMI N'DJAMENA CHARI-B. RURAL	52.991 (22.411) (30.580)	153.616 (64.966) (88.650)	1.045.554 (442.178) (603.376)	1.252.161 (529.555) (722.606)	287.997 (121.798) (166.199)
GUERA	12.978	37.620	256.055	306.653	70.530
KANEM	11.884	34.449	234.471	280.804	64.585
LAC	10.505	30.452	207.269	248.226	57.092
LOGONE OCCIDENTAL	19.261	55.837	380.042	455.140	104.682
LOGONE ORIENTAL	18.635	54.021	367.686	440.342	101.279
MAYO-KEBBI	34.713	100.628	684.908	820.249	188.657
MOYEN-CHARI	31.517	91.365	621.859	744.741	171.290
OUADDAI	23.273	67.466	459.193	549.932	126.484
SALAMAT	7.871	22.816	155.294	185.981	42.775
TANDJILE	19.393	56.217	382.630	458.240	105.395
TOTAL	266.119	771.444	5.250.698	6.288.261	1.446.300

Source : Estimation DSIS à partir du recensement général de la population et de l'habitat d'avril 1993.
Enfants 0-11 mois estimés par taux de natalité : 42,32 pour mille.
Femmes en âge de procréer : 23 % de la population totale.

TABLEAU 1.2

TCHAD
DENSITE DE POPULATION ET SUPERFICIE DU TERRITOIRE
PAR PREFECTURE
AVRIL 1993

PREFECTURE	POPULATION	SUPERFICIE (km2)	% PAR RAPPORT SUPERFICIE TOTALE	DENSITE HAB/km2
BATHA	288.074	88.800	6,92	3,24
BILTINE	187.115	46.850	3,65	3,99
BORK. ENN. TIRESTI	70.603	600.350	46,76	0,12
CHARI-BAGUIRMI	1.252.161	82.910	6,46	15,10
GUERA	306.653	58.950	4,59	5,20
KANEM	280.804	114.520	8,92	2,45
LAC	248.226	22.320	1,74	11,12
LOGONE OCCIDENTAL	455.140	7.695	0,60	59,15
LOGONE ORIENTAL	440.342	28.035	2,18	15,71
MAYO-KEBBI	820.249	30.105	2,34	27,25
MOYEN-CHARI	744.741	45.180	3,51	16,48
OUADDAI	549.932	77.240	6,02	7,20
SALAMAT	185.981	63.000	4,91	2,95
TANJILE	458.240	18.045	1,41	25,39
TOTAL	6.288.261	1.284.000	100,00	4,90

SOURCES :- DSEED - MINISTERE DU PLAN (POUR LES SUPERFICIES).
- ESTIMATION DSIS A PARTIR DU RECENSEMENT GENERAL DE LA
POPULATION ET DE L'HABITAT D'AVRIL 1993.

TABLEAU I 3

REPARTITION DE LA POPULATION PAR PREFECTURE,
PAR CHEF-LIEU DE PREFECTURE ET LES RAPPORTS DE MASCULINITE

PREFECTURES	HOMMES	FEMMES	TOTAL	RAPPORT DE MASCULINITE
BATHA - ATI	132.591 (8.845)	155.483 (8.927)	288.074 (17.772)	85,0 %
BILTINE - BILTINE	82.660 (3.689)	104.455 (4.267)	187.115 (7.956)	79,0 %
BORKOU-ENNEDI-TIBESTI - FAYA LARGEAU	35.355 (4.379)	35.248 (4.579)	70.603 (8.958)	100,3 %
CHARI-BAGUIRMI - N'DJAMENA - RURAL	648.399 (287.030) (361.369)	603.762 (242.525) (361.237)	1.252.161 (529.555) (722.606)	107,0 %
GUERA - MONGO	140.899 (10.043)	165.754 (10.633)	306.653 (20.676)	85,0 %
KANEM - MAO	135.719 (6.403)	145.085 (6.907)	280.804 (13.310)	94,0 %
LAC - BOL	123.526 (4.171)	124.700 (3.643)	248.226 (7.814)	99,0 %
LOGONE OCCIDENTAL - MOUNDOU	219.486 (49.767)	235.654 (48.185)	455.140 (97.952)	53,0 %
LOGONE ORIENTAL - DOBA	214.790 (9.033)	225.552 (9.019)	440.342 (18.052)	95,0 %
MAYO-KEBBI - BONGOR	392.904 (10.049)	427.345 (10.308)	820.249 (20.357)	92,0 %
MOYEN-CHARI - SARH	362.267 (40.404)	382.474 (38.602)	744.741 (79.006)	95,0 %
OUADDAI - ABECHE	244.600 (27.061)	305.332 (28.767)	549.932 (55.828)	80,0 %
SALAMAT - AM-TIMAN	86.040 (9.576)	99.941 (10.736)	185.981 (20.312)	86,0 %
TANDJILE - LAI	216.678 (6.945)	241.562 (7.343)	458.240 (14.288)	90,0 %
TOTAL	3.035.914 (477.395)	3.252.347 (434.441)	6.288.261 (911.836)	93,0 %

SOURCE : Recensement général de la population et de l'habitat Avril 1993.

TABLEAU I 4

TCHAD
REPARTITION DE LA POPULATION PAR TRANCHES D'AGE ET PAR SEXE
AVRIL 1993

TRANCHES D'AGES	MASCULIN	FEMININ	TOTAL	% HOMMES	% FEMMES	% TOTAL
0 - 4 ans	513.601	523.962	1.037.563	08,2	08,3	16,5
5 - 9 ans	419.277	429.638	848.915	06,7	06,8	13,5
10 - 14 ans	362.683	360.467	723.150	05,8	05,7	11,5
15 - 19 ans	299.900	329.026	628.826	04,8	05,2	10,0
20 - 24 ans	274.647	291.297	565.944	04,4	04,6	09,0
25 - 29 ans	243.206	259.855	503.061	03,9	04,1	08,0
30 - 34 ans	211.765	228.413	440.178	03,4	03,6	07,0
35 - 39 ans	155.172	190.682	345.854	02,5	03,0	05,5
40 - 44 ans	155.170	159.243	314.413	02,4	02,6	05,0
45 - 49 ans	123.729	127.801	251.530	02,0	02,0	04,0
50 - 54 ans	92.288	96.360	188.648	01,4	01,6	03,0
55 - 59 ans	60.847	96.360	157.207	00,9	01,6	02,5
60 ans et +	123.729	159.243	282.972	01,9	02,6	04,5
TOTAL	3.035.914	3.252.347	6.288.261	48,3	51,7	100,0

SOURCE : Estimation DSIS à partir du recensement général de la population et de l'habitat d'Avril 1993.

TABLEAU I.5

EFFECTIFS DE LA POPULATION RESIDENTE SEDENTAIRE
ET NOMADE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE, PAR PREFECTURE

PREFECTURE	POPULATION RESIDENTE TOTALE	POPULATION RESIDENTE SEDENTAIRE			POPULATION RESIDENTE NOMADE
		TOTAL	URBAIN	RURAL	
TCHAD	6.288.261	5.929.192	1.327.570	4.601.622	359.069
BATHA	288.074	244.010	36.017	207.993	44.064
BILTINE	187.115	170.003	15.529	154.474	17.112
BORK. ENN. TIBESTI	70.603	59.479	18.269	41.210	11.124
CHARI-BAGUIRMI	1.252.161	1.179.437	604.879	574.558	72.724
GUERA	306.653	263.843	43.959	219.884	42.810
KANEM	280.804	269.846	30.742	239.104	10.958
LAC	248.226	237.461	11.955	225.506	10.765
LOGONE OCCIDENTAL	455.140	449.483	119.141	330.342	5.657
LOGONE ORIENTAL	440.342	430.020	45.593	384.427	10.322
MAYO-KEBBI	820.249	799.543	94.001	705.542	20.706
MOYEN-CHARI	744.741	719.836	149.916	569.920	24.905
OUADDAI	549.932	516.602	70.946	445.656	33.330
SALAMAT	185.981	146.753	29.284	117.469	39.228
TANDJILE	458.240	442.876	57.339	385.537	15.364

Source: Recensement général de la population et de l'habitat Avril 1993.

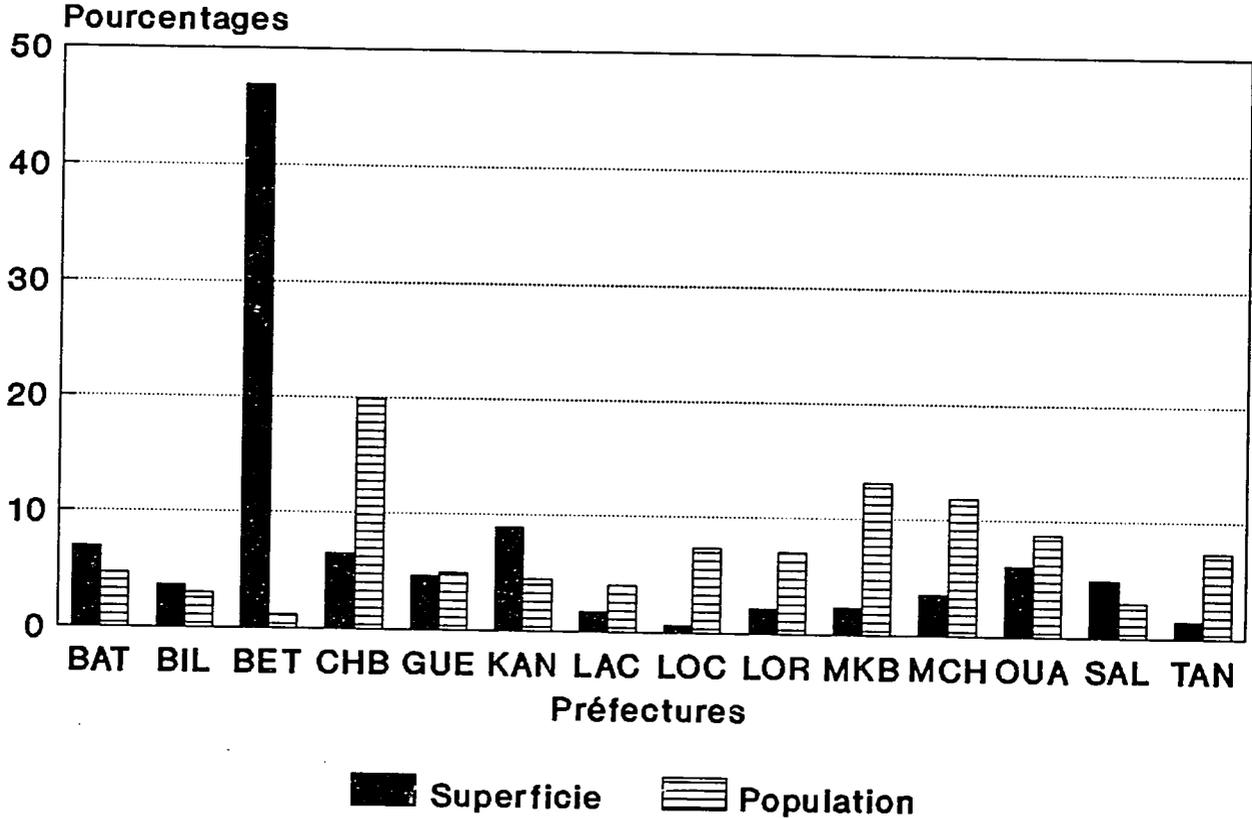
TABLEAU I.6

REPARTITION DE LA POPULATION RESIDENTE SEDENTAIRE
PAR MILIEU DE RESIDENCE, PAR PREFECTURE

PREFECTURE	POPULATION RESIDENTE SEDENTAIRE TOTALE	POPULATION RESIDENTE SEDENTAIRE URBAINE		POPULATION RESIDENTE SEDENTAIRE RURALE	
		EFFECTIF	POURCENTAGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
BATHA	244.010	36.017	15%	207.993	85%
BILTINE	170.003	15.529	9%	154.474	91%
BORKOU ENN.TIBESTI	59.479	18.269	31%	41.210	69%
CHARI-B.+ NDJAMENA	1.179.437	604.879	51%	574.558	49%
GUERA	263.843	43.959	17%	219.884	83%
KANEM	269.846	30.742	11%	239.104	89%
LAC	237.461	11.955	5%	225.506	95%
LOGONE OCCIDENTAL	449.483	119.141	27%	330.342	73%
LOGONE ORIENTAL	430.020	45.593	11%	384.427	89%
MAYO-KEBBI	799.543	94.001	12%	705.542	88%
MOYEN-CHARI	719.836	149.914	21%	569.920	79%
OUADDAI	516.602	70.946	14%	445.656	86%
SALAMAT	146.753	29.284	20%	117.469	80%
TANDJILE	442.876	57.339	13%	385.537	87%
TOTAL	5.929.192	1.327.570	22%	4.601.622	78%

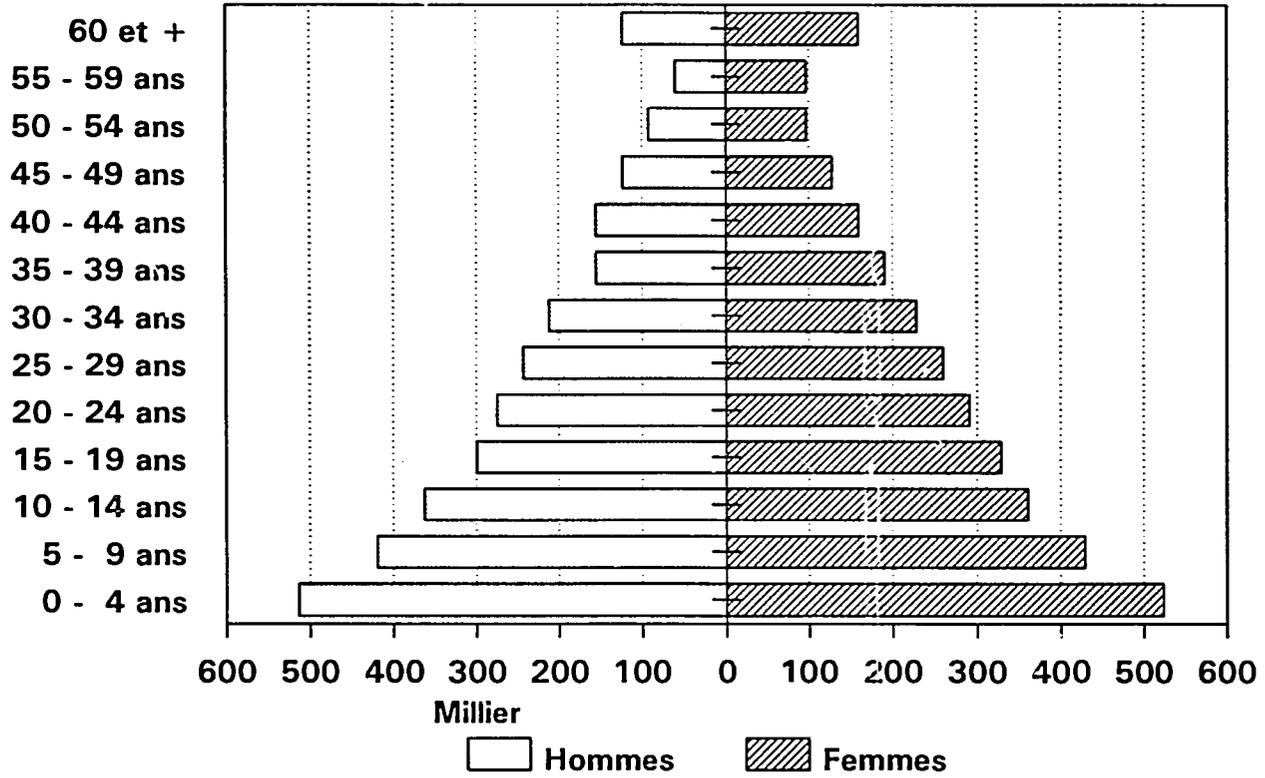
Source: Recensement général de la population et de l'habitat Avril 1993.

Graphique I.1 SUPERFICIE DU TERRITOIRE
ET POPULATION PAR PREFECTURE



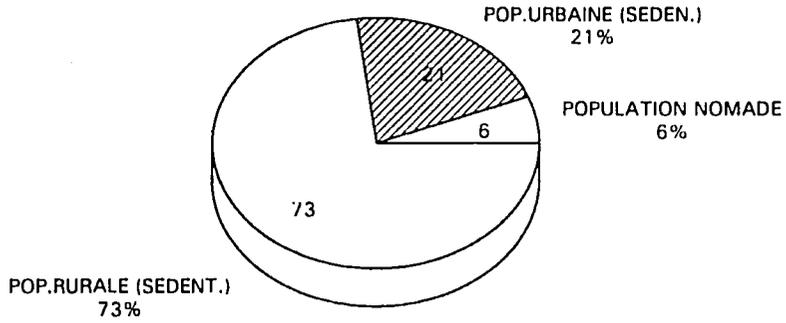
35

GRAPHIQUE I.2
PYRAMIDE DES AGES

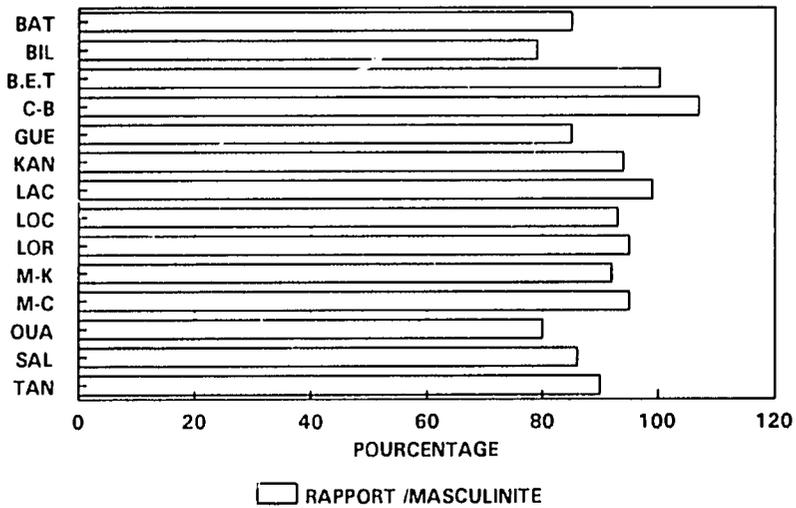


36

GRAPHIQUE I.3
REPARTITION DE LA POPULATION RESIDENTE
TOTALE SELON LE TYPE



GRAPHIQUE I.4
RAPPORT DE MASCULINITE PAR PREFECTURE



CHAPITRE II

PROBLEMES DE SANTE

La révision du Système d'Information Sanitaire amorcée depuis 1992 tire à sa fin. Pour satisfaire les besoins de certains programmes nationaux certains problèmes de santé feront leur apparition. D'autres pathologies, qui ne présentent guère d'intérêt (un suivi de cinq ans nous a apporté une connaissance suffisante de certains phénomènes) vont être éliminés dans le souci constant de ne pas surcharger les personnels de santé du 1er échelon.

Une différence nette sera faite entre les informations à fournir par les structures de 1er échelon (Centre de Santé) et celles du 2 échelon (hôpitaux).

Nous avertissons le lecteur que les données qu'il trouvera dans cet annuaire doivent être prises avec certaines réserves. Les chiffres publiés sont plutôt des taux de détection et ne sauraient être le reflet de la situation sanitaire ou épidémiologique qui prévaut dans telle ou telle localité.

Par ailleurs pour la 1ère fois, un recensement général de la population a été fait en avril 1993. Ce recensement a fait ressortir des chiffres qui n'ont rien à voir avec ceux que nous avons publiés les années précédentes. C'est ainsi que certaines préfectures ont vu leur population diminuer et d'autres augmenter. Aussi il faudra beaucoup de prudence pour comparer les ratios de 1993 avec ceux de 1992.

Enfin les perturbations sociales répétées qui ont ébranlé le pays pendant de longs mois, entraînant pour certaines Préfectures l'arrêt total des activités dans les formations sanitaires doivent être prises en compte afin d'éviter des conclusions hâtives.

2.2 PROBLEMES DE SANTE NOTIFIES EN CONSULTATION EXTERNE

2.2.1 STRUCTURE DE LA MORBIDITE OBSERVEE

Comme nous l'avons fait ressortir l'année passée, les problèmes de santé les plus fréquemment notifiés restent les mêmes. La fièvre, la toux de moins de 15 jours, les douleurs musculaires et articulaires/céphalées dont les trois motifs de consultation les plus fréquents, tous âges confondus. Avec la diarrhée et les traumatismes, ces cinq problèmes de santé représentent près de 50% des motifs de consultation.

Le tableau II.1 page 47 montre que la demande de soins à la consultation curative est restée la même.

Chez les enfants de 0 à 11 mois, la plainte dominante est constituée par la toux de moins de 15 jours, suivie de la diarrhée et de la fièvre.

Chez les enfants de 1 à 4 ans, la toux de moins de 15 jours et la fièvre prennent le pas sur les autres problèmes de santé.

Chez les 5 ans et plus, ce sont les douleurs musculaires et articulaires/céphalées qui viennent en tête, suivies de la fièvre et de la toux de moins de 15 jours.

TABLEAU II 1
PROBLEMES DE SANTE
NOUVEAUX CAS PAR 1.000 HABITANTS ET PAR TRANCHE D'AGE
(10 PREMIERS PROBLEMES)

	0 - 11 Mois	1 - 4 Ans	5 ans et +	Tous âges confondus
1 Fièvre	142	93	23	37
2 Toux < 15 jours	221	93	19	36
3 Douleurs musculaires et Articulaires/Céphalées	10	14	31	28
4 Diarrhée	164	71	8	23
5 Traumatisme	28	25	17	19
6 Infection de la peau	62	35	12	17
7 Conjonctivite	62	25	8	13
8 Otite moyenne/angine	45	26	8	12
9 Dysenterie	23	26	7	10
10 Infection urinaire	5	4	10	9

PROBLEMES DE SANTE LES PLUS FREQUENTS, EN % DES NOUVEAUX CAS

PROBLEMES DE SANTE	ANNEE	1989	1990	1991	1992	1993
1 Fièvre		11,6	11,9	12,6	12,1	12,9
2 Toux <15 jours		10,3	10,6	10,9	11,5	12,6
3 Douleurs musculaires et articulaires/céphalées		9,5	9,5	9,3	10,1	9,7
4 Diarrhée		7,8	8,0	8,1	7,9	7,9
5 Traumatisme		9,0	7,8	7,4	7,1	6,5
6 Infection de la peau		5,7	6,2	6,4	6,0	5,8
7 Conjonctivite		4,4	5,0	4,5	4,4	4,4
8 Otite moyenne/angine		3,8	3,9	3,6	3,9	4,0
9 Dysenterie		3,9	3,8	3,6	3,3	3,6
10 Infection urinaire		3,2	3,1	2,9	3,0	3,3

SOURCE: RAPPORTS MENSUELS D'ACTIVITES 1993

REPARTITION PAR AGE

On se référera au graphique II.1 page 49 extrait des tableaux II.2 et II.4, pages 50 et 51.

- * Chez les enfants de 0 à 11 mois, la toux de moins de 15 jours (24,4 % des nouveaux cas), la diarrhée (18 % des nouveaux cas) et la fièvre isolée (16,7 % des nouveaux cas) représentent près de 60 % des motifs de consultations.

Avec les infections cutanées (6,9 % des nouveaux cas) et les conjonctivites (6,8 % des nouveaux cas), ces cinq pathologies représentent les trois-quarts des consultations pour cette tranche d'âge.

- * Chez les enfants de 1 à 4 ans la toux de moins de 15 jours vient en tête suivie de la fièvre isolée avec 18,4 % des nouveaux cas. Vient ensuite la diarrhée (14,1 % des nouveaux cas). Ces trois problèmes de santé constituent un peu plus de la moitié (50,9 %) des motifs de consultation.

Les autres problèmes de santé fréquents sont les infections de la peau, la dysenterie, les otites moyennes/angines, la conjonctivite et les traumatismes; ces huit motifs de consultation constituent plus des trois-quarts (78,3 %) des nouveaux cas à la consultation curative dans cette tranche d'âge.

- * Chez les patients de 5 ans et plus, les deux problèmes dominants sont les douleurs musculaires et articulaires/céphalées et la fièvre avec respectivement 13,8 % et 10,3 % des nouveaux cas. Viennent ensuite la toux de moins de 15 jours (18,3 %) et les traumatismes (7,8 %); ces 4 problèmes de santé représentent 40 % des motifs de consultation.

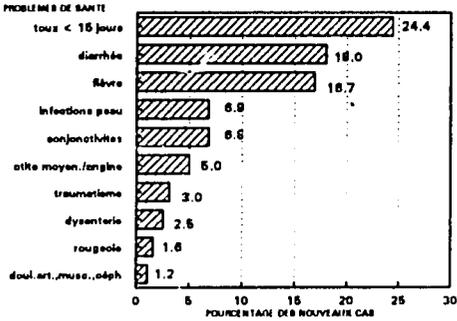
On remarquera que, comme dans les années passées, la toux de moins de 15 jours et la diarrhée sont les deux pathologies qui prédominent chez les enfants de moins de 5 ans.

Le deuxième constat, c'est que la fièvre isolée est présente dans les premiers motifs de consultation pour les trois tranches d'âge.

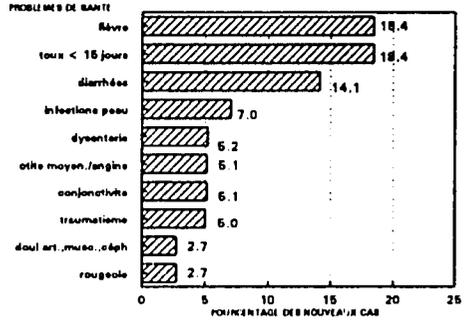
Graphique II.1

PROBLEMES DE SANTE LES PLUS FREQUENTS

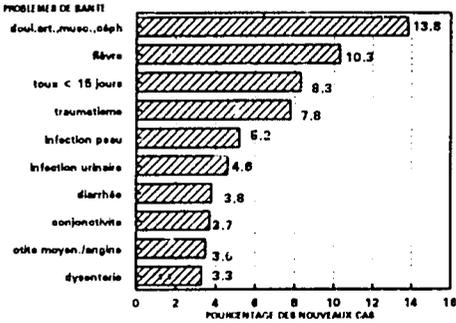
**PROBLEMES DE SANTE LES PLUS FREQUENTS
ENFANTS DE 0 A 11 MOIS**



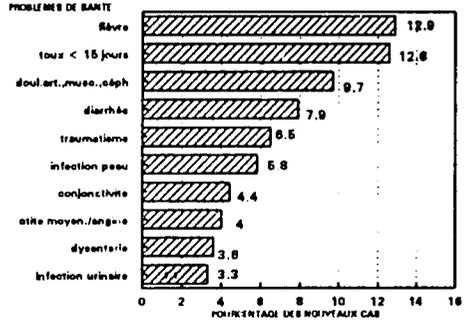
**PROBLEMES DE SANTE LES PLUS FREQUENTS
ENFANTS DE 1 A 4 ANS**



**PROBLEMES DE SANTE LES PLUS FREQUENTS
PATIENTS DE 5 ANS ET PLUS**



**PROBLEMES DE SANTE LES PLUS FREQUENTS
ANNEE 1993**



BEST AVAILABLE COPY

TABLEAU II 2
PROBLEMES DE SANTE PAR TRANCHE D'AGE
CATEGORIES UTILISEES PAR LES FORMATIONS DE BASE
NOMBRE DE NOUVEAUX CAS ET POURCENTAGE PAR CATEGORIE D'AGE
ANNEE 1993
NIVEAU NATIONAL
FORMATIONS DE BASE ET POSTES SENTINELLES
NOMBRE DE RAPPORTS ANALYSES = 4135

PROBLEMES DE SANTE	0 - 11 mois		1 - 4 ans		5 ans et plus		Inconnu		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Rougeole	3993	1.6	10522	2.7	6439	0.5	33	1.0	20984	1.2
DONT Rougeole Vaccinée	161	--	647	--	318	--	2	--	1128	--
Méningite	----	--	----	--	2201	0.2	----	--	2201	0.1
Tétanos Néonatal (0-15 jours)	611	0.3	----	--	----	--	----	--	610	0.0
Tétanos Autre	86	0.0	113	0.0	264	0.0	0	0.0	463	0.0
Diarrhée	43681	18.0	35170	14.1	45258	3.8	198	5.9	144248	7.9
Dysentérie	6100	2.5	20200	5.2	39135	3.3	98	2.9	65518	3.6
Toux de 15 jours et plus	1978	0.8	2957	0.8	12697	1.1	59	1.8	17691	1.0
Toux moins de 15 jours	58963	24.4	71734	18.4	98462	8.3	270	8.0	229449	12.6
Otite moyenne/Angine	12126	5.0	19889	5.1	41660	3.5	74	2.2	73749	4.0
Conjonctivite	16453	6.8	19730	5.1	44481	3.7	81	2.4	80745	4.4
Hématurie	259	0.1	1818	0.5	15866	1.3	103	3.1	18046	1.0
Urétrite Purulente (hommes)	----	--	----	--	16496	1.4	----	--	16496	0.9
Ulcération Génitale	422	0.2	1137	0.3	10113	0.9	58	1.7	11730	0.6
Infection Urinaire	1443	0.6	3200	0.8	54550	4.6	170	5.1	59263	3.3
DONT inf. uri. et Grossesse	----	--	----	--	9526	--	----	--	9524	--
Suspicion de Lèpre	15	0.0	51	0.0	712	0.1	3	0.1	781	0.0
Infection de la Peau	16613	6.9	27345	7.0	61657	5.2	123	3.7	105686	5.8
Traumatisme	7385	3.0	19366	5.0	92364	7.8	121	3.6	119236	6.5
Intoxication	276	0.1	1166	0.3	6439	0.5	7	0.2	7888	0.4
Complications de Post-Partum	----	--	----	--	5757	0.5	----	--	5757	0.3
Fièvre	40532	16.7	71650	18.4	122260	10.3	427	12.7	234869	12.9
Douleurs Musc. et Art./Céphalées	2787	1.2	10645	2.7	163526	13.8	383	11.4	177341	9.7
Kwashiorkor Sans Autres Problèmes	362	0.1	905	0.2	391	0.0	0	0.0	1658	0.1
Autres Problèmes	28053	11.6	52522	13.5	346540	29.2	1158	34.4	428264	23.5
Total Nouveaux Cas	242138	100.0	390120	100.0	1187168	100.0	3366	100.0	1822673	100.0
Kwashiorkor Avec d'Autres Prob.	393	--	760	--	155	--	1	--	1309	--

Source: Rapports Mensuels d'Activités MSPAS/DSIS.

TABLEAU II 3
PROBLEMES DE SANTE
VARIATIONS SAISONNIERES
CATEGORIES UTILISEES PAR LES FORMATIONS DE BASE
ANNEE 1993
NIVEAU NATIONAL
FORMATIONS DE BASE ET POSTES SENTINELLES

MOIS	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total	% Nouveaux Cas
Nombre de Rapports Analysés->	346	343	344	345	350	342	342	347	346	356	344	330	4135	
Rougeole	1578	1814	3372	3947	3382	2584	1621	887	858	418	193	330	20984	1.2
DONT Rougeole Vaccinée	75	86	237	170	139	138	103	58	58	27	11	26	1128	--
Méningite	457	662	573	260	57	37	26	18	18	25	29	39	2201	0.1
Tétanos Néonatal	32	35	51	48	49	68	69	73	71	53	49	32	610	0.0
Tétanos Autre	29	28	101	44	37	22	33	34	34	25	24	52	463	0.0
Diarrhée	12455	10159	13155	14111	15609	13853	11040	11111	9712	10726	11554	10765	144248	7.9
Dysentérie	4963	4454	5540	6071	6304	6063	5529	5337	4445	5426	5584	5802	65518	3.6
Toux de 15 jours et plus	1599	1677	1598	1645	1523	1129	1265	1476	1325	1535	1600	1319	17691	1.0
Toux moins de 15 jours	25442	21648	20102	16559	14847	15104	14560	17645	19650	21494	22433	18965	229449	12.6
Otite moyenne/Angine	6048	5503	6627	7110	5539	6255	5691	6807	6254	6734	6425	4756	73749	4.0
Conjonctivite	7465	7947	8280	8138	6896	6457	5710	5648	5935	6362	6380	5527	80745	4.4
Hématurie	1527	1418	1447	1957	1767	1456	1321	1318	1233	1492	1714	1396	18046	1.0
Urétrite Purulente	1451	1351	1386	1544	1597	1349	1401	1237	1206	1396	1560	1216	16496	0.9
Ulcération Génitale	944	924	937	1094	925	1123	1010	1062	954	823	1025	909	11730	0.6
Infection Urinaire	4279	3822	4875	5465	5339	4936	4986	5184	4845	5431	5416	4685	59263	3.3
DONT inf. Urin. + Grossesse	628	527	821	835	746	820	895	908	760	891	887	806	9524	--
Suspicion de Lèpre	60	58	50	59	79	51	57	55	49	74	68	111	781	0.0
Infection de la Peau	7670	7122	7360	7763	8370	9334	9888	11680	10942	9901	8875	6781	105686	5.8
Traumatisme	9957	8753	9369	10388	10789	10451	10095	10114	9284	10008	10474	9554	119236	6.5
Intoxication	410	364	557	699	823	731	777	813	778	839	660	437	7888	0.4
Complication Post-Partum	399	420	456	455	490	475	424	501	492	559	570	516	5757	0.3
Fièvre	16625	13332	13549	12324	11575	14374	19713	30591	30172	34573	23543	14498	234869	12.9
Douleurs Musculaires/Céphalées	14025	13219	13283	15243	14302	14499	15164	16553	15319	16675	15962	13097	177341	9.7
Kwashiorkor Sans Autres Prob.	61	101	91	205	244	173	219	121	98	137	108	100	1658	0.1
Autres Problèmes	35706	32229	34654	37121	35658	34652	37173	40143	34432	37222	38911	30363	428264	23.5
Total Nouveaux Cas	154182	137042	147393	152260	146001	145176	147772	168408	158106	171926	163157	131250	1822673	100.0
Kwashiorkor avec d'Autres Prob	93	59	88	58	154	146	112	131	126	119	147	76	1309	--

Source: Rapports Mensuels d'Activités MSPAS/DSIS.

TABLEAU II 4
PROBLEMES DE SANTE
CATEGORIES ET SOUS-CATEGORIES SPECIFIQUES AUX POSTES SENTINELLES
ANNEE 1993
NIVEAU NATIONAL
NOMBRE DE RAPPORTS ANALYSES = 316

Problèmes de Santé	Nombre de Nouveaux Cas					Pourcentage Sous-Catégorie/Catégorie				
	0-11 mois	1-4 ans	5 ans et plus	Inconnu	Total	0-11 mois	1-4 ans	5 ans et plus	Inconnu	Total
Méningite	----	----	394	----	394					
DONT Méningite à Méningocoques	----	----	178	----	178	--	--	45.2	--	45.2
Diarrhée	9324	11550	6538	26	27438					
DONT Déshydratation	1571	1778	201	1	3551	16.8	15.4	3.1	3.8	12.9
Dysentérie	1015	2984	5427	5	9431					
DONT Dysen. Amibienne Confirmée	114	423	1287	0	1824	11.2	14.2	23.7	0.0	19.3
Bilharziose Intestinale	0	41	355	2	398					
Hépatite Virale	8	54	326	1	389					
Toux de 15 jours et plus	371	562	3161	4	4098					
DONT Tuberculose Pulmonaire	3	4	498	0	505	0.8	0.7	15.8	0.0	12.3
Toux moins de 15 jours	10374	12612	14097	21	37104					
DONT Infection Bactérienne des Voies Respiratoires	2473	3091	3868	3	9435	23.8	24.5	27.4	14.3	25.4
Conjonctivite	2300	2844	8365	4	13513					
DONT Trachome	0	8	168	0	176	0.0	0.3	2.0	0.0	1.3
Cataracte Simple	0	0	407	0	406					
Cataracte Bilatérale	1	10	848	0	859					
Hématurie	35	200	1741	2	1978					
DONT Bilharziose Urinaire	11	99	546	1	657	31.4	49.5	31.4	50.0	33.2
Urétrite Purulente (hommes)	---	---	2702	---	2702					
DONT Gonorrhée	---	---	777	---	777	--	--	28.8	--	28.8
Infection de la Peau	3021	4719	10234	8	17979					
DONT Charbon (forme cutanée)	9	11	23	0	43	0.3	0.2	0.2	0.0	0.2
DONT Vers de Guinée	1	2	1	1	5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hypertension Essentielle	---	---	752	---	752					
Hypertension Et Grossesse	---	---	74	---	74					
Malnutrition Sans Autres Problèmes	181	472	---	2	655					
Malnutrition Avec Autres Problèmes	191	437	---	2	630					

Source: Rapports Mensuels d'Activités MSP/DSIS.

TABLEAU II 5
PROBLEMES DE SANTE
CATEGORIES UTILISEES PAR LES POSTES SENTINELLES
ANNEE 1993
NIVEAU NATIONAL

Mois NOMBRE DE RAPPORTS ANALYSES ==	Jan 28	Feb 28	Mar 27	Avr 26	Mai 29	Jun 28	Jul 27	Aou 26	Sep 23	Oct 26	Nov 26	Dec 22	Total 316	% Nouv. Cas
Rougeole	434	354	970	680	805	519	253	78	46	34	22	45	4240	1.3
DONT Rougeole Vaccinée	20	11	121	23	44	34	5	3	2	4	0	0	267	--
DONT Méningite à Méningocoques	55	136	97	58	12	8	3	4	2	8	4	7	394	0.1
Tétanos Néonatal	5	3	0	6	7	10	1	1	1	2	0	0	178	--
Tétanos Autre	3	5	3	6	3	7	2	9	1	3	4	4	72	0.0
Diarrhée	2781	1810	2751	3271	3610	2915	2083	1915	1478	1707	2090	1027	27438	8.3
DONT Déshydratation	79	50	88	1189	335	846	135	223	297	152	121	43	3558	--
Dysentérie	804	589	679	951	1006	1277	995	821	509	781	434	931	9431	2.8
DONT Dysentérie Amibienne Confirmée	179	113	173	224	107	196	229	234	74	156	114	51	1850	--
Bilharziose Intestinale	63	25	36	16	15	50	32	51	28	20	49	6	399	0.1
Hépatite Virale	25	31	22	25	29	17	47	53	56	27	44	17	393	0.1
Toux de 15 jours et plus	27	34	37	47	31	43	34	40	62	76	53	24	508	--
DONT Tuberculose Pulmonaire	1069	352	334	306	361	281	429	500	286	309	325	183	4098	1.2
Toux moins de 15 jour	5533	3850	4100	2280	2972	2928	2486	2516	2635	2683	3290	1631	37104	11.2
DONT Infection Bact. Voies Respir.	1159	731	1552	620	737	479	694	650	888	627	828	470	9435	--
Otite moyenne/Angine	1709	1250	1598	1910	1085	1476	1372	1573	939	1074	1038	559	15440	4.1
Conjonctivite	1457	1465	1469	1466	1525	1326	1106	1074	-13	856	1033	531	13513	4.1
DONT Trachome	12	10	23	25	25	11	16	18	4	5	27	3	179	--
Cataracte Simple	31	35	42	50	29	50	35	40	20	39	23	25	419	0.1
Cataracte Bilatérale	71	105	98	103	41	76	65	65	40	68	71	76	879	0.3
Hématurie	224	129	171	201	289	206	191	126	75	107	184	75	1978	0.6
DONT Bilharziose Urinaire	72	41	64	63	135	100	78	21	32	19	22	12	659	--
Urétrite Purulente (hommes)	286	205	224	199	287	208	286	191	146	198	297	175	2702	0.8
DONT Gonorrhée	86	65	63	75	87	68	83	77	56	48	30	39	777	--
Ulcération Génitale	1077	132	166	119	126	170	155	139	48	51	90	80	1434	0.4
Infection Urinaire	1669	843	1030	969	1173	1168	1116	882	582	850	1001	526	11209	3.4
DONT infect Urinaire et Grossesse	74	38	124	100	99	152	189	125	68	78	94	21	1182	--
Suspicion de Lèpre	10	3	2	8	13	9	9	3	2	2	3	1	65	0.0
Infection de la Peau	1447	1516	1442	1595	1756	1548	1755	1944	1154	1637	1496	691	17979	5.4
DONT Charbon (forme Cutanée)	1	1	2	3	1	1	0	58	0	1	0	4	72	--
DONT Vers de Guinée	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	5	--
Traumatisme	1519	1107	1381	1491	1440	1445	1573	1219	872	1086	1104	851	15088	4.6
Intoxication	120	92	111	192	244	152	190	203	204	173	133	55	1869	0.6
Hypertension Essentielle	69	86	67	112	54	9	77	63	25	34	65	55	752	0.2
Hypertension et Grossesse	12	22	2	6	2	2	5	2	2	9	2	7	74	0.0
Complication Post-Partum	51	40	58	37	28	45	38	68	43	37	47	43	535	0.2
Fièvre	4836	3412	3051	2423	2555	2559	3817	5316	5030	5689	3949	1549	44186	13.3
Douleurs Musculaires/Art./Céphalées	2453	2216	1909	2808	2398	2259	2292	1742	1145	1686	1350	923	23201	7.0
Kwashiorkor AVEC d'Autres Problèmes	17	8	22	122	130	48	41	18	8	15	11	6	446	0.1
Autres Problèmes	51	39	62	55	89	78	54	43	55	50	37	47	660	0.2
Malnutrition SANS d'Autre Problèmes	8750	7558	8568	8449	8671	8007	10128	9813	6051	6528	7862	4646	95031	28.7
TOTAL NOUVEAUX CAS ==	34496	27418	30445	29914	30385	28896	30647	30438	22003	25750	26414	14274	331078	100.0
Kwashiorkor AVEC d'Autres Problèmes	11	9	14	17	61	57	13	13	5	10	7	3	220	--
Malnutrition AVEC d'Autres Problèmes	42	39	24	26	190	41	111	43	16	49	46	19	646	--

Source: Rapports Mensuels d'Activités MSP/DSIS.

2.2.2. CARACTERISTIQUES DES PROBLEMES DE SANTE NOTIFIES

1. HEMATURIES - BILHARZIOSE URINAIRE/INTESTINALE

1.1. HEMATURIES - BILHARZIOSE URINAIRE

Classées sous le numéro de catégorie 112 (DSIS), les hématuries constituent un problème de santé aux causes diverses. L'origine principale de cette affection est probablement la bilharziose urinaire qui frappe un nombre important de jeunes des zones inondées du pays.

Au niveau national, les hématuries représentent 18.046 cas soit 0,96 % des nouveaux cas des problèmes de santé recensés au cours de l'année 1993. L'analyse des données par préfecture montre que les préfectures les plus touchées sont: le Mayo-Kebbi avec 5.476 NC, soit 1,8 % des nouveaux cas des problèmes de santé de la préfecture, le Ouaddaï avec 1.968 NC soit 2% de nouveaux cas des problèmes de santé de la préfecture, NDjamena avec 1.950 NC soit 0,8 % des nouveaux cas des problèmes de santé de la ville, le Chari-Baguirmi Rural avec 1.839 NC soit 1,2% des nouveaux cas des problèmes de santé de la préfecture. Le Batha avec 1.245 NC soit 1,4 % des nouveaux cas des problèmes de santé de la préfecture.

Les préfectures à faible taux par rapport au total des nouveaux cas des problèmes de santé de la préfecture sont représentées par le BET (353 NC), le Biltine (243 NC), le Salamat (232 NC) et le Logone Oriental (337 NC). Toutefois cette analyse est grossière étant donné le nombre de rapports analysés et le nombre de nouveaux cas vus dans l'année qui varient sensiblement d'une préfecture à une autre.

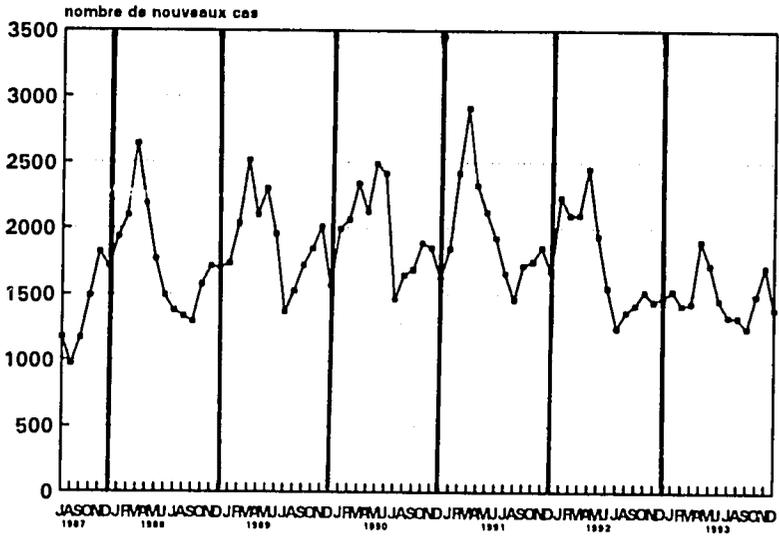
Le graphique II.2 page 53 situe l'évolution des hématuries dans le temps depuis la mise en place du nouveau système d'information sanitaire (période 1987-1993). L'allure générale de la courbe donne des pics plus importants aux mois de mars. Les mois d'avril et mai connaissent, certaines années, des pics plus ou moins élevés.

Les périodes de détection minimale sont observées de juin à septembre; on assiste ensuite à une remontée de la notification jusqu'au milieu de la saison sèche suivante.

La répartition des cas d'hématurie par tranche d'âge au niveau national est de 1,43 % pour les enfants de 0 à 11 mois, de 10,07 % pour ceux de 1 à 4 ans et de 87,91 % pour les sujets de 5 ans et plus. On voit ici que la tranche d'âge sévèrement touchée est celle de 5 ans et plus (tableau II.2 page 50).

La carte II.1 page 53 indique que certaines préfectures présentent un taux élevé pour 100.000 habitants. Ainsi le Mayo-Kebbi présente 668 NC/100.000 habitants, le BET 504 NC/100.000 habitants, le Batha 429 NC/100.000 habitants. Le taux le plus faible de toutes les préfectures est de 127 NC/100.000 habitants dans le Biltine. Le taux élevé d'hématuries dans le Mayo-Kebbi, où le projet du Ministère de la Santé Publique/Médecins Sans Frontières Belgique étudie les possibilités de prise en charge des malades bilharziens, confirme l'importance de la schistosomiase urinaire constatée chaque année dans la région.

GRAPHIQUE II.2 HEMATURIES Jul.87/Déc.93



source: rapports mensuels DSIS

BILHARZIOSE URINAIRE

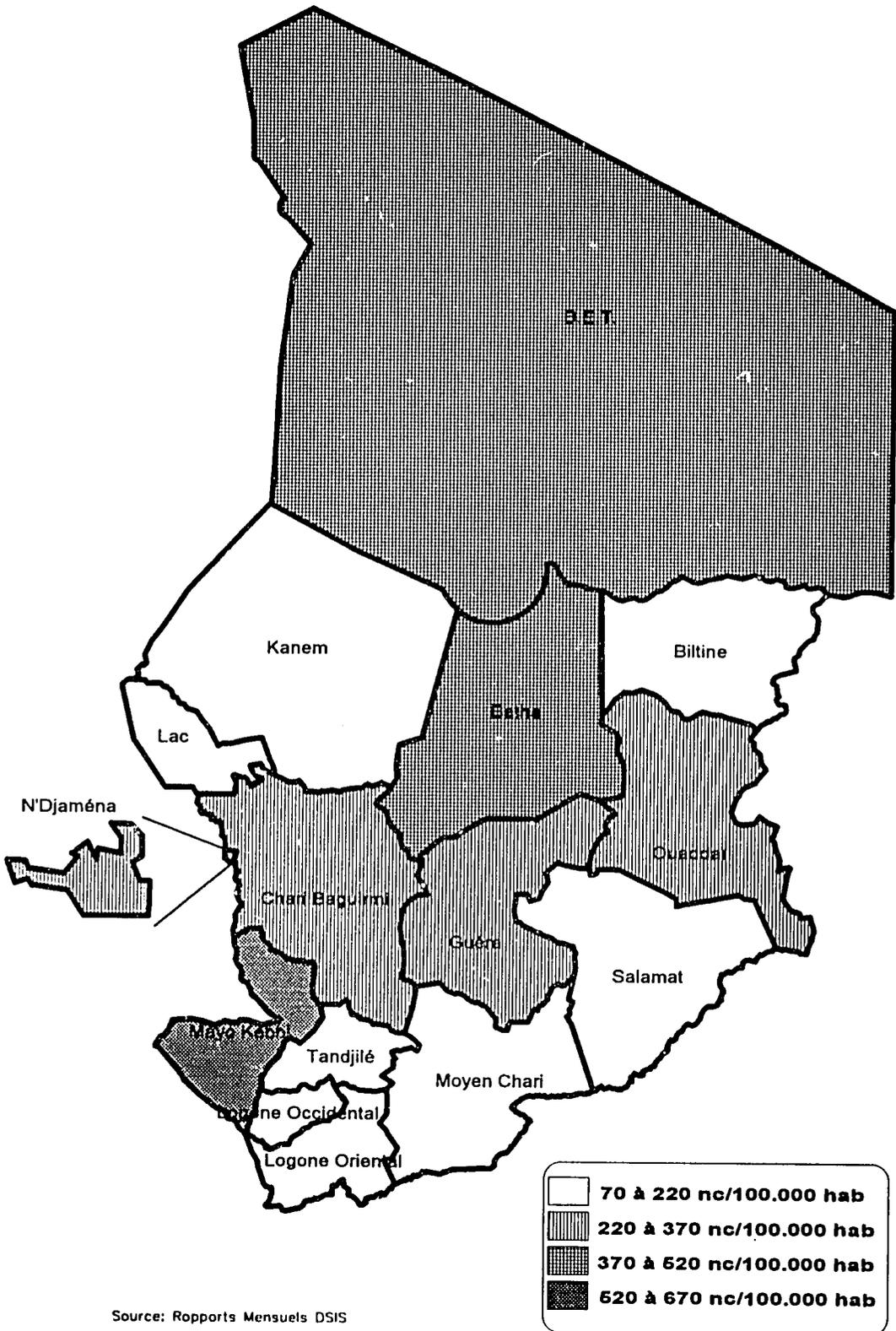
Les cas de bilharziose urinaire ne sont notifiés que par les hôpitaux qui disposent d'un équipement de laboratoire pour poser le diagnostic biologique. Des 1978 cas d'hématurie recensés par ces hôpitaux, 33,3 % sont d'origine bilharzienne.

En considérant le nombre de bilharzioses urinaires relevées dans chaque préfecture sanitaire par rapport à l'ensemble des cas de bilharziose notifiés, on remarque que les préfectures suivantes sont les plus affectées: Le Mayo-Kebbi (33 %); ce qui cadre nettement avec le taux plus élevé des hématuries dans cette préfecture. Le Guéra est deuxième ex-aequo avec le Lac (13,3 %), le Moyen-Chari (12,1 %) et la Tandjilé (7 %). Les taux les plus bas se situent au Ouaddaï (0,9 %), au Logone Oriental (0,6 %) et au Batha (0,1 %).

Les études menées sur cette parasitose dans le Mayo-Kebbi nous apporteront davantage d'information, quand les résultats auront été publiés.

Carte II.1

Variations géographiques hématuries: année 1993



Source: Rapports Mensuels DSIS

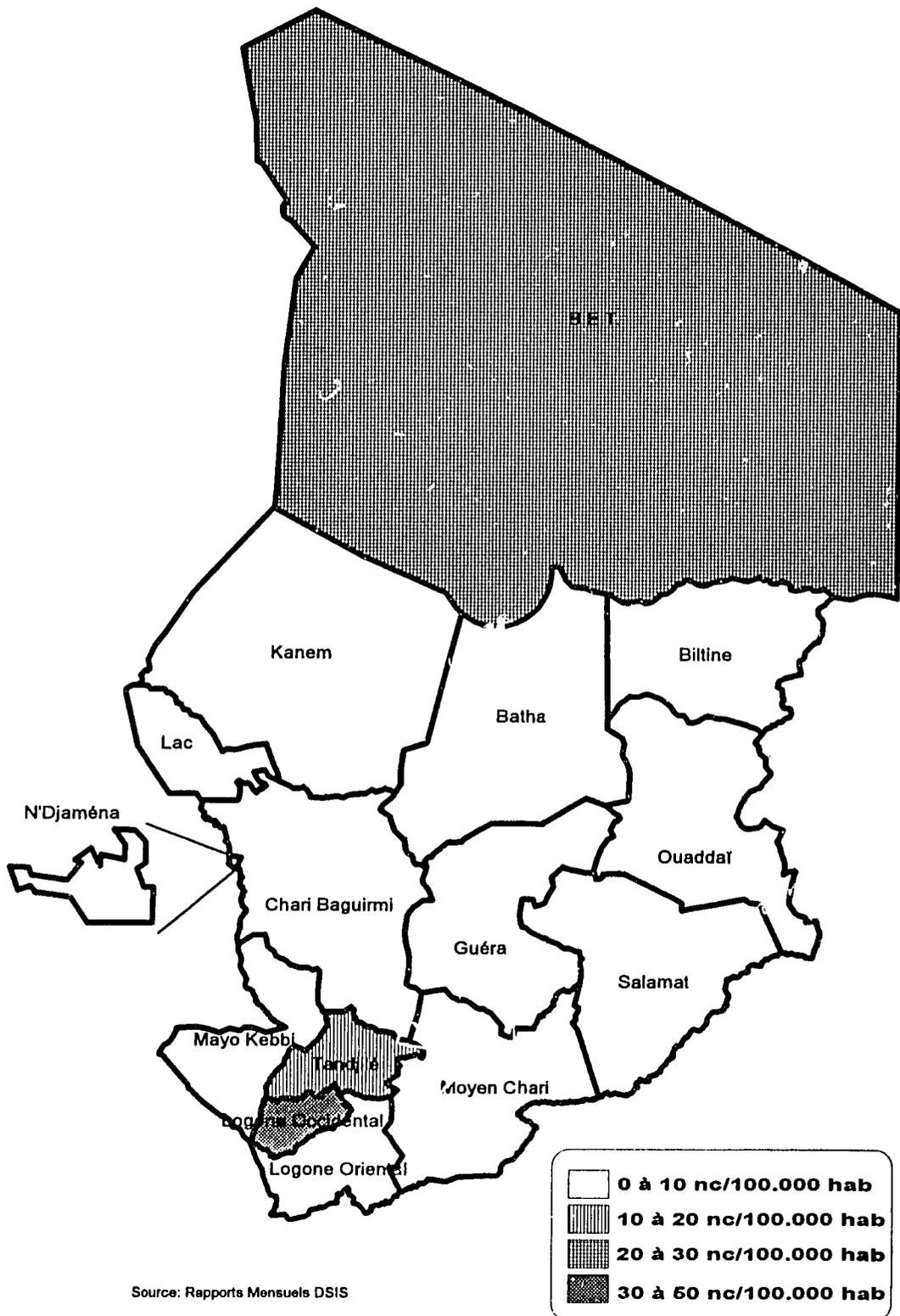
1.2. BILHARZIOSE INTESTINALE

Codifiée sous le n°226 dans la classification des problèmes de Santé du Système d'Information Sanitaire, la bilharziose intestinale appartient aux catégories spécifiques des hôpitaux. 398 cas sont rapportés en 1993 soit 0,1% des problèmes de santé enregistrés dans les hôpitaux.

Par rapport au total des bilharzioses intestinales ainsi notifiées, les préfectures possédant les taux importants sont le Logone Occidental (55,5%), le Mayo-Kebbi (14,6%) et la Tardjilé (14,3%).

Les sujets âgés de 5 ans et plus constituent une proportion de 89,2%, ceux de 1 à 4 ans 10,3%, de 0 à 11 mois 0,0% et les inconnus représentent 0,5%.

La carte II.2 page 57 présente les variations géographiques de la répartition de la bilharziose intestinale. On note, comme les années précédentes que le Logone occidental et la Tandjilé restent les deux principaux foyers de l'affection. Respectivement les deux préfectures présentent un taux de 49 NC et de 12 NC pour 100.000 habitants: Le BET qui n'avait jamais affiché dans le passé une situation épidémiologique remarquable de la maladie montre un taux de 27 NC/100.000 habitants en 1993. Sur ce point, on peut se poser quelques questions: s'agit-il d'un foyer existant qui vient de se réveiller? Des malades ont-ils importé la parasitose, par exemple la colonie des sudistes vivant dans le Nord? Ou bien est ce que c'est l'effet du changement de taille de la population du BET qui descend de 112.693 à 70.603 habitants (37%) par suite du recensement général de la population et de l'habitat qui influence le taux? y a t-il eu des variations qualitatives et quantitatives au niveau de l'activité du laboratoire de l'hôpital de Faya. Des enquêtes seules pourront permettre d'apporter une conclusion à ce phénomène.

Carte II.2**Variations géographiques bilharziose intestinale: année 1993**

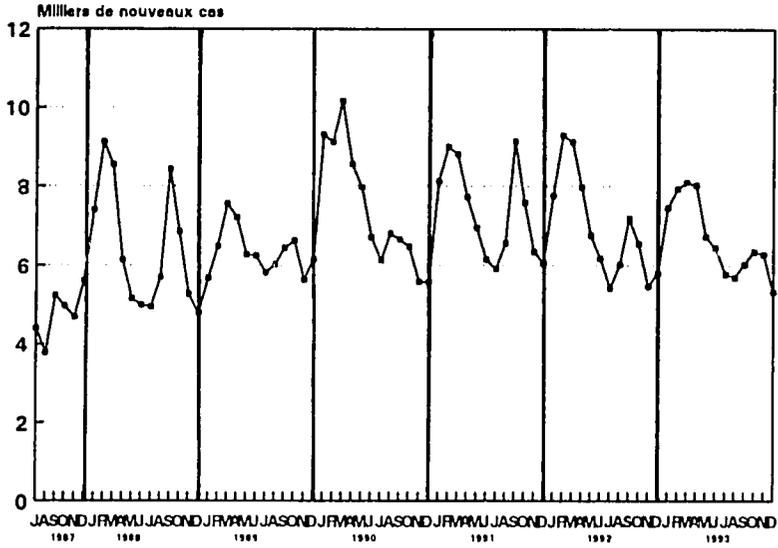
2. CONJONCTIVITES

Si l'on compare les chiffres de 1993 à ceux de 1992, on note que ce problème de santé occupe encore le septième rang par sa fréquence et que c'est encore la tranche d'âge de 5 ans et plus qui est la plus touchée en chiffres bruts. Si l'on considère le nombre de nouveaux cas par 1.000 habitants on retombe dans la même constatation que l'année dernière: la tranche d'âge des 0-11 mois est la plus touchée (62 cas/1.000 habitants contre 25 pour la tranche d'âge 1-4 ans et 8 cas pour les 5 ans et plus).

Le graphique II.3 page 59 montre ce que nous relevons habituellement, à savoir une recrudescence annuelle pendant les mois de janvier, février, mars et avril. Un deuxième pic moins important est classiquement observé en septembre.

La carte II.3 page 59 montre que ce problème sévit surtout dans la zone sahélienne avec un maximum de cas par 100.000 habitants dans le B.E.T et le Kanem, le minimum de cas par 100.000 habitants étant observé dans le Logone oriental.

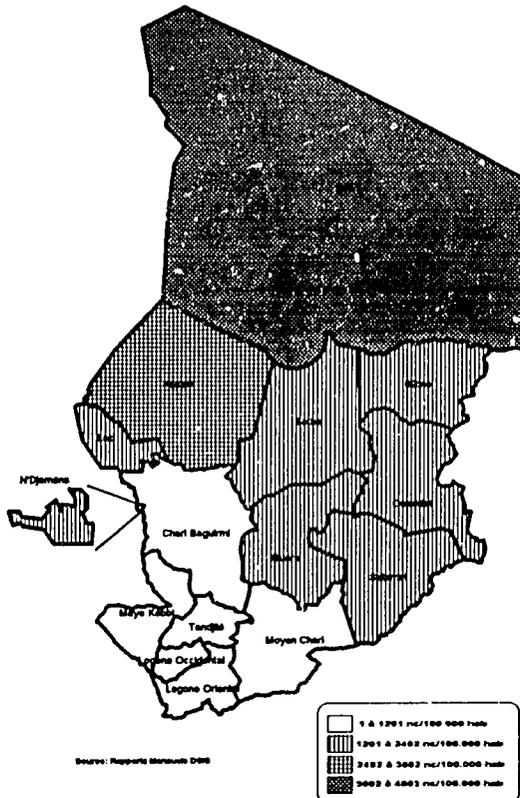
graphique II.3
CONJONCTIVITES 87/93



source: rapports mensuels DSIS

Carte II.3

Variations géographiques conjonctivite: année 1993



3. DIARRHEES/DESHYDRATATION

L'examen du graphique II.4 page 61 montre une fois de plus que c'est pendant la période allant de mars à juin (saison sèche) qu'on observe le plus grand nombre de cas de diarrhée, le plus petit nombre se situant en septembre.

En terme de nombre brut de cas rapportés, ce problème semble affecter beaucoup plus la zone soudanienne: 3.921 cas dans le Logone Occidental contre 1.127 cas dans le Salamat. Si ce problème est fortement lié à l'hygiène, on peut penser que les écarts des chiffres d'une région à une autre sont aussi liés à l'utilisation des services de santé.

La carte II.4 page 63 révèle des taux relatifs de détection plus élevés dans le B.E.T (6 à 8.500 NC/100.000 habitants) et pour la ville de N'Djamena (4 à 6.000 NC/100.000 habitants).

Les taux de détection les plus faibles (1.000 à 2.000 NC/100.000 habitants) sont notés dans le Batha, le Biltine, le Ouaddaï, le Chari-Baguirmi, la Tandjilé et le Logone Oriental.

GRAPHIQUE II.4
DIARRHEES 87/93

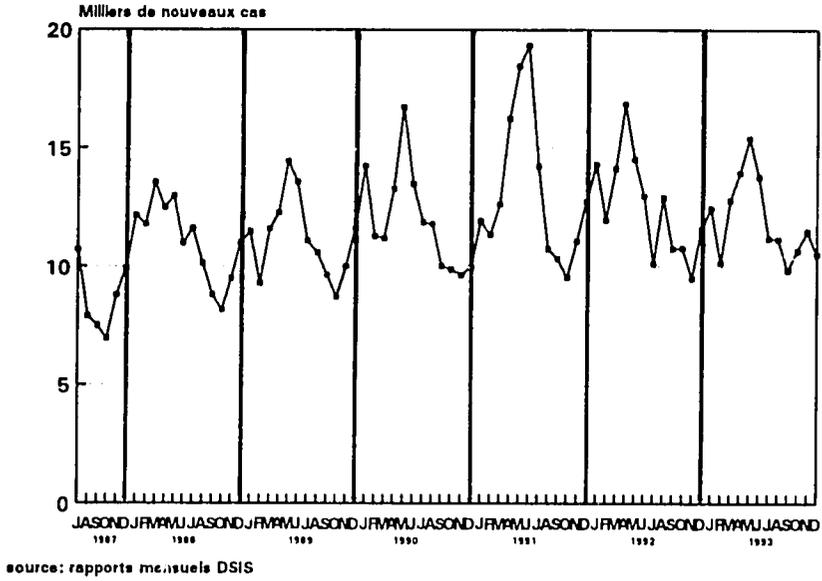


TABLEAU II.6
POURCENTAGE DE DESHYDRATATION PARM
LES CAS DE DIARRHEE

	NOUVEAUX CAS	NC/1000 HBTS	% NC	DESHYDRATATION % CAS/DIARRHEE
0 - 11 mois	43.681	164	18,0	16,8
1 - 4 ans	55.170	71	14,1	15,3
5 ans et +	45.258	8	3,8	3,0
Inconnu	198	-	5,9	3,8
TOTAL	144.248	22,9	7,9	12,9

SOURCE: RAPPORTS MENSUELS D'ACTIVITES 1993

Le nombre des nouveaux cas de diarrhée par rapport à l'année dernière est en baisse (144.248 contre 150.349), alors que le pourcentage des cas de diarrhée par rapport à l'ensemble des nouveaux cas est resté le même (7,9%).

Par contre ce qui surprend c'est le pourcentage des cas de déshydratation par rapport aux cas de diarrhées notifiés: il a doublé par rapport aux années passées comme le fait ressortir le tableau ci-dessus:

VARIATION 1988-1993 DU % DE CAS DE DESHYDRATATION
PAR RAPPORT AUX CAS DE DIARRHEE

ANNEXES	1988	1989	1990	1991	1992	1993
% DESHYDRATATION PAR RAPPORT AUX CAS DE DIARRHEE	7,3	6,1	4,8	5,5	6,4	12,9

Attention: la déshydratation n'est notifiée qu'au niveau des hôpitaux.

Carte II.4

Variations géographiques diarrhée: année 1993



4. DRACUNCULOSE

Encore appelée Ver de Guinée, la Dracunculose est notifiée comme sous-catégorie (319) de la catégorie "infection de la peau". En 1993, les hôpitaux ont observé 5 cas dont 1 cas dans le Logone Occidental, 3 cas dans le Mayo-Kebbi et 1 cas dans le Moyen-Chari, soit 0,3 pour mille des cas d'infection de la peau. Ceci représente la moitié des cas notifiés pendant l'année 1992.

En présence des résultats des travaux sur le terrain du Programme National de Lutte Contre la Dracunculose, on constate que les malades atteints de cette parasitose fréquentent peu les structures sanitaires. En effet 1.231 cas ont été dépistés au cours des enquêtes menées par le Programme en Mars-Avril 1993, Août-Septembre 1993 et Décembre 1993-Janvier 1994. Ces cas sont repartis dans 106 villages.

En tout 9 Préfectures ont été concernées par l'enquête. Dans 6 préfectures, la dracunculose est considérée comme endémique. Les taux les plus élevés pour 100.000 habitants se rencontrent dans le Salamat (209 NC/100.000 hbts), le Guéra (93 NC/100.000 hbts) et le Moyen-Chari (52 NC/100.000 hbts). Cette situation se vérifie sur la carte II.5 page 65.

Le Tchad fait partie des pays qui débutent leur programme. Pour l'année 1994, un plan d'action a été élaboré dont les principales stratégies de mise en oeuvre prévues sont:

- La Formation de tout le personnel impliqué aux différents niveaux;
- La Surveillance Epidémiologique au niveau des villages endémiques et l'Approvisionnement de ces derniers en eau potable;
- L'Information, l'Education et la Communication;
- La prise en charge des cas;
- Le suivi-évaluation.

TABLEAU II.7

ENQUETE NATIONALE SUR LE VER DE GUINEE
(RESULTATS GLOBAUX)

PRFECTURES	NBRE VILLAGES ENQUETES	NBRE VILLAGES ENDEM.	TAUX ENDEMICITE	CAS
Chari-Baguirmi	156	4	0,25	4
Guéra	552	4	0,72	288
Lac	1.066	0	0	0
Logone Occi.	764	5	0,65	6
Logone Oriental	789	0	0	0
Mayo-Kebbi	977	47	4,81	157
Tandjilé	853	0	0	0
Moyen-Chari	987	9	0,91	388
Salamat	512	37	6,25	388
	8.076	106		1.231

PREVALENCE VDG

(MARS 1994)

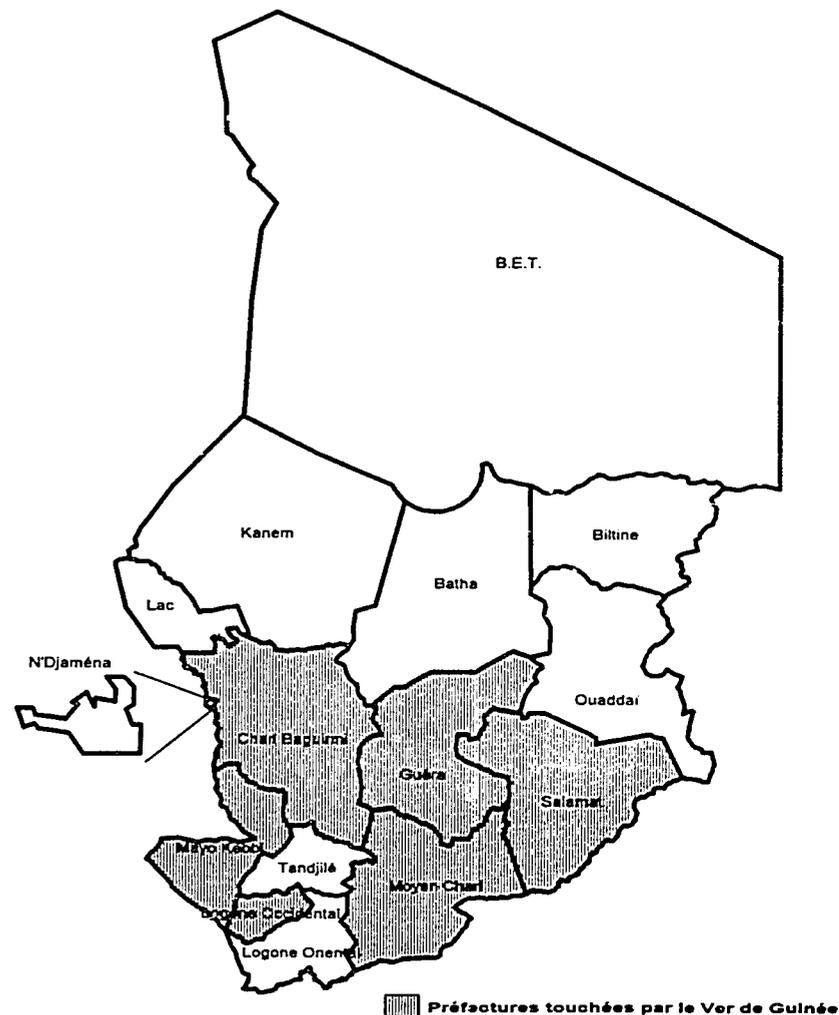
PREFECTURES	POPULATION TOTALE (1993)	NOMBRE DE CAS	TAUX PREVALENCE %
Chari-Baguirmi	1.252.161	4	0,00031
Guéra	306.653	288	0,093
Logone Occi.	455.140	6	0,0013
Mayo-Kebbi	820.249	157	0,019
Moyen-Chari	744.741	388	0,05
Salamat	185.981	388	0,209

Classification des Préfecture par ordre d'endémicité:

1. Salamat
2. Moyen-Chari
3. Guéra
4. Mayo-Kebbi
5. Logone Occidentale
6. Chari-Baguirmi

Carte II.5

Variations géographiques dracunculose: année 1993



 Préfectures touchées par le Ver de Guinée

5. DYSENTERIE

La définition de ce problème de santé est la suivante: le malade a des selles liquides ou glaireuses avec du sang.

Le nombre absolu de cas notifiés en 1993 au niveau national est de 65.518 NC.

Le graphique II.5 page 67 montre une fois de plus que les dysenteries sont plus fréquentes pendant les grands moments de chaleur, notamment en mars et avril.

La carte II.6 page 67 montre que les préfectures de la zone sahélienne sont plus touchées que celles de la zone soudanienne, mais il faut se garder d'en tirer une conclusion car les chiffres communiqués dans les Rapports Mensuels sont en liaison avec l'utilisation des services. Ceci est particulièrement vrai pour le Logone Oriental et la Tandjilé dont les formations publiques sont peu ou pas ravitaillées en médicaments.

Ce problème touche plus la tranche d'âge de 5 ans et plus, mais les nouveaux cas par 1.000 habitants sont plus importants dans la tranche d'âge 1 à 4 ans (26 NC/1000 contre 23 dans la tranche d'âge 0-11 mois et 7 dans la tranche d'âge 5 ans et plus).

6. FIEVRE ISOLEE/PRESOMPTION DE PALUDISME

Erythrocytopathie parasitaire due à un hématozoaire du genre plasmodium transmis par l'anophèle femelle, le paludisme est actuellement notifié sous "fièvre isolée", comme suspicion de paludisme. Ce problème de santé (code 123) est mal connu dans sa dimension épidémiologique. Néanmoins la forte prévalence des fièvres relevées d'année en année et la courbe de leur évolution temporelle permettent de croire que la maladie sévit dans beaucoup des régions du pays sous forme endémo-épidémique.

Le graphique II.6 page 69 visualise l'évolution saisonnière des cas de fièvre notifiés sur une période de 6 ans. On constate que chaque année le pic se situe entre Août et Octobre tandis que les valeurs de notification les plus basses se situent entre Janvier et Juin. L'aspect général de la courbe montre une augmentation annuelle croissante. 1993 est l'année où le pic est le plus important (près de 35.000 NC en Octobre et près de 32500 NC en Août). Elle est suivie de 1991 (près de 32.000 NC) et de 1992 (environ 31.000 NC en septembre).

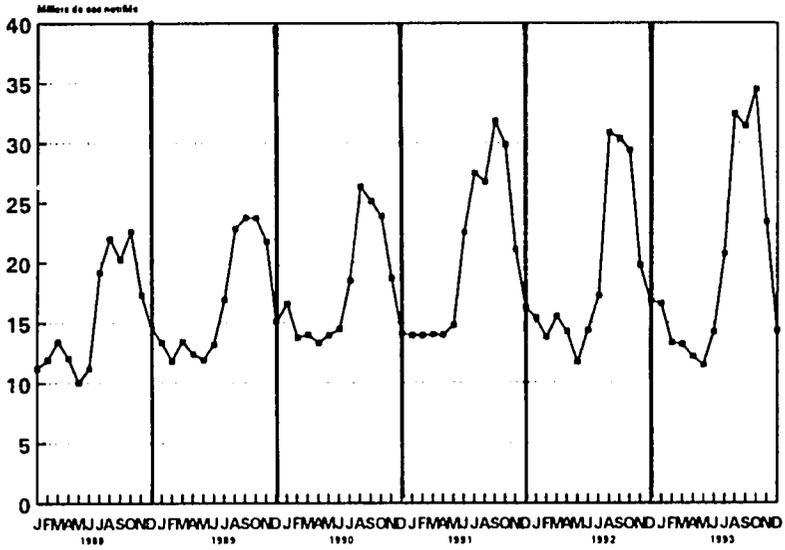
Si l'on considère le pays entier, le pourcentage de fièvre par rapport à tous les problèmes de santé en 1993 se chiffre à 12,9%. En tenant compte des entités préfectorales, les plus forts pourcentages se situent au Mayo-Kebbi (19,0%), dans la Tandjilé (16,3%), au Logone Occidental et au Moyen-Chari (15,6% et 15,2%). Le BET représente la préfecture au plus faible taux (3,7%).

La situation générale à travers le pays indique que les taux de fièvre les plus élevés sont observés dans la zone méridionale, suivie de la zone sahélienne et en dernière position vient la zone désertique. Ce qui est tout à fait normal car l'on sait que la plupart des fièvres sont dus au paludisme transmis par les moustiques dont la vie est conditionnée par la présence d'eau. Les deux premières zones précitées sont celles qui enregistrent une pluviométrie satisfaisante.

Par tranche d'âge, on relève au niveau national et par rapport aux autres problèmes que la fièvre représente 16,7 % des nouveaux cas chez les 0 à 11 mois, 18,4% des nouveaux cas chez les 1 à 4 ans, 12,7% des nouveaux cas chez les 5 ans et plus.

La carte II.7 page 71 met en relief l'importance des fièvres isolées dans chaque préfecture. En lisant la légende, il apparait que les préfectures les plus touchées sont par ordre le Mayo-Kebbi (6.000 à 7.499 NC/100.000 habitants), le Logone Occidental, le Moyen-Chari et N'Djaména (4.500 à 5.999 NC/100.000 habitants), le BET (3.000 à 4.499 NC/100.000 habitants), et les autres préfectures (1.500 à 2.999 NC/100.000 habitants). Par rapport à l'année 1993, cette carte a subi une profonde modification alors que les mêmes seuils avaient été utilisés. Cette modification des données par préfecture serait le reflet des modifications apportées au sein des populations par le recensement général de 1993 alors que nous travaillions avec les chiffres extrapolés les années antérieures.

Graphique II.6
FIEVRES 88/93



source: rapports mensuels DSIS

64

Une mission de supervision et d'évaluation de la mortalité palustre effectuée par le service du Programme National de Lutte Contre le Paludisme dans les Préfectures Sanitaires du Sud a permis d'avoir des informations sur la gravité de l'affection. Les recherches ont été menées dans les formations sanitaires hospitalières de Bongor, Kélo, Moundou et Sarh, du 26 Juin au 7 Juillet 1993.

Le but de cette étude était d'apprécier l'incidence des cas graves et d'évaluer la mortalité palustre comparativement aux autres morbidités courantes de la zone sus-citée du pays où la transmission du paludisme est continue.

Cette étude s'est inspirée du questionnaire formulé par l'OMS-AFRO et s'est conformée aux tranches d'âge et codification du système de notification d'information sanitaire de la Division du Système d'Information Sanitaire.

En utilisant les données cumulées des centres urbains investigués, en rapport avec les populations intéressées (242.349 habitants), on obtient une mortalité générale qui se chiffre à 2,22 pour mille pour un total de 539 décès en 1991 et 3,02 pour mille pour un total de 731 décès en 1992.

Mais on se rappellera que 4% seulement des décès au Tchad sont enregistrés en milieu hospitalier (voir annuaire de statistique 1992, Tome A, Chapitre IV).

En terme d'incidence des cas graves hospitalisés, (7.384) le paludisme occupait le premier rang (24,74%) devant les infections respiratoires aiguës (23,09%) et la rougeole (14,58%) en 1991. En 1992, le paludisme gardait son rang (25,63%) suivi de IRA (19,09%) et de la rougeole (13,72%) sur un total de 8.187 malades.

L'enquête a également touché l'Hôpital Général de Référence de N'Djaména où sur les deux années, le paludisme a occupé successivement la troisième place parmi les causes d'hospitalisations en 1991 et la première place en 1992.

On estime que la mortalité due au paludisme est plus importante dans la tranche d'âge de 0 à 5 ans par rapport aux autres maladies.

L'analyse des données de la région méridionale a permis d'appuyer la délimitation naturelle de la zone de transmission intense et pérenne à savoir les préfectures suivantes: Mayo-Kebbi, Tandjilé, Logone Occidentale, Moyen-Chari et Logone Orientale. Il serait tout aussi intéressant d'investiguer les centres hospitaliers de la zone sahélienne en vue d'apprécier l'ampleur et l'évolution du problème au cours des deux années d'investigation.

Carte II.7

Variations géographiques fièvre: année 1993



Source: Rapports Mensuels DSIS

66

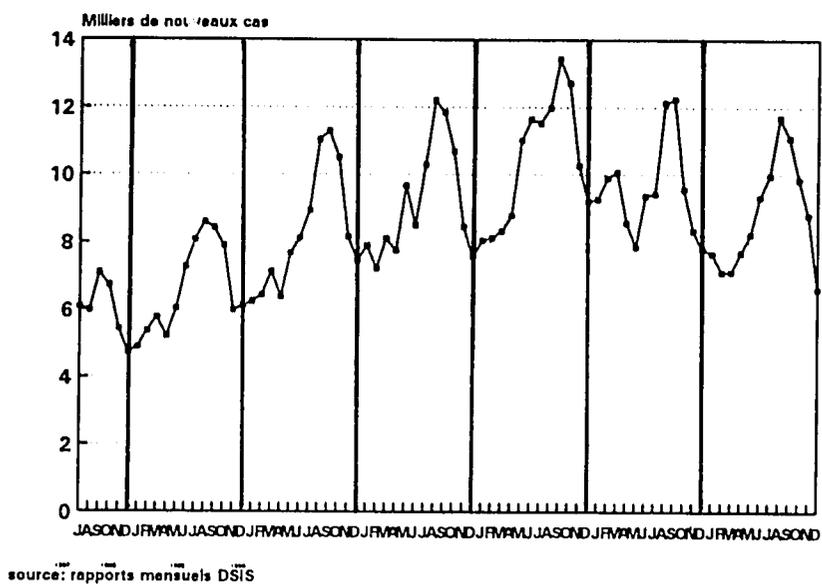
7. INFECTION DE LA PEAU

Le nombre des infections de la peau (code 119) pour l'année 1993 a atteint 105.686 nouveaux cas dont 15,7% sont regroupés dans la tranche d'âge de 0 à 11 mois, 25,9% dans la tranche 1 à 4 ans et 58,3% dans la catégorie 5 ans et plus. En considérant les pourcentages des infections cutanées par rapport aux autres problèmes de santé dans la même tranche d'âge, on obtient 6,9% dans la catégorie 0 à 11 mois, 7,0% dans celle de 1 à 4 ans et 5,2% dans la classe 5 ans et plus.

La courbe II.7 page 73 étalée sur six années de fonctionnement du Système d'Information Sanitaire Tchadien montre qu'en général le maximum d'infections s'observe en saison des pluies et s'estompe en saison sèche. Les pics de haut niveau se limitent principalement en Août ou Septembre tandis que les bas niveaux se partagent entre Février, Mars et Avril.

Au sein des préfectures sanitaires, les taux les plus hauts, quand on considère les chiffres bruts, sont notés dans NDjamena, Mayo-Kebbi, Moyen-Chari et Chari-Baguirmi. Mais si les chiffres sont rapportés au dénominateur population, on trouve en tête, NDjamena (4086 NC/100.000 habitants), Batha (2.134 NC/100.000 habitants), BET (1.937 NC/100.000 habitants) et Mayo-Kebbi (1.931 NC/100.000 habitants). Le Logone Oriental reste derrière avec 544 NC/100.000 habitants).

GRAPHIQUE II.7
INFECTIONS CUTANÉES 87/93



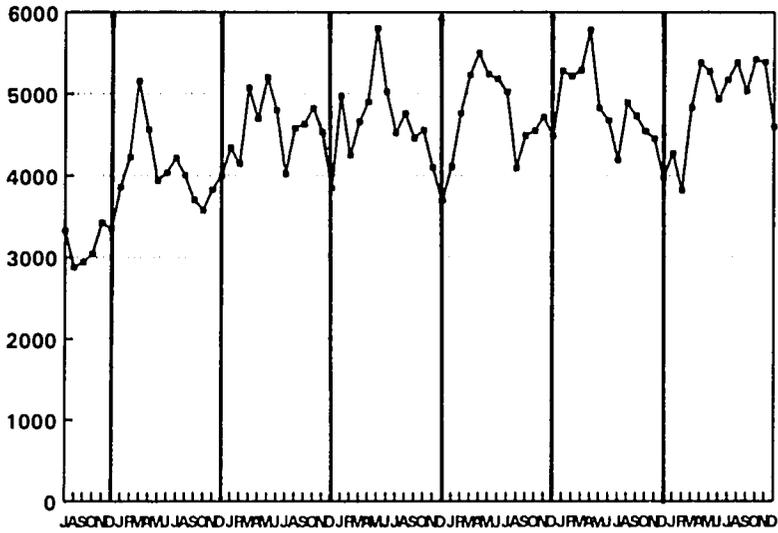
8. INFECTION URINAIRE

La définition donnée par le Système d'Information Sanitaire de ce problème de santé (code 112) se résume comme suit: une affection survenant chez un patient qui se plaint de mictions douloureuses et fréquentes et qui ne présente ni hématurie, ni urétrite purulente.

En 1993 les cas d'infections urinaires détectés s'élevaient à 59.263. Le graphique II.8 page 75 montre que le maximum des cas sont notés entre Mars et Avril. A la différence des années passées, on observe trois pics: en Avril, Août et Octobre.

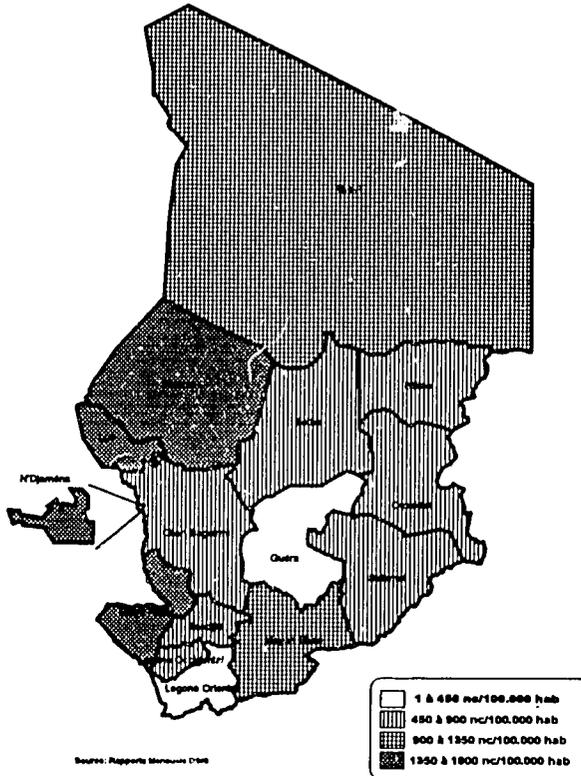
La carte II.8 page 75 permet de repérer les Préfectures les plus affectées. Le Mayo-Kebbi, NDjamena, le Kanem et le Lac sont les plus touchés: le taux de détection dans ces Préfectures dépasse 1.350 NC/100.000 habitants. Viennent ensuite le Moyen-Chari et le BET. Par contre le Guéra et le Logone Oriental semblent les plus épargnés (moins de 450 NC/100.000 habitants).

GRAPHIQUE II.8
INFECTIONS URINAIRES juil 87 à déc 93



source: rapports mensuels DSIS

Carte II.8
Variations géographiques infection urinaire: année 1993



Source: Rapports Mensuels DSIS

9. MALNUTRITION

KWASHIORKOR

Le propos actuel porte sur les cas de Kwashiorkor sans autres problèmes, notifié sous la catégorie 125 de la liste des problèmes de santé. Au total 1.658 nouveaux cas de ce problème ont été notifiés en 1993, soit 0,1% de tous les problèmes de santé. L'analyse des cas de Kwashiorkor ainsi relevés donne, par rapport aux autres problèmes de santé, 0,1% dans la tranche d'âge 0 à 1 mois, 0,2% dans la tranche d'âge 1 à 4 ans et 0,0% dans 5 ans et plus.

Si l'on rapporte le nombre de Kwashiorkors dans chaque tranche d'âge sur le total de ce même problème de santé on obtient 21,8% dans la tranche d'âge de 0 à 11 mois, 54,6% dans la tranche d'âge de 1 à 4 ans et 23,6 % dans 5 ans et plus. A l'instar des autres années, la catégorie la plus atteinte reste celle de 1 à 4 ans.

En comparaison avec l'année 1992, on se rend compte qu'il y a eu une diminution de 20 % du nombre de nouveaux cas recensés en 1993.

Nouveaux cas de Kwashiorkor 1993

Formations de base et postes sentinelles
4.135 rapports analysés.

Tranches d'âge	0-11 mois	1-4 ans	5 ans et +	Inconnu	Total
Nombre de cas	362	905	391	0	1658
Pourcentage par rapport au nbre total de N.C	21,8%	54,6%	23,6%	0,0%	100%

Depuis l'existence de notre nouveau système d'information sanitaire, les cas de malnutrition ne sont notés que dans les structures de deuxième échelon équipées en balance et toise, car les critères admis sont basés sur le rapport poids/taille <80% chez les enfants de moins de 110 cm.

Dans la table ci-dessous, sont récapitulés les nombres de cas de malnutrition relevés de 1988 à 1993. Il faut tenir compte que ces cas détectés sont sous-estimés. Ils ne reflètent donc pas la réalité dans le pays car les postes sentinelles ne font pas systématiquement les activités de détection des malnutris. De plus, les cas de malnutrition sont notés sous "autres problèmes" dans les formations de premier échelon.

660 nouveaux cas de malnutrition ont été enregistrés en 1993, soit une chute vertigineuse de 69% par rapport à 1992. L'année 1993 comporte un chiffre en dessous de ceux de toutes les années précédentes présentées au tableau ci-dessous. Tout comme pour le Kwashiorkor, cette baisse ne veut pas dire qu'il y a eu amélioration dans le domaine de la malnutrition. Elle est probablement due aux nombreux problèmes que connaît le pays en général et le département de la santé en particulier.

ANNEE	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Nbre de cas	2036	2120	1443	1949	2126	660

Source: RMA/MSP/DSIS

**ENQUETE SUR LE SUIVI DES ENFANTS DES CENTRES
DE RECUPERATION ET D'EDUCATION NUTRITIONNELLE**

Le centre national de nutrition et de technologie alimentaire (CNNTA) a installé, en avril 1991, quatre centres d'éducation et de réhabilitation nutritionnelle dans les structures socio-sanitaires de la capitale.

Les enfants pris en charge par ces centres entre avril et novembre 1991 ont fait l'objet d'une enquête de suivi après sortie des crens. L'enquête s'est déroulée entre février et avril 1993.

Ne disposant que des données partielles de cette enquête, nous n'insisterons pas sur les résultats finaux de celle-ci. Par contre nous présenterons les données à l'entrée et à la sortie des crens.

L'étude a porté sur 260 enfants dont 46,5% de garçons et 53,5% de filles. La différence entre les deux sexes n'est pas significative. L'âge des garçons varie entre 3 à 61 mois et celui des fille entre 6 à 57 mois. La médiane d'âge pour les deux sexes est 15 mois. (Aucune différence d'âge significative).

L'âge médian des mères est de 22 ans, avec un minimum de 13 ans et un maximum de 42 ans.

A l'entrée des creus:

- Les enfants avec un poids/taille > ou = 80 % sont au nombre de 3 soit 1,2 %.
- Les enfants avec un poids/taille < 80 % sont au nombre de 255 soit 96 %. Deux enfants avaient un poids/taille inconnus soit 0,8 %.

A la sortie des creus:

1/ Le degré de suivi:

183 enfants (y compris les décédés) ont été suivis soit une proportion de 70,4 %; 75 enfants soit 28,8 % des enfants ont été perdus de vue et deux enfants ont été classés inconnus (0,8 %).

2/ La réussite de la prise en charge des enfants suivis:

A la sortie 86 enfants (47 %) ont un poids/taille > ou = à 85 %, 31 enfants (17 %) ont un poids/taille entre 80 et 85 %, et 29 enfants (15 %) ont un poids/taille < 80 %. 37 enfants ont été déclarés décédés soit un pourcentage de 20 % sur les 183 enfants suivis.

Commentaire

- 1/ Près de 30 % des enfants n'ont pas été réguliers pendant les 3 mois de prise en charge.
- 2/ Sur 183 enfants suivis, il y eu 20% de décès et 15% de mauvais résultats.

TABLEAU II 8

KWASHIORKOR ET MALNUTRITION
NOMBRE ET POURCENTAGE PAR POSTES SENTINELLES

ANNEE 1993

Code	Localité	Type/Nom	Affilia- tion	Nouveaux cas 0-4 ans	Kwashiork. S.A.P.	Kwashiork. A.A.P.	Total Kwashiork.	%Kwash/ Nou.Cas 0-4 ans	Malnutri. S.A.P.	Malnutri. A.A.P.	Total Malnutri.	%Malnu/ Nou.Cas 0-4 ans	Total Kwash.+ Malnut.	Total/ Nou.Cas 0-4 ans
1011101	ATI	HOPITAL PREFECTORAL	MSP	247	0	0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0
1021101	OUM HADJER	HOPITAL DE DISTRICT	MSP	2117	0	0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0
1111101	BILTINE	HOPITAL PREFECTORAL	MSP	1524	0	0	0	0.0	0	16	16	1.0	16	1.0
1211101	FAYA	HOPITAL PREFECTORAL	MSP	3858	6	3	9	0.2	13	141	154	4.0	163	4.2
1311101	BOKORO	HOPITAL DE DISTRICT	MSP	522	0	0	0	0.0	7	0	7	1.3	7	1.3
1321101	BOUSSO	HOPITAL DE DISTRICT	MSP	1292	0	1	1	0.1	1	8	9	0.7	10	0.8
1341101	MASSAKORY	HOPITAL DE DISTRICT	MSP	1618	0	0	0	0.0	14	4	18	1.1	18	1.1
1351102	POLYCLINIQUE	HOPITAL DE DISTRICT	MSP	18694	85	64	149	0.8	121	96	217	1.2	366	2.0
1371101	ASSIAM VAMTOU	CSS,Référence	MSP	6005	25	16	41	0.7	14	22	36	0.6	77	1.3
1431101	MONGO	HOPITAL PREFECTORAL	MSP	3125	1	1	2	0.1	49	34	83	2.7	85	2.7
1511101	MAO	HOPITAL PREFECTORAL	MSP	4490	48	20	68	1.5	114	79	193	4.3	261	5.8
1611101	BOL	HOPITAL PREFECTORAL	MSP	5233	4	0	4	0.1	18	8	26	0.5	30	0.6
1711101	BEBALEM	HOPITAL DE DISTRICT	EET	5993	6	0	6	0.1	29	24	53	0.9	59	1.0
1731101	MOUNDOU	HOPITAL PREFECTORAL	MSP	24366	10	0	10	0.0	0	0	0	0.0	10	0.0
1811101	BEBEDJIA	HOPITAL DE DISTRICT	BELACD	234	0	0	0	0.0	1	0	1	0.4	1	0.4
1831101	DOBA	HOPITAL PREFECTORAL	MSP	209	0	0	0	0.0	4	0	4	1.9	4	1.9
1921101	FIANGA	HOPITAL DE DISTRICT	MSP	1668	10	1	11	0.7	102	71	173	10.4	184	11.0
1931101	GOUNOU-GAYA	HOPITAL DE DISTRICT	MSP	1366	0	0	0	0.0	15	9	24	1.8	24	1.8
1941101	LERE	HOPITAL DE DISTRICT	MSP	11650	28	5	33	0.3	73	19	92	0.8	125	1.1
1951101	PALA	HOPITAL DE DISTRICT	MSP	873	2	0	2	0.2	10	6	16	1.8	18	2.1
2021101	GOUNDI	HOPITAL DE DISTRICT	BELACD	212	1	0	1	0.5	0	1	1	0.5	2	0.9
2031101	KOUMRA	HOPITAL DE DISTRICT	MSP	909	6	4	10	1.1	4	0	4	0.4	14	1.5
2031102	KOUMRA	HOPITAL	MBM	1984	0	1	1	0.1	10	7	17	0.9	18	0.9
2041101	KYABE	HOPITAL DE DISTRICT	MSP	5258	0	9	9	0.2	4	8	12	0.2	21	0.4
2051101	MOISSALA	HOPITAL DE DISTRICT	MSP	4647	6	4	10	0.2	7	27	34	0.7	44	0.9
2061101	SARH	HOPITAL PREFECTORAL	MSP	1858	1	53	54	2.9	6	31	37	2.0	91	4.9
2111101	ABECHE	HOPITAL PREFECTORAL	MSP	0	0	0	0	--	0	0	0	--	0	--
2121101	ADRE	HOPITAL DE DISTRICT	MSP	366	0	0	0	0.0	1	3	4	1.1	4	1.1
2131101	GOZ-BEIDA	HOPITAL DE DISTRICT	MSP	775	0	1	1	0.1	8	0	8	1.0	9	1.2
2211101	AM-TIMAN	HOPITAL PREFECTORAL	MSP	4268	1	0	1	0.0	0	0	0	0.0	1	0.0
2321101	KELO	HOPITAL DE DISTRICT	MSP	3509	0	0	0	0.0	27	6	33	0.9	33	0.9
2331101	LAI	HOPITAL PREFECTORAL	MSP	844	1	0	1	0.1	1	8	9	1.1	10	1.2
Total				119694	241	183	424	0.4	653	628	1281	1.1	1705	1.4

Source: Rapports Mensuels d'Activités MSP/DSIS.

BEST AVAILABLE COPY

74

10. MENINGITE CEREBRO-SPINALE

Cette affection à caractère épidémique sévit dans la ceinture dite de Lapeyssonie dont le Tchad fait partie.

La période classique de recrudescence va de janvier à avril-mai comme le reconferme le graphique II.9 page 81.

2.201 cas de méningite ont été rapportés en 1993 dont 1.380 pour la seule préfecture du Mayo-Kebbi, soit 62,69% des cas.

Une étude faite par les Médecins Sans Frontières sur l'épidémie qui a frappé le Mayo-Kebbi en 1993 montre que du 21 décembre 1992 au 23 mai 1993, 1.683 cas de méningite ont été enregistrés dans cette préfecture, occasionnant 181 décès, soit un taux de létalité de 11%.

La différence entre les chiffres rapportés dans les Rapports Mensuels d'Activités et ceux des Médecins Sans Frontières (MSF) relèvent de la définition du Système d'Information Sanitaire pour la "méningite": "Un malade de CINQ ANS ET PLUS présente une raideur nuque avec au minimum DEUX des symptômes suivants:

- Vomissements
- Céphalées
- Photophobie
- Fièvre de 38°5 et plus (rectale) ou de 38°et plus (axillaire ou frontale)".

Et dans les remarques, il est écrit que les enfants de moins de cinq ans qui présentent un tableau clinique de méningite seront classés sous "150" (ou "250"): autres problèmes.

C'est l'étude des Médecins Sans Frontières porte sur dix tranches d'âge allant de 0 mois à + 50 ans.

Cette épidémie a frappé inégalement les cinq districts, le pic se situant entre le 18 et 25 janvier 1993, soit seulement cinq semaines après le premier cas déclaré.

A part le Mayo-Kebbi, les autres préfectures ont été sensiblement épargnées, hormis le Moyen-Chari avec 225 cas et la Tandjilé avec 166 cas.

EVOLUTION DES CAS DE MENINGITE 1988-1993

ANNEES	1988	1989	1990	1991	1992	1993
CAS NOTIFIES	6140	3018	6189	885	2392	2201

11. MYCOBACTERIOSES: LEPRE ET TUBERCULOSE

11.1 LA LEPRE

La lèpre ou maladie de Hansen ne connaît pas encore une notification effective sous un numéro spécifique de la liste de catégories de problèmes de santé du Système d'Information Sanitaire. Seule, la notion de suspicion de lèpre classée sous le numéro 115 a permis depuis quelques années des estimations peu convaincantes de cette grande endémie. En 1993, le nombre de cas de suspicion de lèpre s'élève à 781 nouveaux cas enregistrés dans les différentes structures sanitaires, soit 0,42 % des nouveaux cas de tous les problèmes enregistrés.

L'analyse par tranche d'âge des cas de suspicion de lèpre fait ressortir que 2% sont de la tranche 0 à 11 mois, 6,5% de celle de 1 à 4 ans et 91,2%, de 5 ans et plus. Les individus âgés de 5 ans et plus apparaissent comme les plus affectés par la suspicion de la lèpre.

Le Programme National de Lutte Contre la Lèpre s'est fixé comme but d'enrayer la lèpre d'ici l'an 2000 par l'introduction de la Polychimiothérapie (PCT) dans le traitement, le soutien aux préfectures sanitaires pour la réhabilitation, la réinsertion et l'intégration de la lutte dans toutes les structures sanitaires. Les activités de lutte ont démarré fin 1991 et, en fin 1992, le taux de couverture de la PCT était de 34,31% mais, seulement 10,05% des malades en compte à la fin de l'année recevaient la PCT.

De Janvier à Décembre 1993, des 7.468 malades enregistrés dont 516 nouveaux cas pendant l'année, 3.967 ont été mis sous PCT. Parmi eux, 933 ont terminé leur traitement. Ceci donne un taux cumulatif de couverture par la PCT de 53,11% et un taux de couverture de 45,72% des malades en compte à la fin de l'année. L'objectif fixé pour l'année 1993 était d'atteindre une couverture PCT de 50% avec une régularité au traitement de 90%

Au regard de ces informations, on note que le nombre de nouveaux cas de l'année représente un pourcentage de 66% des cas de suspicion de lèpre et 7% de la prévalence avancée par le Programme National de Lutte Contre la Lèpre.

Si l'on considère la suspicion de lèpre au niveau des préfectures, les pourcentages les plus élevés par rapport au total de nouveaux cas du problème sont les suivants: Mayo-Kebbi (15,62%), Ouaddaï (21,77%), Moyen-Chari (13,57%) et Logone Occidentale (10,63%). Les autres préfectures ont un pourcentage situé entre 1% et 8%

Le tableau II.9 page 83 affiche la situation de la lèpre en 1993.

TABLEAU II.9
LEPRE: ANNEE 1993

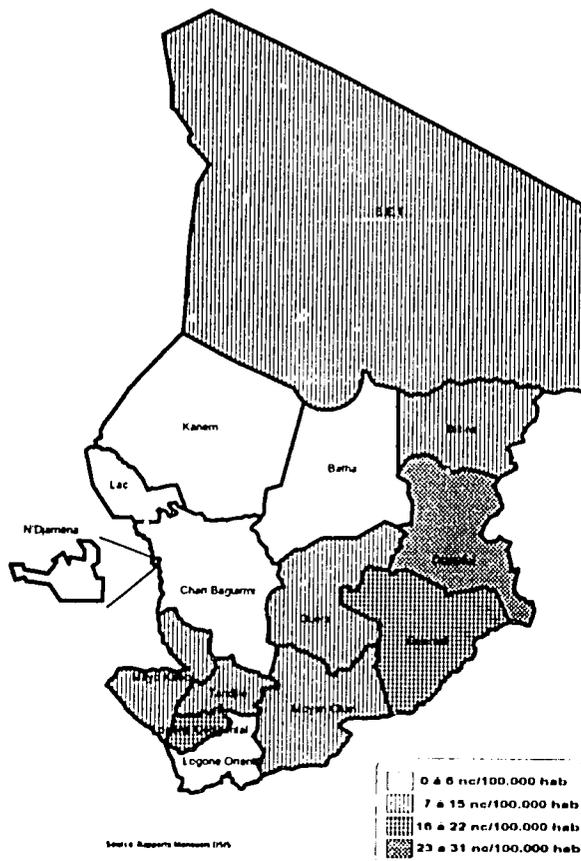
	PB *	MB *	TOTAL
Nombre de cas enregistrés.....	5.098	2.370	7.468
Nouveaux cas de l'année.....	308	208	516
Invalidités (degré II/OMS) parmi les nouveaux cas.....	10	12	28
Nombre de malades sous PCT.....	1.804	2.163	3.967
Nombre de malades ayant terminé la PCT au cours de l'année.....	814	119	933

Source: Programme National de Lutte contre la Lèpre

- * PB = Pauci-bacillaires
- * MB = Multi-bacillaires

Carte II.10

Variations géographiques suspicion de lèpre: année 1993



78

11.2 TOUX DE 15 JOURS ET PLUS - TUBERCULOSE

La toux de 15 jours et plus est notifiée sous la catégorie 108 de la classification de la Division du Système d'Information Sanitaire. Le nombre total des toux de 15 jours et plus enregistrées pendant l'année 1993 est de 17.691 NC. Par rapport à l'année 1992, on note une diminution de 3,1%. Par rapport à l'ensemble des problèmes de santé enregistrés en 1993, elle représente 1% des nouveaux cas notifiés.

Le graphique II.10 page 85 situe l'évolution des cas de toux de 15 jours et plus sur une période de six ans et demi. On remarque que chaque année le plus haut des sommets se situe, en général, aux mois de Janvier, Février ou Mars; mais les trois derniers mois de l'année connaissent souvent une recrudescence. Le minimum de cas notifiés se rencontre en Juillet.

La notification des toux de 15 jours et plus implique le dépistage de la tuberculose par l'examen de crachat à la recherche du BK. Sur 4.106 cas de toux de 15 jours et plus recueillis par l'ensemble des hôpitaux, 508 (12,4%) avaient pour origine la tuberculose pulmonaire. Ce taux est une répétition du taux de l'année 1992. Il s'agit d'une estimation grossière, car les centres de santé doivent envoyer les crachats dans les hôpitaux.

	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Toux plus de 15 jours (Hôpitaux)	4.989	5.597	5.303	5.473	5.271	4.106
T B C	1.079	918	788	845	652	508
Pourcentage	21,8%	16,4%	14,9%	15,4%	12,4%	12,4%

L'examen des données sur le tableau II.10 page 85 donne les résultats suivants au niveau national:

2.526 NC de tuberculeux toutes formes (prévalence) dont:

- 2.183 cas de tuberculose pulmonaire (86,4%);
- 343 cas de tuberculose extrapulmonaire (13,6%).

Dans le cas de tuberculose pulmonaire: (2.183)

- 1.757 cas de tuberculose à microscopie positive dont
- 281 cas mis en retraitement: (16%).

Graphique II.10
TOUX DE 15 JOURS ET PLUS 87/93

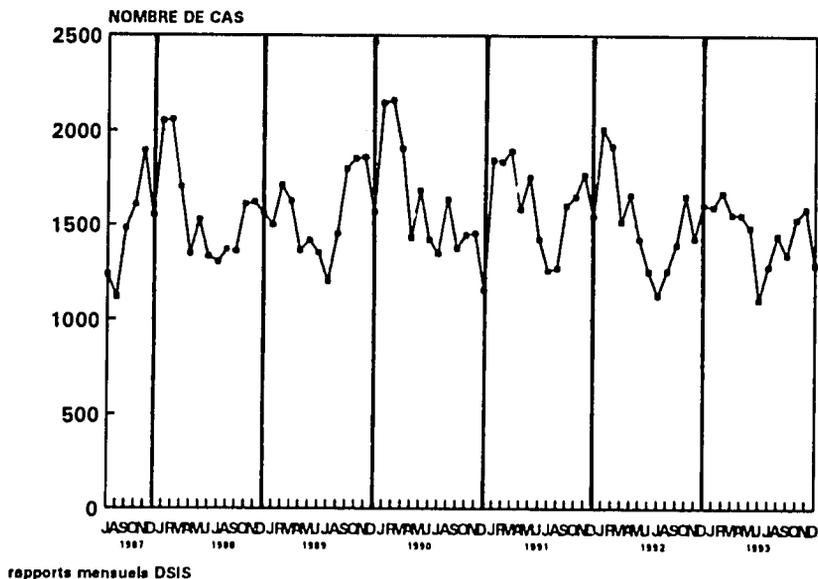


TABLEAU II 10

TUBERCULOSE
NIVEAU NATIONAL
POSTES SENTINELLES
ANNEE 1993

Préfecture	TPM+ mis en Traitement	Dont TPM+ en Retraitement	TPM- mis en Traitement	Total TP mis en Traitement	Total T E P	TPM+ Perdus de Vue
BATHA	16	10	0	16	0	0
BORKOU-ENNEDI-TIBESTI	14	10	0	14	0	1
BILTINE	15	2	0	15	2	0
CHARI-BAGUIRMI RURAL	21	3	2	23	0	7
GUERA	28	2	0	28	11	1
KANEM	75	29	5	80	20	8
LAC	82	10	0	82	22	0
LOGONE OCCIDENTAL	198	23	113	311	58	12
LOGONE ORIENTAL	257	24	16	273	11	90
MOYEN CHARI	300	28	106	406	51	10
MAYO KEBBI	145	21	17	162	27	11
N'DJAMENA	479	106	115	594	119	ND
OUADDAI	90	11	25	115	12	7
SALAMAT	2	0	0	2	0	0
TANDJILE	35	2	27	62	10	0
TOTAL	1757	281	426	2183	343	////

Source: Rapports Mensuels d'Activités MSP/DSIS.

Le tableau II.10 page 85 fournit les informations sur la tuberculose par préfecture et par catégorie de recrutement des cas. Pour 2.526 cas de tuberculose toutes formes confondues, 86,4% constituent la tuberculose pulmonaire et 13,6%, la tuberculose extrapulmonaire. La mise en retraitement des tuberculeux à bacilloscopie positive représente 16% des 1.757 cas de l'année.

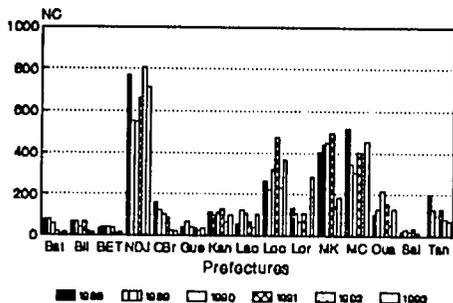
Selon les recommandations du Système d'Information Sanitaire et du Programme National de Lutte Contre la Tuberculose, la notification des cas se fait uniquement au sein des hôpitaux de référence. Ceci pour éviter la double notification au niveau national. Ce système peut expliquer en partie les baisses annuelles du nombre de cas relevés.

Il existe de nombreux problèmes de notification des données concernant la tuberculose; un des faits déterminants semble la non-communication des informations entre les responsables préfectoraux de la tuberculose et les responsables de la rédaction des rapports mensuels d'activités. Seule une supervision rigoureuse de la part des médecins responsables au niveau intermédiaire permettra d'améliorer la situation confuse de la notification actuelle.

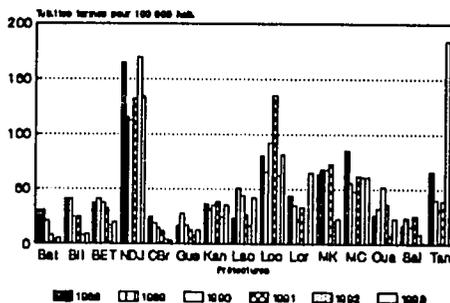
En ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, on s'aperçoit que N'Djamena (27,2%), Moyen-Chari (18,6%), Logone Occidental (14,2%) et Logone Oriental (12,5%) présentent des chiffres de détections plus importants par rapport aux autres Préfectures. Le Salamat (0,1%) représente le taux le plus bas. Quant au nombre des tuberculoses à localisation extrapulmonaire, il s'élève pour la ville de NDjamena à 37,3 %.

Graphique II.11

NOUVEAUX CAS DE TUBERCULOSE PAR PREFECTURE
Années 1988 à 1993

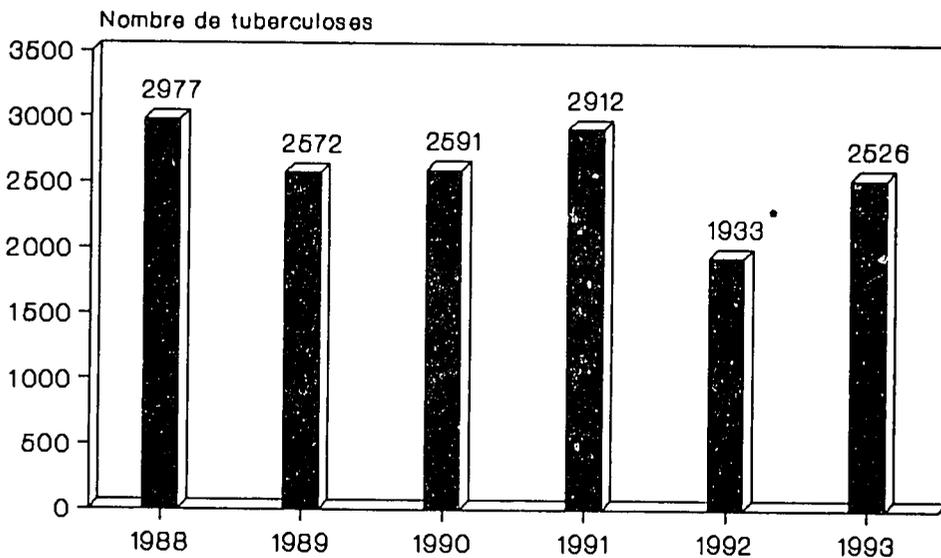


INCIDENCE DES CAS DETECTES PAR PREFECT.
1988 à 1993



Tuberculoses toutes formes

NOUVEAUX CAS DE TUBERCULOSE DETECTES 1988 à 1993



■ Tuberc.toutes formes

• sauf Logone Oriental

12. ONCHOCERCOSE

Filariose cutanéodermique causée par l'onchocerca volvulus transmis par des simulies, l'onchocercose est une maladie débilitante sévissant en zone rurale le long des cours d'eau à courant suffisamment rapide. Ses conséquences socio-économiques sont marquées par une cécité chez les individus résidents dans l'aire endémique.

Au Tchad, après la découverte du premier foyer en 1929 dans la région des chutes GAUTHIOT (Mayo-Kebbi), plusieurs autres foyers ont été décélés dans les six préfectures au Sud du pays à savoir le Mayo-Kebbi, la Tandjilé, le Logone Occidental, le Logone Oriental, le Moyen-Chari et le Salamat.

Le Programme National de Lutte Contre l'Onchocercose a mené des études qui ont permis d'estimer que:

- 3.104.693 sujets sont exposés à la maladie dans les zones d'endémicité;
- 870.000 individus sont infectés par le parasite et,
- 20.000 personnes sont aveugles.

Une enquête épidémiologique consistant en une évaluation rapide basée sur la prévalence des nodules, de la peau de léopard et le taux de cécité, ainsi qu'une évaluation parasitologique basée sur la prévalence de porteurs d'onchocerca volvulus, a été organisée pour situer les sites de distribution de l'IVERMECTINE.

Le projet de distribution de l'ivermectine en campagne de masse exécuté conjointement par le Ministère de la santé Publique et Africare concerne donc les préfectures sanitaires sus-citées. La distribution des produits contre l'onchocerca volvulus a commencé le 24 Novembre 1992 dans le Logone oriental. 71% des communautés représentant une population de 78.500 personnes sur 116.500 initialement prévues ont été traitées soit une proportion de 67% de couverture thérapeutique.

La carte II.11 page 89 présente l'aire géographique où sévit l'onchocercose au Tchad. Elle couvre une superficie totale de 192.060 km² soit 15% environ de la superficie du territoire national.

Le programme national de lutte a, en plus, impliqué la participation de la communauté et planifié le recouvrement de coût annuel d'un montant de 100 Frs CFA par personne éligible et par an en échange d'une carte ONCHO comme coût du système de distribution de l'ivermectine afin de recouvrir toute la prestation.

Carte II.11

Répartition de l'Onchocercose au Tchad en 1993



Source: P.N.L.C. Onchocercose

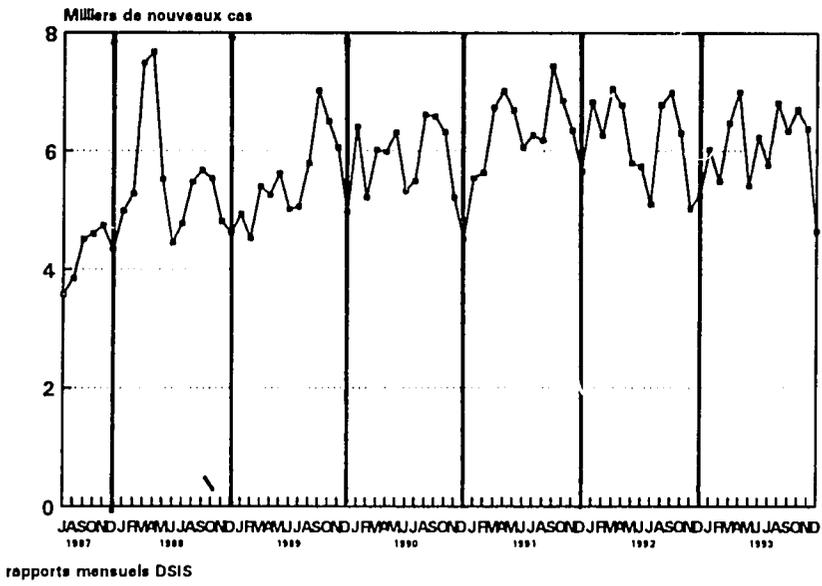
13. OTITE MOYENNE/ANGINE

L'examen du graphique II.12 page 91 confirme l'allure des variations saisonnières de ce problème de santé, le huitième par sa fréquence. C'est pendant les périodes allant de janvier à avril et d'août à novembre qu'on relève le plus grand nombre de cas. Décembre a vu un minimum de cas notifiés.

Le BET arrive en tête pour le nombre de cas/1.000 habitants (33,7) suivi de NDjamena, (28,3); la Tandjilé (4,2) et, le Logone Oriental (5,2) semblent être les moins touchés.

La tranche d'âge la plus touchée par nouveaux cas/1.000 habitants est celle des 0-11 mois (0,045), suivie de celle des enfants de 1 à 4 ans (0,025) et enfin de celle des patients de 5 ans et plus (0,0079).

GRAPHIQUE II.12 OTITES MOYENNES/ANGINES 87/93



86

14. LA ROUGEOLE

Catégorie 101 de la liste des problèmes de santé du Système d'Information Sanitaire, le nombre de cas de rougeole pour l'année 1993 s'est élevé à 20.984 cas. Ce nombre a connu une augmentation de 10,2% par rapport au nombre de cas de l'année 1992.

Le nombre total de nouveaux cas de rougeole ainsi enregistrés représente 1,2% du nombre, des nouveaux cas (NC) de l'ensemble des problèmes de santé notifiés pendant l'année. Par tranche d'âge, les pourcentages des NC de rougeole par rapport aux autres problèmes de santé sont de 1,6% pour les enfants de 0 à 11 mois, de 2,7% pour ceux de 1 à 4 ans et de 0,5% pour la tranche d'âge de 5 ans et plus. Quand on analyse ces taux de manière spécifique, on se rend compte que 19% des enfants atteints de rougeole sont de la tranche d'âge 0 à 11 mois, 50% de la tranche 1 à 4 ans et 30,6% de la tranche de 5 ans et plus. Ceci montre que les individus de 1 à 4 ans sont les plus menacés par la maladie rougeoleuse.

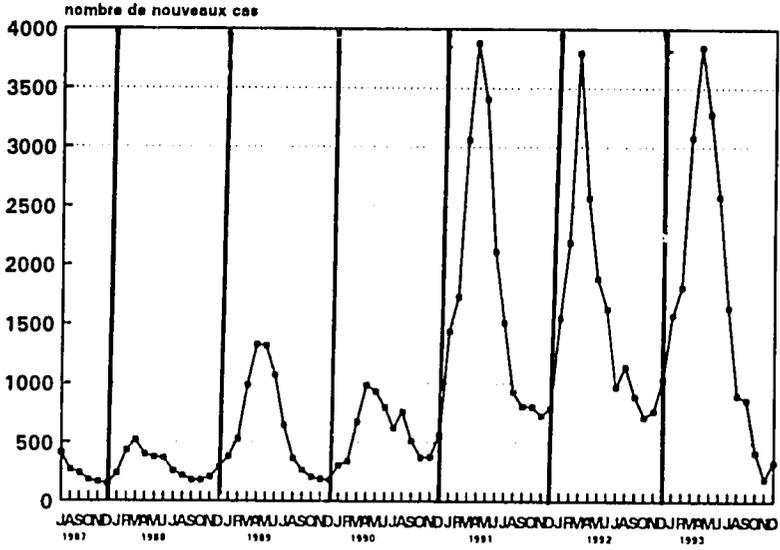
Le graphique II.13 page 93 trace la courbe de l'évolution saisonnière de la notification des cas de la rougeole. Entre 1987 et 1990, la situation est restée atténuée avec une petite bouffée d'exacerbation en 1989. Les trois années suivantes ont enregistré des épidémies de rougeole de manière continue. Les points culminants des sommets sont observés en Mars et Avril et les minimums entre Novembre et Janvier.

Cette série continue d'épidémies peut être expliquée par plusieurs problèmes:

- La conséquence de la décision 120 du Ministère de la Santé Publique qui a réduit, en 1990, la tranche d'âge admise à la vaccination de 0 à 23 mois à 0 à 11 mois. Ceci a été rétabli en 1993.
- La vaccination au quotidien instaurée par la même décision pour empêcher l'effet négatif de cette réduction de tranche d'âge n'a pas connu des jours meilleurs.
- Les difficultés rencontrées par le PEV pour alimenter régulièrement les centres de vaccination en antigènes et en équipement.
- L'inertie du personnel impayé en grève fréquente n'a pas permis d'améliorer les taux de couverture vaccinale qui fléchissent de plus en plus.

Les Préfectures Sanitaires ayant enregistré les taux de rougeole plus élevés pour 100.000 habitants sont: la ville de NDjamena avec 698 NC, le Biltine avec 505 NC, le BET avec 481 NC, le Mayo-Kebbi avec 479 NC pour 100.000 habitants. Le Logone Oriental a connu un taux plus faible (18 NC/100.000 habitants), [mais les activités sanitaires de cette dernière peuvent être considérées comme réduites, notamment à cause des troubles permanents dans la région].

Épidémiologie 00.123
ROUGEOLE Juil.87/déc.93



source: rapports mensuels DSIS

88

La carte II.12 page 95 rend compte de la situation épidémique en 1993. La ville de NDjamena et la Préfecture de Biltine sont particulièrement touchés par l'épidémie.

Une enquête réalisée par le Dr ANDRE NDIKUYEZE de l'OMS sur la répartition par tranche d'âge et l'incidence de la rougeole s'est déroulée dans la ville de NDjamena du 20 Septembre au 12 octobre 1993. 5.485 enfants ont été initialement sélectionnés dans 3.360 ménages visités. 4.985 enfants âgés de 12 à 59 mois au moment de l'enquête ont été retenus.

Parmi ces derniers, 883 ont été déclarés atteints de la rougeole entre Janvier et Septembre 1993, dont 871 répondant à la définition classique de la rougeole.

L'incidence de la rougeole dans la population enquêtée est estimée à 17,6%. Elle est de 25,2% dans la tranche d'âge de 0 à 11 mois, 19,2% dans celle de 1 à 4 ans et 7,0% dans la tranche d'âge de 5 ans et plus.

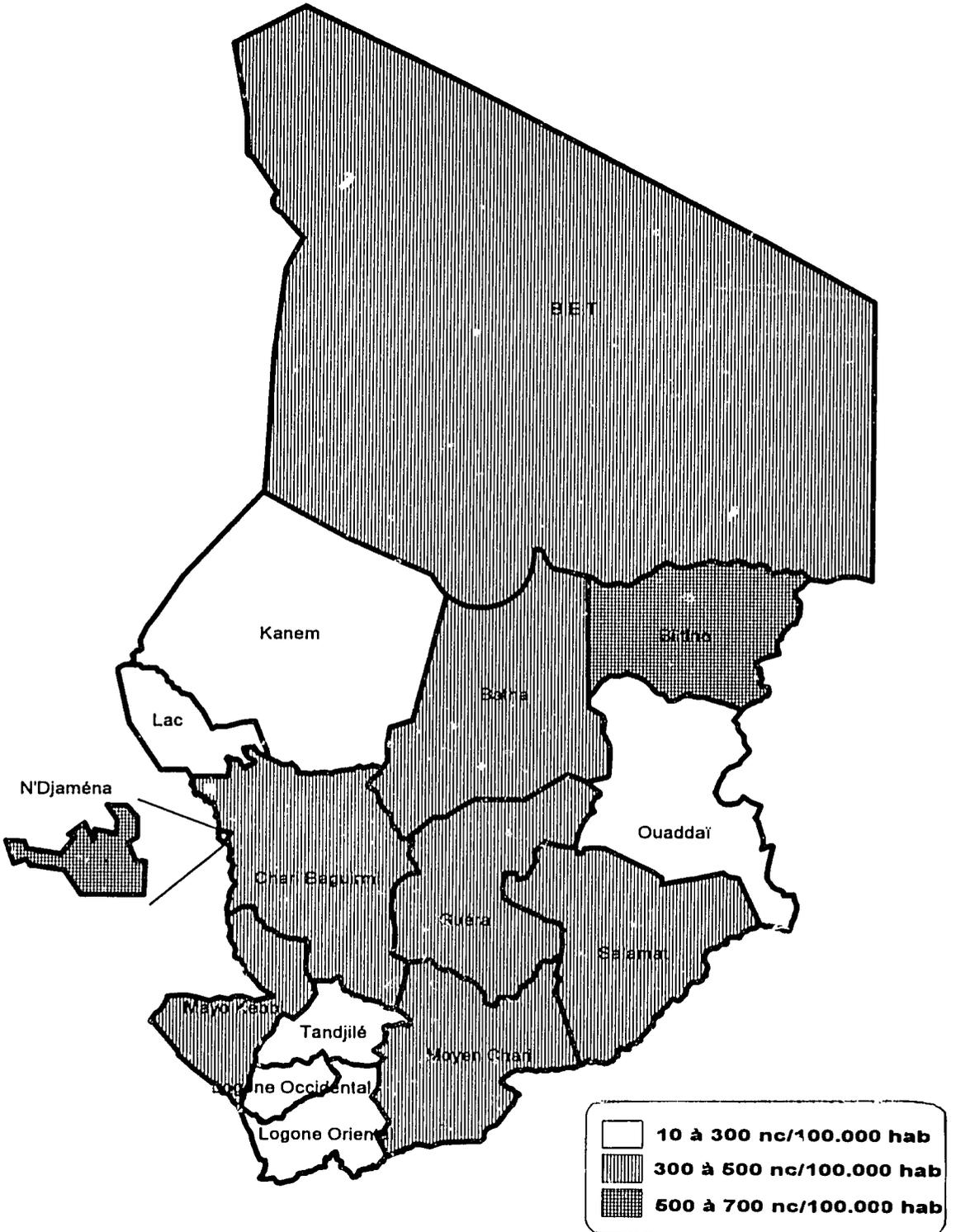
S'agissant du statut vaccinal des enfants malades, 3% des cas avaient été vaccinés au moins 14 jours avant le début de la maladie et 83% des cas de rougeole n'étaient pas vaccinés. L'efficacité vaccinale estimée en tenant compte de la vaccination documentée par carte est de 71%. Elle tombe à 48% si on ne considère que l'histoire de la vaccination.

En ce qui concerne la mortalité due à la rougeole ou à ses complications, 63 cas de décès ont été signalés par les personnes interrogées soit une létalité de 7,1%.

L'analyse de la situation de ces dernières années, incite aux efforts d'amélioration des taux de couverture vaccinale en général et de celui de la rougeole en particulier, quand bien même la tranche d'âge réduite vient d'être rétablie de 0 à 23 mois.

Carte II.12

Variations géographiques rougeole: année 1993



Source: Rapports Mensuels DSIS

15. SIDA ET MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Le syndrome d'immuno-déficience acquise dont le germe responsable est dénommé VIH appartient au groupe des maladies sexuellement transmissibles de l'homme.

Le Système d'Information Sanitaire du Tchad a retenu deux maladies sexuellement transmissibles dans ses listes de catégories et sous catégories des problèmes de santé. (voir tableau II.12 page 101).

En 1993, les hôpitaux et les centres de santé ont notifié 11.713 NC d'ulcération génitale. Il y a eu 16.477 NC d'urétrite purulente. Quant à la gonorrhée qui est une sous-catégorie spécifique des hôpitaux, 777 NC ont été notifiés. Ce qui donne un total global annuel de 28.190 NC de ces deux Maladies Sexuellement Transmissibles.

Déjà, de 1986 à 1990, 59 cas confirmés de SIDA avaient été notifiés au niveau national. Avec la mise en oeuvre des stratégies du Programme National de Lutte Contre la Pandémie, 1.538 cas cumulés ont été notifiés par les différents sites de détection du Programme de 1991 à 1993. Ce qui donne un total global des cas enregistrés avant et après la mise en place du Programme à 1.597 cas.

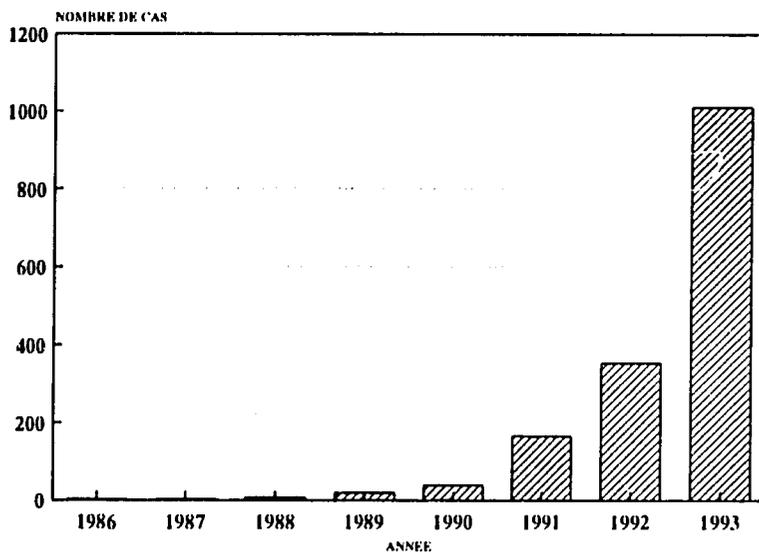
1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
2	2	7	10	38	165	363	1010

En utilisant EPIMODEL (OMS) pour estimer la prévalence de la séroposivité et des cas de SIDA - maladie à partir des données existantes, on obtient les estimations suivantes:

- Séropositifs adultes 1993: 83.671 personnes.
- Malades adultes 1993: 2.815 personnes.

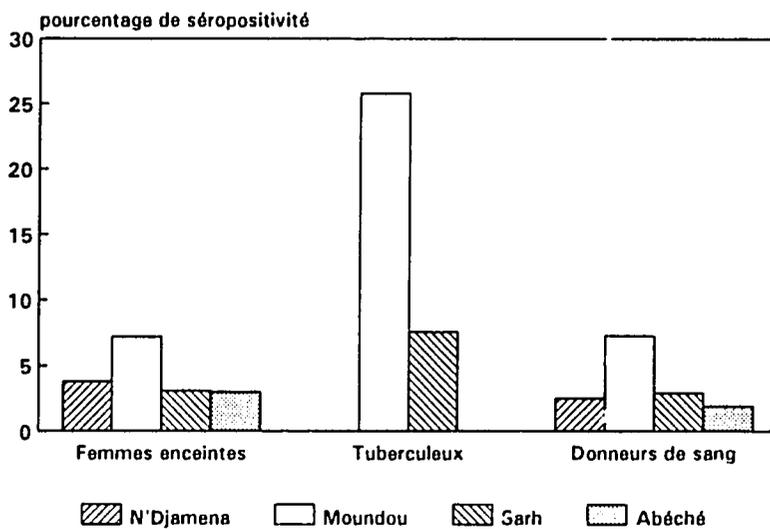
On remarquera que le taux de détection (1010) correspond environ à un tiers du nombre de cas réel estimé (1/2.7).

GRAPHIQUE II.14
NOMBRE DE CAS DE SIDA PAR AN



SOURCE: PROGRAMME SIDA/93

SIDA: Séropositivité Sites Sentinelles



source: programme SIDA 1993

92

Le rapport annuel de surveillance des cas de SIDA indique qu'en 1993, 1010 cas ont été enregistrés dont 36,3% de femmes, 31,4% d'hommes et 32,3% non spécifiés.

TABLEAU II.11

RAPPORT DE SURVEILLANCE DES CAS DE SIDA EN 1993

AGE	MASCULIN	FEMININ	NON SPECIFIE	TOTAL
0 - 04	9	5	1	15
5 - 14	1	2	0	3
15 - 19	9	21	0	30
20 - 29	108	161	0	269
30 - 39	160	92	0	252
40 - 49	50	13	2	65
50 - 59	8	4	0	12
60 ET +	3	1	0	4
NON SPECIFIE	19	18	323	360
TOTAL	367	317	326	1010

SOURCE: P N L S/1993

Ce tableau donne également la répartition des malades du SIDA par tranche d'âge. Deux d'entre elles sont les plus affectées: 20 à 29 ans avec 26,6 % et 30 à 39 ans, avec 25 % des NC.

Par catégorie de risque de transmission, 98,5 % des transmissions sont hétérosexuelles, et 1,5 % de mère à enfant.

Le graphique II.14 page 97 exprime les résultats des cas notifiés année par année. Il montre que dès la mise en place du Programme SIDA en 1991, le nombre de cas augmente fortement, par augmentation des possibilités de vérification et de notification.

Il est important de constater que le nombre de cas de SIDA maladie a doublé en 1991 et 1992, et TRIPLE entre 1992 et 1993. Ceci devrait attirer l'attention des autorités nationales, pour tenter d'enrayer un fléau à la progression galopante.

Au niveau des grands hôpitaux: N'Djamena, Moundou, Sarh et Abéché, un système de surveillance de la séropositivité a été installé depuis Mars 1991. La Division du Système d'Information Sanitaire a étudié, par an, par centre et par groupe surveillé (femmes enceintes, tuberculeux et donneurs de sang) le degré d'application de la sérosurveillance, en % de mois surveillés et en % du nombre attendu de patients dans chaque groupe-cible.

En 1991:

- % mois surveillés par rapport au nombre de mois attendus: 62%.
- % sujets surveillés par rapport au nombre de sujets attendus: 61%.

En 1992:

- % mois surveillés par rapport au nombre de mois attendus: 82%.
- % sujets surveillés par rapport au nombre de sujets attendus: 72%.

EN 1993:

- % mois surveillés par rapport au nombre de mois attendus: 65%.
- % sujets surveillés par rapport au nombre de sujets attendus: 54%.

En 1991 : difficultés à Sarh (20% sujets attendus) et Abéché (47% sujets attendus).

En 1992 : résultats les moins bons à N'Djamena (75% sujets attendus).

En 1993 : résultats les moins bons à N'Djamena (47% sujets attendus) et Abéché (58% des sujets attendus).

SEROPREVALENCE

Les premières enquêtes de séroprévalence réalisée en 1989 avaient fourni 9,5% à Sarh, 1,6% à Moundou, 1,1% à NDjamena et 0,0% à Abéché. A la même époque des enquêtes sémi-longitudinales chez les donneurs de sang avaient obtenu un résultat de 0,9% alors que les enquêtes transversales des groupes à risque de 1988 sur les tuberculeux n'avaient rien donné après 600 sérums testés. Le tableau ci-dessous exprime l'évolution de la séroprévalence du VIH par groupe de 1991 à 1993.

	1991	1992	1993
Femmes enceintes	0 à 4%	0,18 à 6,5%	1,6 à 7,2%
Tuberculeux	3,5 à 11,11%	3,5 à 18 %	0 à 7,6%
Donneurs de sang	0 à 11%	4 à 6,5%	1,8 à 7,3%

Les sites sentinelles installés depuis 1991 ont permis de suivre la tendance de l'infection à VIH, peut-être d'une manière incomplète, mais qui donne une idée sur l'évolution dans le temps et dans l'espace. En moyenne, la séro-surveillance a porté sur 70 % du temps à surveiller et sur 62 % des sujets à étudier.

TABLEAU II.12

TAUX DE DETECTION MST DANS

LE SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

1988 - 1993

ANNEE	NOMBRE DE RAPPORTS RECUS	URETRITE PURULENTE (HOMMES)	ULCERATION GENITALE (HOM-FEM) (5 ANS &+)	UP/ RAPPORT	UG/ RAPPORT
1988	3.122	14.985	6.305	4,8	2,0
1989	3.609	16.620	8.537	4,6	2,4
1990	3.748	16.636	8.770	4,4	2,3
1991	3.821	19.000	9.459	5,0	2,5
1992	4.080	16.686	9.152	4,1	2,2
1993	4.143	16.477	11.713	4,0	2,8

Source: Rapports Mensuels DSIS

16 TETANOS**16.1 TETANOS NEONATAL**

Les tendances observées les années passées sont différentes par rapport à cette année. En effet si la variation saisonnière se confirme avec un minimum de cas de janvier à avril et un maximum de cas pendant la saison des pluies de mai à novembre (voir graphique II.15 page 103), il n'en est plus de même pour le nombre total des cas enregistrés; après une tendance à la diminution observée depuis cinq ans, on a enregistré en 1993 une augmentation des cas notifiés.

Cette hausse ne peut être imputée à l'augmentation des rapports reçus (4.135 en 1993 contre 4.080 en 1992 et 3.821 en 1991) puisque les cas de tétanos néonatal n'ont cessé de baisser depuis 5 ans malgré le nombre croissant des rapports analysés.

Les différences peuvent s'expliquer par les méthodes de calcul de la population qui ont varié depuis 1988:

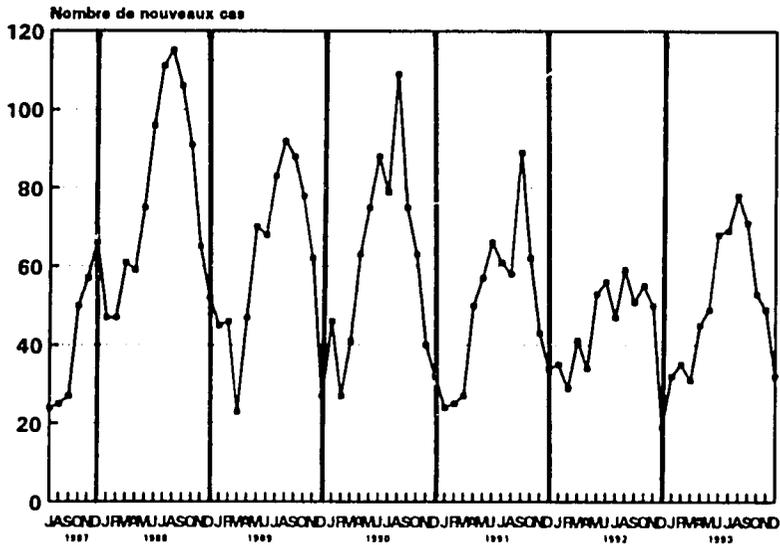
- De 1988 à 1989 les données démographiques provenaient des projections des données de l'enquête 1989;
- De 1990 à 1992 ces données provenaient des estimations faites à partir du recensement électoral de 1989.
- Enfin en 1993 les données ont été recueillies à partir du premier recensement général de la population qui a eu lieu en avril 1993.

Le tableau II.13 ci-dessous présente le nombre de cas par rapport au nombre de rapports reçus, et par rapport à la population, pour obtenir un taux ajusté.

TABLEAU II.13

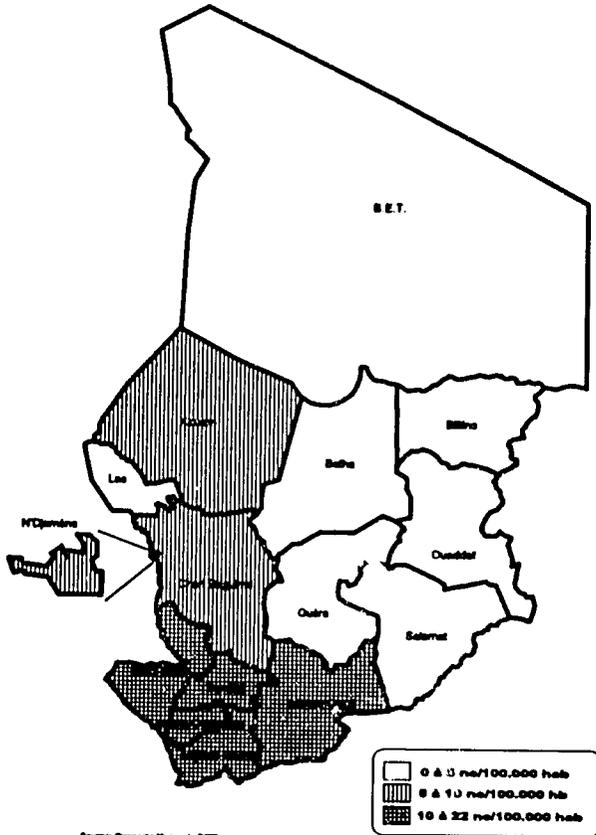
ANNEE	DOSES VAT ADMINIST.	RAPPORTS RECUS	NOUVEAUX CAS	NC/ 100.000 HBTS	NC/1000 RMA/ 1.000.000 H.
1988	326.170	3.122	925	17,97	57,6
1989	572.234	3.609	729	13,85	38,4
1990	319.953	3.748	738	13,7	36,6
1991	291.808	3.821	546	9,92	25,9
1992	280.791	4.080	529	9,38	23,0
1993	233.247	4.135	610	9,70	23,45

Graphique II.15
TETANOS NEONATAL Juil.87/déc.93



source: rapports mensuels DSIS

Carte II.13
Variations géographiques tétanos néonatal: année 1993



Source: Rapports Mensuels DSIS

98

En fait si l'on se réfère au nombre de nouveaux cas/1000 naissances attendues, la différence de rapport entre 1993 et 1992 est négligeable.

ANNEE	NAISSANCES ATTENDUES	% NC 1000 NAISSANCES ATTENDUES
1988	229.600	4,0
1989	222.734	3,2
1990	227.854	3,2
1991	222.734	2,4
1992	238.456	2,2
1993	266.120	2,2

16.2 TETANOS AUTRE

463 cas de "tétanos autre" ont été notifiés en 1993, répartis de la manière suivante:

- 15 jours-11 mois: 86 cas soit 31 cas/100.000 habitants enfants 15 jours-11 mois.
- 1 à 4 ans: 113 cas soit 15 cas/100.000 habitants enfants de 1 à 4 ans.
- 5 ans et plus: 264 cas, soit 5 cas/100.000 personnes de 5 ans et plus.

Comme le tétanos néonatal, le "tétanos autre" frappe surtout la zone soudanienne (109 cas dans le Mayo-Kebbi; 67 dans le Moyen-Chari); la ville de NDjamena a enregistré 101 cas; les préfectures les moins touchées sont le BET (1 cas), le Salamat (2 cas) et le Batha (3 cas).

A la différence du tétanos néonatal on ne retrouve pas de variation saisonnière nette pendant la saison des pluies.

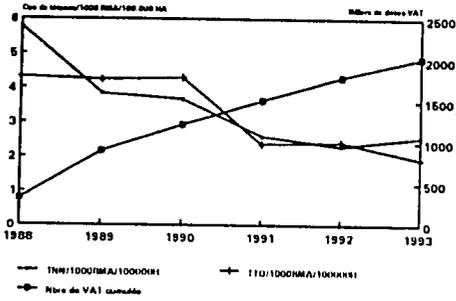
D'autre part, alors que les cas de tétanos néonatal étaient en nette diminution depuis 1988 (sauf en 1993 où il y a eu une nette hausse mais les explications sont données dans le paragraphe "tétanos néonatal"), on remarque que les cas de tétanos autre évoluent en dent de scie comme le montre le tableau ci-dessous:

ANNEE	1988	1989	1990	1991	1992	1993
T N N	925	729	738	546	529	610
Tét. autre	693	804	865	498	557	463
Rapport	1,33	0,91	0,85	1,10	0,95	1,31

Le graphique II.16 page 105 montre l'évolution conjointe des taux standardisés du tétanos néonatal, du tétanos autre par rapport aux taux cumulatifs de VAT entre 1988 et 1993. Notons que depuis 1989 les doses de VAT administrées sont d'année en année en regression.

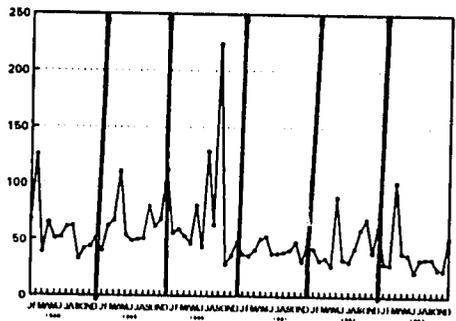
Graphique II.16

TÉTANOS ET VACCINATIONS
Evolution annuelle 1988/1993



SOURCE : rapports DDES

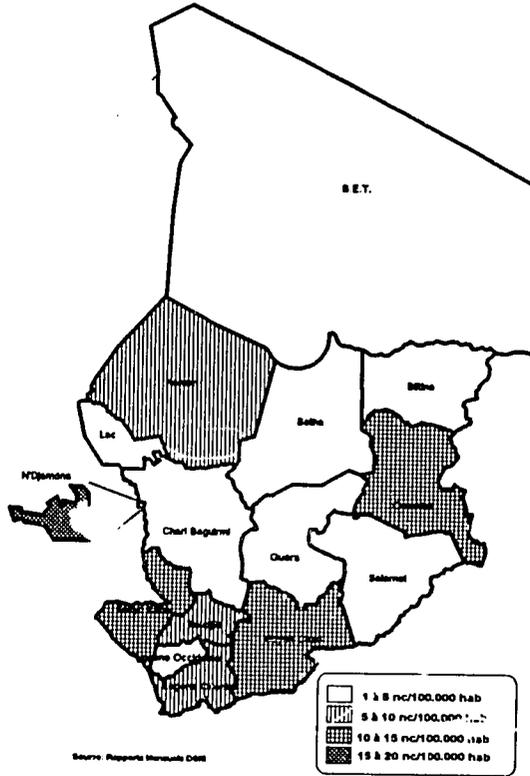
Tétanos autre
Variations saisonnières 1988/93



SOURCE : rapports DDES

Carte II.14

Variations géographiques tétanos autre: année 1993



SOURCE : Rapports Mensuels DDES

17. TOUX MOINS DE 15 JOURS

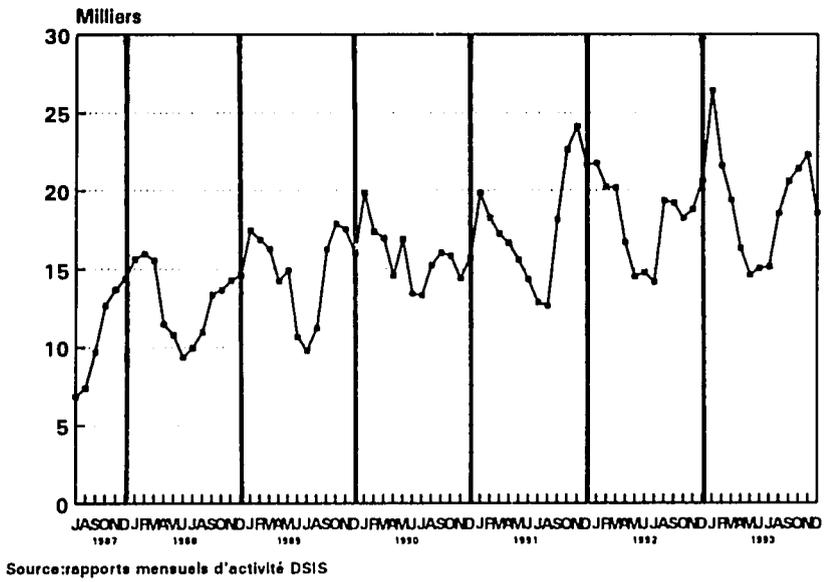
Catégorie 109, la toux de moins de 15 jours a constitué la première cause de consultation des enfants de 0 à 11 mois (24,4 %) et première cause ex-aequo avec la fièvre dans la tranche d'âge de 1 à 4 ans (18,4 %). Sur le plan national, 229.449 cas de toux de moins de 15 jours ont été enregistrés en 1993 soit un taux de 12,6 % des problèmes de santé recensés (tableau II.1 page 47).

Les taux relevés en fonction des préfectures et pour 100.000 habitants donnent 11.956 NC pour le BET, 5.797 NC pour le Mayo-Kebbi et 5.483 NC pour N'Djamena.

Sur le graphique II.17 page 107, on remarque qu'un maximum de cas sont observés en Janvier; la notification diminue ensuite jusqu'à un minimum situé entre Juillet et Août, pour remonter progressivement après la saison des pluies jusqu'au maximum de Janvier de l'année suivante.

D'année en année, avec l'augmentation du nombre de nouveaux cas notifiés, le nombre de nouveaux cas de toux de moins de 15 jours a également augmenté.

Graphique II.17
TOUX < 15 jours 87/93



102

18. PREVALENCE DES TDCI AU TCHAD

Le Programme National de Lutte Contre les Troubles Dus à la Carence en Iode mis en place au cours de 1991 a, pour la première fois, au Tchad, procédé à une enquête d'évaluation de l'endémie goitreuse. Cette enquête transversale par sondage en grappe a porté sur un échantillon représentatif de 1171 individus âgés de 10 à 20 ans, résidents dans 5 préfectures sahéliennes et 6 préfectures soudaniennes. Elle a été réalisée entre le 12 novembre et le 24 décembre 1993.

Trois types d'examens ont été utilisés pour cette étude:

- L'interrogatoire mené en fonction du questionnaire, qui s'adressait aux Chefs de foyers enquêtés ou leurs remplaçants;
- L'examen clinique qui consistait en la palpation de la glande thyroïde en vue d'apprécier les modifications possibles du volume de cette glande;
- Enfin, l'examen biologique consistant en prélèvement et en analyse des urines, à la recherche et la détermination de leur teneur en iode.

Origine des sujets enquêtés: 52% des sujets touchés par l'enquête appartiennent à la zone sahélienne et 48%, à la zone soudanienne.

Sexe: 47% des sujets sont du sexe féminin et 53% du sexe masculin.

Lieu de résidence: 72% sont du milieu urbain et 28% du milieu rural.

RESULTATS DE L'ENQUETE

1°/ Résultats de l'examen clinique

Les résultats sont fournis par entité géographique et par stade de goitre.

Ainsi, des 607 personnes de la zone sahélienne incluses dans l'enquête, 44% ont présenté une glande thyroïde normale, 47% un goitre de stade I, 8% de stade II et 1% un goitre de stade III.

Pour la zone soudanienne, sur 564 personnes vues, la glande thyroïde n'est pas palpable chez 30%; elle est palpable chez 61% des sujets et visible chez 9%

Globalement la prévalence du goitre est évaluée par l'examen clinique à 56% dans la zone sahélienne et 70% dans la zone soudanienne. Les écarts ainsi observés peuvent avoir une explication basée sur plusieurs hypothèses: comportements alimentaires distincts, différentes sources d'approvisionnement en sel ou des compositions de sol ou d'eau dissemblables.

En regardant le graphique II.18 page 111 on se rend compte que la prévalence du goitre est plus élevée en milieu rural par rapport au milieu urbain. 69 % (rural) contre 43 % (urbain) en zone sahélienne et 71 % (rural) contre 63 % (urbain) en zone soudanienne. Le pourcentage élevé des individus goitreux en milieu rural serait la conséquence d'une faible teneur en iode du sol en zone sahélienne.

De même, la différence manifeste entre milieu urbain et rural dans la zone sahélienne pourrait s'expliquer par le poids statistique de la ville de N'Djamena où les sources d'approvisionnement en nourritures sont très variées.

Le graphique fait aussi ressortir des différences considérables entre les deux sexes: 49 % des hommes atteints de goitre contre 63 % des femmes en zone sahélienne et 60 % des hommes contre 80 % des femmes en zone soudanienne. Dans les deux zones, les différences entre les sexes sont significatives, mais les explications sont difficiles à avancer. Des études anthropo-sociologiques pourraient apporter une connaissance sur les comportements alimentaires de la population.

L'analyse de la prévalence du goitre par tranches d'âge ne montre pas de tendance précise. Les fréquences dans les tranches d'âge sont stables en zone sahélienne et se situent entre 49 % et 58 % des goitreux. Dans l'échantillon du milieu soudanien, la prévalence est de 59 % dans la tranche 10 à 12 ans, 38 % dans celle de 13 à 15 ans et 69 % chez les individus de 16 à 20 ans (graphique II.18 page 111).

Sur le plan de la scolarisation, la fréquence est moins élevée chez des personnes ne fréquentant ou qui n'avaient jamais fréquenté l'école.

Dans la zone sahélienne, l'enquête a révélé 0,8 % d'individus touchés par le crétinisme et 1 % par la surdi-mutité. En zone soudanienne, il y a 0,4 % de crétins et 0,2 % de surdi-mutité. Ceci indique l'existence de poches à forte endémicité en zone sahélienne.

2°/ Résultats de l'examen biologique

1.141 prélèvements d'urine ont été réalisés; 30 d'entre eux n'ont pu être analysés parce que de qualité insuffisante.

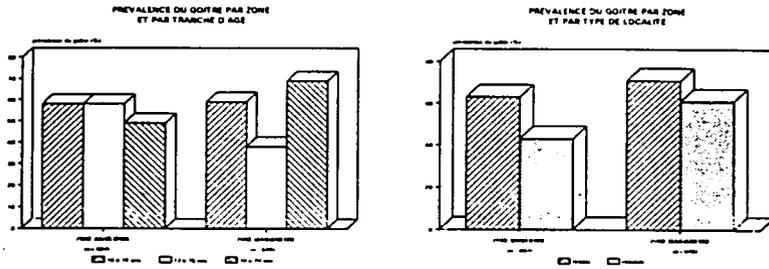
Parmi les individus de la zone sahélienne 6% ont présenté une iodurie inférieure à 25 mg/l, 79 % un taux entre 25 et 49 mg/l, 14 % un taux entre 50 et 99 mg/l et 1 % un taux supérieur à 100 mg/l. Quant à la zone soudanienne, aucun individu n'a présenté un taux supérieur à 100 mg/l; chez 32 % de ceux-ci, l'analyse des urines a révélé un taux entre 25 et 49 mg/l et chez 68 %, un taux inférieur à 25 mg/l.

En général, les taux d'iode dans les urines sont plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural. La stratification de la répartition des taux par sexe dans la zone soudanienne montre que 34 % des hommes se trouvent dans la catégorie 25 à 49 mg/l contre 30 % des femmes. 70 % des femmes et 66 % des hommes ont un taux inférieur à 25 mg/l.

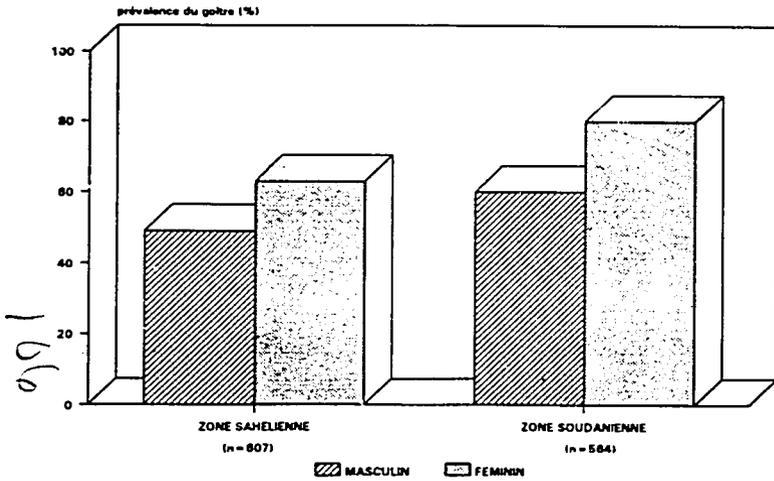
A partir de l'analyse biologique des urines, un constat se dégage: une similitude profonde avec les résultats de l'examen clinique. L'endémie des TCDI est importante dans les deux régions du pays. Elle paraît plus grave dans la zone soudanienne. La situation est sévère en milieu rural par rapport au milieu urbain et les femmes sont plus souvent et plus gravement touchées que les hommes.

La carte II.15 page 111 présente les préfectures investiguées dans les deux zones géographiques. Au total il y a eu 11 préfectures sélectionnées dont 5 en zone sahélienne et 6 en zone soudanienne. Cette dernière plus marquée donne la signification de la gravité du problème dans la région. Le démarrage des activités du programme et leur intégration effective dans les activités des structures sanitaires ainsi que l'extension des enquêtes dans le reste du pays permettront d'en savoir plus sur le degré de la prévalence des T.D.C.I au Tchad.

Graphique II.18



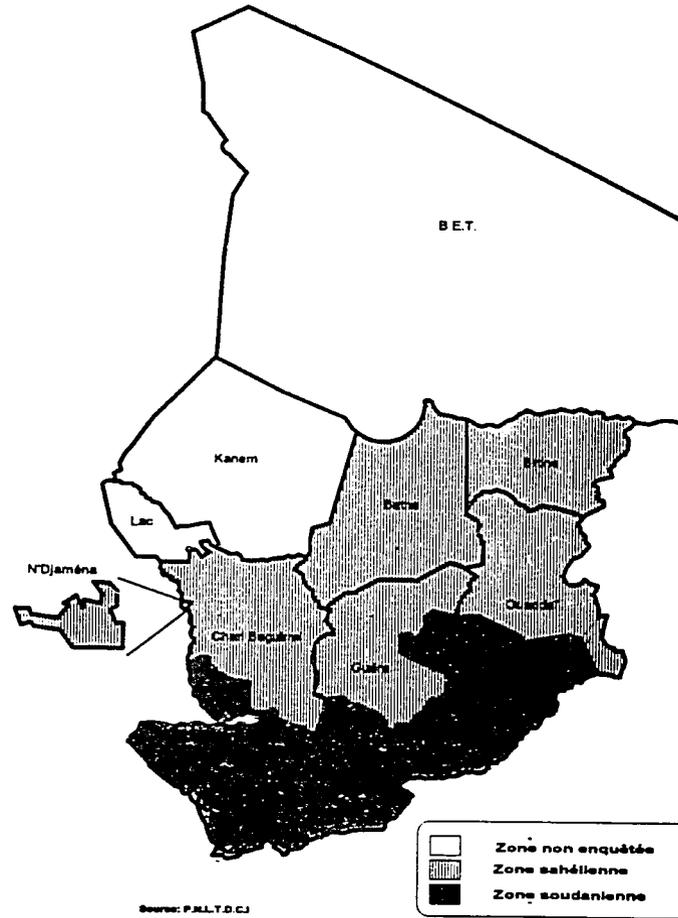
PREVALENCE DU GOITRE PAR ZONE ET PAR SEXE



Source: programme national TDCI

Carte II.15

Répartition des Préfectures dans les entités statistiques de l'enquête TDCI-1993



19. TRYPANOSOMIASE

La trypanosomiase humaine africaine à *Trypanosoma brucei* gambiense est une maladie meurtrière qui avait dans le passé, fait chuter de riches royaumes de l'Afrique Equatoriale. En recrudescence actuellement, cette parasitose redoutable sévit dans les trois préfectures du Tchad frontalières avec la République du Cameroun et la République Centrafricaine où les foyers sont nombreux.

Quatre foyers sont bien connus depuis plusieurs années. On dénombre 14 cantons affectés rien que dans les deux Logones, en 1993. C'est dire que les foyers se multiplient dans la région, et/ou que le dépistage s'est accentué.

Tableau: cantons affectés

LOGONE OCCIDENTAL	LOGONE ORIENTAL
TAPOL	ANDOUM
NGONDONG	LOUMBOGO
LAOKASSY	MBOUROUM
BEINAMAR	YAMODO
DODINDA	KABA ROUANGA
MOUNDOU	TIMBERI
	MBAIKORO
	BODO

Pour l'année 1993, les données fournies proviennent uniquement du Logone Occidental et du Logone Oriental. En terme de prévalence, les deux préfectures ont pris en charge 420 malades dont 17,4 % dans le Logone Oriental et 83,6 % dans le Logone Occidental. Le nombre de nouveaux cas dépistés pendant l'année est de 65 dont 49,2 % dans Logone Oriental et 50,8 % dans le Logone Occidental. Aucun décès n'a été enregistré dans l'année et 338 malades sont considérés comme guéris.

Le premier volet de la lutte: dépistage actif, traitement au centre de référence et suivi des anciens cas sous contrôle dans leur village est actuellement en place dans les deux Logones. De plus, l'intégration de la lutte dans les centres de santé a débuté en Avril 1993 dans le foyer de Tapol avec la formation aux techniques de dépistages du laborantin du centre de santé de DOITI.

TABLEAU II.14

**SITUATION DE LA TRYPANOSOMIASE DANS
LES DEUX LOGONES EN 1993**

ANNEE	PREFEC- TURE	CANTONS	NBRE TOT. DES TRYP.	NBRE DES N.C	NBRE DES DECES	NBRE DES MAL.GUERI
1993	LOG.ORI.	ANDOUM	15	10	-	6
		LOUMBOGO	17	2	-	-
		MBOUROUM	13	-	-	-
		YAMODO	4	-	-	-
		KABA-ROUA	1	-	-	-
		TIMBERI	2	-	-	2
		MBAIKORO	1	-	-	1
		BODO	20	20	-	-
		TOTAL	73	32	-	13
1993	LOG.OCCI.	TAPOL				
		NGONDONG				
		LAOKASSY				
		BEINAMAR				
		DODINDA				
		MOUNDOU				
		TOTAL	347	33	-	325

Source: Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase/1993

2.3. MORTALITE MATERNELLE

Les données présentées dans le tableau II.15 page 115 relèvent exclusivement de la Maternité de l'Hôpital Général de Référence Nationale de NDjamena et ne peuvent pas refléter la situation réelle pour l'ensemble du pays. La mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes est nettement plus élevée au niveau national. Avec la révision de notre Système d'Information Sanitaire qui tire à sa fin, nous pourrons disposer dans deux ans de données plus fiables.

En 1993, 9.006 accouchements ont eu lieu à la Maternité de NDjamena et les chiffres du recensement général de la population d'Avril 1993 indiquent que 22.411 accouchements ont eu lieu à N'Djamena. Ceci veut dire qu'environ 40 % des accouchements ont eu lieu à la Maternité.

Le même tableau montre que le taux de mortalité maternelle qui était en régression depuis 1988 a augmenté par rapport à l'année dernière (222 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1993 contre 194 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1992). Cette augmentation peut-elle être imputée aux perturbations sociales ou à une mauvaise notification? La question reste posée.

TABLEAU II 15

MORTALITE MATERNELLE A L'HOPITAL DE N'DJAMENA

	ANNEES													
	1987		1988		1989		1990		1991		1992		1993	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
ACCOUCHEMENTS	6 763	-	7 000	-	7 329	-	8 835	-	9137	-	10316		9006	
NAISSANCES VIVANTES	6 457	-	6 793	-	7 176	-	8 773	-	9041	-	10300		8969	
CAUSES DIRECTES DE MORTALITE MATERNEL.														
Eclampsie	4	8	12	19,04	4	7,8	7	18,42	4	22,22	7	35,00	6	31,57
Infection Post Partum	13	26	10	15,87	11	21,5	5	13,16	3	16,67	-	-	4	21,05
Infection Post Abortum	2	4	4	6,35	2	3,9	5	13,15	0	-	5	25,00	2	10,52
GEU	3	6	3	4,76	0	-	1	2,63	1	5,56	-	-	0	-
Rupture Utérine	8	16	4	6,35	6	11,7	4	10,53	1	5,56	2	10,00	2	10,52
Hémorragie Anémie	11	22	12	19,04	14	27,4	11	28,95	1	5,56	4	20,00	0	-
DPPNT PL. PRAEVIA														
TOTAL	41	82	45	71,43	37	72,5	33	86,84	10	55,56	18	90,00	14	73,68
CAUSES INDIRECTES DE MORTALITE MATRNL.														
Hépatite et Grossesse	6	12	8	12,70	5	9,8	4	10,53	1	5,56	1	5,00	4	21,06
Infections	3	6	10	15,87	1	1,9	1	2,63	3	16,67	-	-	0	-
Tumeurs et grossesse	0	-	0	-	0	-	0	-	1	5,56	-	-	0	-
Syndromes vasculo-rénaux et gross.	-	-	-	-	2	3,9	-	-	-	-	1	5,00	1	5,26
TOTAL	9	18	18	28,57	8	15,6	5	13,16	5	27,78	2	10,00	5	26,32
MORTS MATERNELLES NON CLASSEES	0	-	0	-	6	11,8	0	-	3	16,67	-	-	1	-
TOTAL PENDANT LA GROSSESSE	50	100,00	63	100,00	51	100,00	38	100,00	18	100 %	20	100 %	20	100%
MORTALITE MATERNELLE POUR 100.000 NAISSANCES VIVANTES	774	-	927	-	710	-	433	-	197	-	194		222	-

Source : Registres de la Maternité de l'Hôpital Général de Référence nationale de NDJAMENA 1987/1993/DSIS

REMARQUES: Eclampsie: il s'agit ici des femmes qui pour la plupart n'étaient pas suivies et ont été amenées à la maternité en coma éclamptique.

Infection post-abortum: ce sont des avortements clandestins faits dans les quartiers et les femmes arrivent en état de choc septique.

107

CHAPITRE III

RESSOURCES SANITAIRES

CHAPITRE III: RESSOURCES SANITAIRES

3.1 PLAN DE DECOUPAGE SANITAIRE, INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS

INTRODUCTION: PLAN DE COUVERTURE SANITAIRE

Dans le cadre de l'adoption par le Ministère de la Santé Publique du "Scénario de développement en trois phases", un PLAN DE COUVERTURE SANITAIRE a été élaboré, basé sur le mode d'organisation suivant:

- Un niveau central comprenant les Directions Centrales et les Institutions Nationales;
- Un niveau intermédiaire comprenant les 14 préfectures socio-sanitaires, elles-mêmes correspondant aux 14 préfectures administratives du Tchad. Il est prévu dans le modèle théorique en outre que chaque Préfecture possède un hôpital préfectoral de référence.
- Un niveau périphérique composé de districts et de zones de responsabilité dont la répartition repose sur les critères suivants:

- Les districts:

- * Population variant entre 100 et 250.000 habitants;
- * Aire géographique: généralement la Sous-Préfecture Administrative;
- * Tenir compte des ressources existantes;
- * Lieu d'implantation du centre de référence: généralement le chef-lieu de sous-préfecture.

- Les zones de responsabilité:

- * Population: environ 10.000 habitants;
- * Aire géographique: rayon de 10 Km et/ou 2 heures de marche;
- * Tenir compte des ressources existantes;
- * Tenir compte des regroupements ethniques et des habitudes socio-économiques.

**3.1.1 PLAN DE DECOUPAGE EN DISTRICTS
ET ZONES DE RESPONSABILITE**

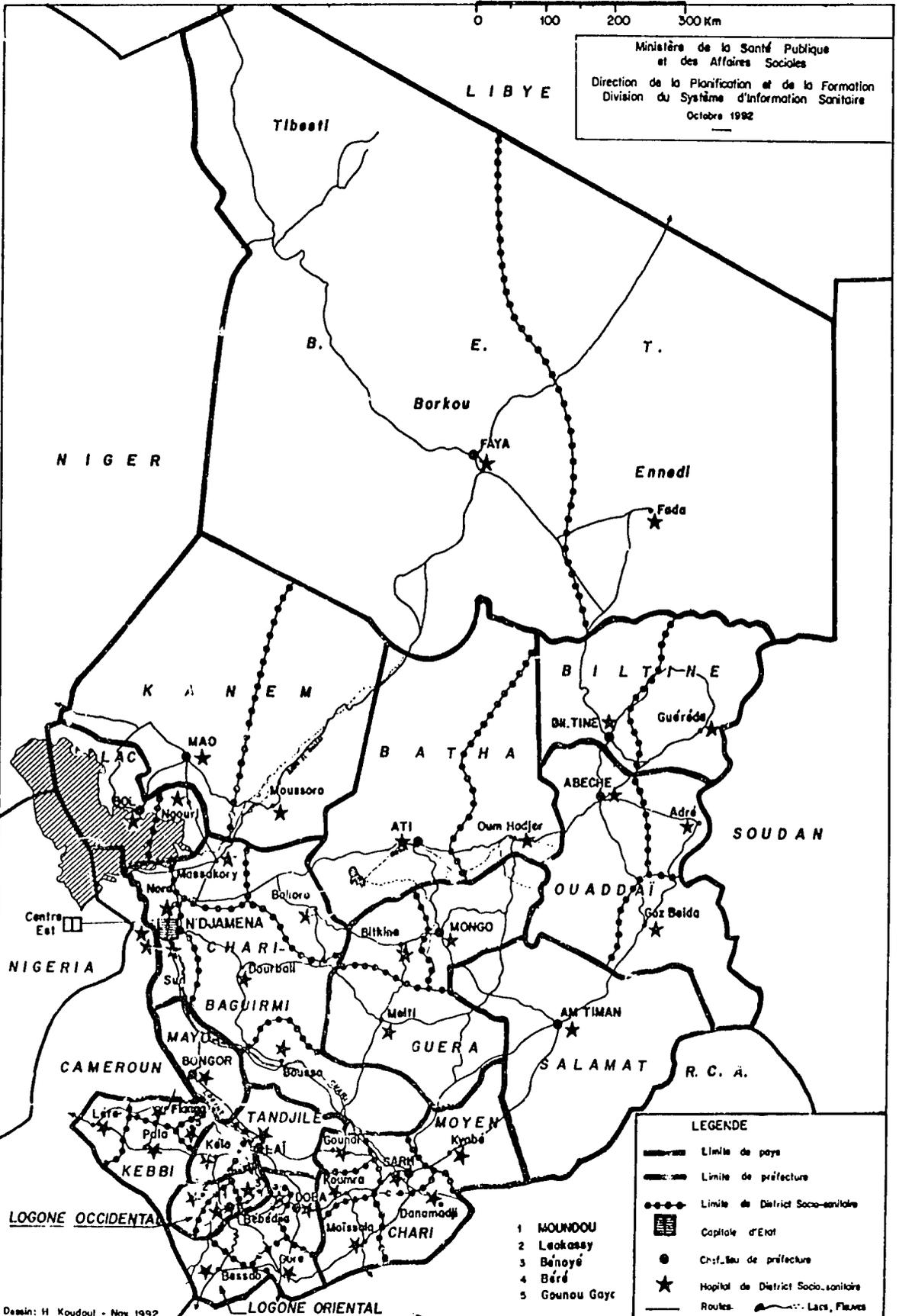
Le tableau III.1 ci-dessous présente le découpage du pays en districts.

La carte III.1 page 121 visualise ce découpage

**TABLEAU III.1
LISTE DES DISTRICTS**

PREFECTURE SOCIO-SANITAIRE	NOM DISTRICT SOCIO-SANITAIRE	PREFECTURE SOCIO-SANITAIRE	NOM DISTRICT SOCIO-SANITAIRE
Batha	Ati-Djedda Oum-Hadjer	Logone Oriental	Doba Goré Bébédjia Bessao
Biltine	Biltine Guéréda	Mayo-Kebbi	Bongor Fianga Gounou-Gaya Pala Léré
BET	Borkou/Tibesti Ennedi	Moyen-Chari	Sarh Kyabé Goundi Koumra Moïssala Danamadji
Chari-Baguirmi	Farcha Chagoua N'Dja. centre Diguel Bouso Massakory Dourbali Bokoro	Ouadaï	Abéché Adré Goz-Beida
Guéra	Mongo Bitkine Melfi	Salamat	Am Timan
Kanem	Mao Moussoro	Tandjilé	Laï Béré Kélo
Lac	Bol Ngouri	Total	46
Logone Occidental	Moundou Bébalem Laoukassi		

SOURCE: DSIS/93



3.1.2 APPUI AU FONCTIONNEMENT DES DISTRICTS

Le tableau III.2 page 123 présente la liste des districts sanitaires, les estimations de population fournies par les médecins-chefs de district/préfecture, le nombre de zones de responsabilité définies par le plan de couverture (colonne "nombre de ZR"), et celles où existent déjà des centres sanitaires (colonne " ZR fonct.").

Les chiffres de population provenant de la périphérie, de sources diverses, et non des extrapolations de la DSIS à partir des chiffres nationaux, il existe forcément des différences; nous avons mentionné ces chiffres malgré tout, car ils sont les seules informations disponibles pour le niveau des districts (les extrapolations se limitent aux populations des préfectures), et parce qu'ils ont servi à calculer les estimations de couverture théorique des populations. En plus, nous avons repris les chiffres de 1992 pour certains districts (tous les districts de Logone Occidentale et Orientale, Moussoro, Danamadji et Béré) qui ne nous ont pas communiqué des nouveaux chiffres.

La dernière colonne renseigne sur la fonctionnalité des districts ("district fonct."). Il s'agit en fait, sur base de critères minimaux, d'évaluer le nombre de districts où un minimum "d'ingrédients" existent:

- La présence de bâtiments pour l'hôpital de district;
- La présence d'au moins un médecin;
- Le ravitaillement permanent en médicaments essentiels et appui global au fonctionnement.

Suivant ces critères, 28 districts sont "fonctionnels" sur les 46 définis par le plan de couverture.

Ces 28 districts sont constitués de:

- 12 districts centraux: Ati, Biltine, Faya, Mongo, Mao, Bol, Bongor, Sarh, Abéché, Am-Timan, NDjamena Centre Est, Laï.
- 16 districts périphériques: Oum-Hadjer, Bokoro, Bousso, Massakory, Gounou-Gaya, Fianga, Pala, Goundi, Kyabé, Adré, Kélo, Bebedjia, Moïssala, Fada, Moussoro et Léré.

TABLEAU III-2: DISTRICTS/ZONES DE RESPONSABILITE

PREFECTURE SOCIO-SANITAIRE	DISTRICT SOCIO-SANITAIRE	POPULATION	NBRE DE ZR	ZR FONCT.	DISTRICT FONCT.	PREFECTURE SOCIO-SANITAIRE	DISTRICT SOCIO-SANITAIRE	POPULATION	NBRE DE ZR	ZR FONCT.	DISTRICT FONCT.
1. BATHA	ATI	190.345	17	9	OUI	10. MAYO-KEBBI	BONGOR	174.443	18	13	OUI
	OUM-HADJER	108.338	11	9	OUI		FIANGA	137.000	14	9	OUI
2. BILTINE	BILTINE	80.009	8	3	OUI		GOUNOU-GAYA	137.750	12	9	OUI
	GUERADA	86.685	11	3	NON		PALA	153.286	12	7	OUI
3. B.E.T	BORKOU/TIBESTI	66.200	10	9	OUI	11. MOYEN-CHARI	LERE	102.718	12	7	OUI
	ENNEDI	53.800	6	5	OUI		SARH	146.634	13	8	OUI
4. CHARI-BAG.RURAL	BOUSSO	109.635	12	6	OUI		KYABE	102.000	12	8	OUI
	MASSAKORY	253.779	13	6	OUI		GOUNDI	100.257	8	8	OUI
	DOURBALI	92.515	8	3	NON	KOUMRA	293.252	14	11	NON	
	BOKORO	144.210	16	9	OUI	MOISSALA	94.110	10	9	OUI	
5. GUERA	MONGO	104.068	13	5	OUI	DANAMADJI	77.000	9	5	NON	
	BITKINE	71.702	10	6	NON	12. N'DJAMENA	FARCHA	110.000	13	10	NON
	MELFI	52.958	7	1	NON		CHAGOUA	260.000	23	12	NON
6. KANEM	MAO	177.891	24	16	OUI		CENTRE	246.925	21	4	OUI
	MOUSSORO	73.461	12	3	OUI		DIGUEL		19		NON
7. LAC	BOL	111.400	14	4	OUI	13. OUADDAI	ABECHE	161.207	25	15	OUI
	N'GOURI	128.340	18	8	NON		ADRE	84.000	10	9	OUI
8. LOGONE OCCIDENTAL	MOUNDOU	274.000	17	9	NON		GOZ-BEIDA	114.300	9	7	NON
	BEBALEM	198.996	13	6	NON	14. SALAMAT	AM-TIMAN	185.981	16	5	OUI
	LAOKASSI	125.657	10	7	NON		15. TANDJILE	LAI	100.624	23	12
9. LOGONE ORIENTAL	DOBA	212.000	19	14	NON	KELO		217.396	18	9	OUI
	BEBEDJIA	163.000	16	11	OUI	BERE		134.869	10	4	NON
	GORE	63.000	11	4	NON						
	BESSAO	103.000	18	11	NON						
TOTAUX						46	6.178.841	635	348	28/46	

Source: INVENTAIRE DSIS/93

RFST AVAILABLE COPY

116

Les 18 districts ne répondant pas à ces critères très minimaux:

- Ne disposent pas d'un Hôpital de Référence: Guéréda, Dourbali, Farcha, Chagoua, N'Djamena-Est, Bitkine, Melfi, Ngouri, Laokassy, Goré, Bessao, Danamadji.
- Disposent de bâtiments, mais pas de médecin: Béré, Goz-Beïda.
- Disposent de bâtiments, d'un médecin, mais manquent d'un approvisionnement permanent en médicaments essentiels: Doba et Koumra.
- Disposent de bâtiments, des médecins et médicaments mais pas de supervision, d'organisation structurée en district: Moundou et Bebalem.

Le tableau III.3, page 128, nous précise, pour chaque district sanitaire, les appuis globaux au fonctionnement. Concrètement, ceci signifie un appui en médicaments, et au fonctionnement de l'équipe de district.

Ceci va dans le sens de la politique sanitaire nouvelle, qui se base sur le district comme pierre angulaire du système de dispensation de services, et qui tend donc à proposer une prise en charge par district, en privilégiant une approche intégrée des activités.

Ceci afin d'éviter la problématique courante où par exemple un programme de consultation prénatale est instauré, mais où on ne peut référer les femmes à risque par manque de bloc opératoire pour effectuer une césarienne...

Sur 46 districts, 29 soit 63% bénéficient d'une prise en charge plus ou moins globale du fonctionnement.

- 10 districts centraux:

ATI	:	CEE
BILTINE	:	CRS/CEE
BORKOU/TIBESTI	:	CEE
MONGO	:	CEE
MAO	:	CEE
BOL	:	CEE
BONGOR	:	MSF
ABECHE	:	CEE
AM-TIMAN	:	CEE
LAI	:	BM

Organismes d'appui: FED: 7 districts + celui de Biltine (avec la Croix-Rouge Suisse).

MSF: 1 district.

- 22 districts périphériques:
- | | |
|-------------|------------|
| OUM HADJER | : FED |
| GUEREDA | : FED/CRS |
| FADA | : FED |
| BOKORO | : ITS |
| BOUSSO | : ITS |
| DOURBALI | : ITS |
| MASSAKORY | : ITS |
| BITKINE | : FED |
| MELFI | : FED |
| MOUSSORO | : FED |
| NGOURI | : FED |
| GOUNOU-GAYA | : MSF |
| FIANGA | : MSF |
| PALA | : MSF |
| LERE | : MSF |
| GOUNDI | : BELACD |
| KYABE | : ITS |
| ADRE | : FED/PROT |
| GOZ-BEIDA | : FED |
| KELO | : UNICEF |
| BEBEDJIA | : BELACD |
| MOISSALA | : BELACD |

Organismes d'Appui à ces districts périphériques:

- FED: 9 districts (dont 3 en collaboration: avec la Croix-Rouge Suisse, les missions protestantes et l'OMS.
- ITS : 5 districts
- MSF : 4 districts
- BELACD: 3 districts
- UNICEF: 1 district.

Dix-sept districts sont pris en charge de façon partielle ou ne sont pas pris en charge du tout: les 3 districts de N'Djamena, les 3 districts du Logone Occidental, les 3 districts du Logone Oriental, 3 districts du Moyen-Chari, et 1 des 3 districts de la Tandjilé.

Des prises en charge en médicaments pour les quatre districts de NDjamena par la Banque Mondiale (Projet PADS).

Il faut malheureusement remarquer qu'il n'existe aucun district fonctionnel sans appui extérieur.

D'une manière générale, s'il faut parler des districts véritablement opérationnels, on ne peut citer, que seul Goundi, qui a couvert toutes les Zones de Responsabilité en Centres de Santé, avec une supervision régulière, et un appui global au fonctionnement de l'équipe de district.

Une première remarque s'impose quant à la participation du secteur confessionnel au développement du système actuel de santé:

- BELACD s'intègre assez bien au système, l'exemple de Goundi et de Bebedjia l'illustre.
- Par contre, il existe un certain nombre de problèmes entre la confession Protestante et les Préfectures que le niveau central doit résoudre: deux districts (Béré et Bebalem) sont confiés aux Protestants, malheureusement, les médecins de Bebalem par exemple ne s'occupent exclusivement que de leurs Formations Sanitaires, laissant les autres sous leur responsabilité sans soutien en supervision et en approvisionnement en médicaments.

Techniquement et matériellement, le district de Bebalem devrait être opérationnel mais malheureusement il y manque une organisation structurée en district. Le niveau central peut combler cette lacune en affectant dans ce district un médecin qui s'occupera exclusivement de cette organisation.

La deuxième remarque concerne le district de Moundou.

Le district de Moundou, qui depuis 1992, était considéré comme opérationnel, ne l'est pas en ce sens que le soutien de la Coopération Française ne s'est limité qu'à l'hôpital de Moundou et non à l'ensemble du district; en plus de cette raison, le district n'a pas un médecin-chef chargé de l'organisation et de la supervision des Formations Sanitaires dudit district.

La troisième remarque concerne le Moyen-Chari.

Au Moyen-Chari, seuls les districts de Kyabé (ITS), Goundi et Moïssala (BELACD) qui ont une organisation structurée de district. Les districts de Sarh et de Koumra, qui ont pourtant de médecin et de bâtiments ne fonctionnent pas comme un district car ils ne sont pas approvisionnés en médicaments. L'USAID, qui est sensée apporter un appui global en fonctionnement, ne se limite qu'à l'aspect Formation et Recouvrement des Coûts.

Enfin, la dernière remarque concerne l'appui de la banque Mondiale (Projet PADS) pour la ville de NDjamena, cet appui vise tout simplement à réhabiliter certains Centres de Santé de la Capitale et de les approvisionner en médicaments en vue d'effectuer le Recouvrement des Coûts. Or un district ne peut être opérationnel que s'il existe un deuxième échelon, mais malheureusement, Chagoua et Farcha qui possèdent tous les atouts, restent non fonctionnels à cause des bâtiments d'hospitalisation.

TABLEAU III.3

**LISTE DES DISTRICTS DES ZONES DE RESPONSABILITE
ET DES APPUIS AU FONCTIONNEMENT**

PREFECTURE	DISTRICT	C/P	POPULATION	ZONES ZR TOT	RESP. EXIST	HOPITAL BATIM	DISTRICT MEDECIN	APP. FONCT GLOB.	DISTRICT PAR
BATHA	ATI	C	190.345	17	9	OUI	OUI	OUI	FED
	OUM-HADJER	P	108.388	11	9	OUI	OUI	OUI	FED/OMS
BILTINE	BILTINE	C	80.009	8	3	OUI	OUI	OUI	FED/CRS
	GUEREDA	P	86.685	11	3	OUI	NON	OUI	FED/CRS
B E T	BORKOU/T	C	66.200	10	9	OUI	OUI	OUI	FED
	ENNEDI	P	53.800	6	5	OUI	OUI	OUI	FED
CHARI-BAGUIRMI	BOKORO	P	144.210	16	9	OUI	OUI	OUI	ITS/OMS
	BOUSSO	P	109.635	12	6	OUI	OUI	OUI	ITS
	DOURBALI	P	92.515	8	3	NON	NON	OUI	ITS
	MASSAKORY	P	253.779	13	6	OUI	OUI	OUI	ITS
	NDJA-CEN/EST	C	246.725	21	10	OUI	OUI	OUI	BM/CONFES/ITS
	NDJAMENA EST	C		19	0	NON	NON	OUI	BM/CONFES/ITS
	NDJAM-NORD	P	110.000	13	10	NON	OUI	OUI	BM/ITS/CONFES
NDJAM-SUD	P	260.000	23	12	NON	OUI	OUI	BM/ITS/CONFES	
GUERA	HONGO	C	104.068	13	5	OUI	OUI	OUI	FED/CONFES
	BITKINE	P	71.702	19	6	NON	NON	OUI	FED/CONFES
	MELFI	P	52.958	7	1	OUI	NON	OUI	FED/CONFES
KANEM	MAO	C	177.891	24	16	OUI	OUI	OUI	FED
	MOUSSORO	P	73.461	12	3	OUI	OUI	OUI	FED
LAC	BOL	C	111.400	14	4	OUI	OUI	OUI	FED/OMS
	NGOURI	P	128.340	18	8	NON	NON	OUI	FED
LOGONE OCCIDENTAL	HOUNOOU	C	274.000	17	9	OUI	NON	NON	F/C/OMS/W
	BEBALEM	P	198.996	13	6	OUI	NON	NON	CONFES
	LAOKASSY	P	125.657	10	7	NON	NON	NON	CONFES
LOGONE ORIENTAL	DOBA	C	212.000	19	14	OUI	OUI	NON	CONFES/WV
	BEBEDJIA	P	163.000	16	11	OUI	OUI	OUI	CONFES
	BESSAO	P	103.000	18	11	NON	NON	NON	CONFES
	GORE	P	63.000	11	4	NON	NON	NON	CONFES
MAYO-KEBBI	BONGOR	C	174.443	18	13	OUI	OUI	OUI	MSP/CONFES
	FIANGA	P	137.000	14	9	OUI	OUI	OUI	MSP/CONFES
	GOUNOU-GAYA	P	137.750	12	9	OUI	OUI	OUI	MSP/CONFES
	PALA	P	153.286	12	7	OUI	OUI	OUI	MSP/CONFES
	LERE	P	102.718	12	7	OUI	OUI	OUI	MSP/CONFES
MOYEN-CHARI	DANAMADJI	P	77.000	9	5	NON	NON	NON	ITS
	GOUNDI	P	100.257	8	8	OUI	OUI	OUI?	ATCP/BEL.
	KOUMRA	P	293.252	14	11	OUI	OUI	NON	CONFES
	KYABE	P	102.000	12	8	OUI	OUI	OUI	ITS/CONFES
	HOISSALA	P	94.110	10	9	OUI	OUI	OUI!	CONFES
	SARH	C	146.634	13	8	OUI	OUI	OUI	ITS
OUADDAI	ABECHE	C	161.207	25	15	OUI	OUI	OUI	FED/CONFES
	ADRE	P	94.000	10	9	OUI	OUI	OUI	FED/CONFES
	GOZ-BEIDA	P	114.300	9	7	OUI	NON	OUI	FED
SALAMAT	AM-TIMAN	C	185.981	16	5	OUI	OUI	OUI	FED
TANDJILE	BERE	P	134.869	10	4	OUI	NON	NON	CONFES
	KELO	P	217.396	18	9	OUI	OUI	OUI	UNICEF/CONFES
	LAI	C	100.674	13	12	OUI	OUI	OUI	BM/CONFES/WV
T O T A L	46		6.178.841	635	348				

BEST AVAILABLE COPY

Les 18 districts ne répondant pas à ces critères très minimaux:

- Ne disposent pas d'un Hôpital de Référence: Guéréda, Dourbali, Farcha, Chagoua, N'Djamena-Est, Bitkine, Melfi, Ngouri, Laokassy, Goré, Bessao, Danamadji.
- Disposent de bâtiments, mais pas de médecin: Béré, Goz-Beïda.
- Disposent de bâtiments, d'un médecin, mais manquent d'un approvisionnement permanent en médicaments essentiels: Doba et Koumra.
- Disposent de bâtiments, des médecins et médicaments mais pas de supervision, d'organisation structurée en district: Moundou et Bebaïem.

Le tableau III.3, page 128 et 129, nous précise, pour chaque district sanitaire, les appuis globaux au fonctionnement. Concrètement, ceci signifie un appui en médicaments, et au fonctionnement de l'équipe de district.

Ceci va dans le sens de la politique sanitaire nouvelle, qui se base sur le district comme pierre angulaire du système de dispensation de services, et qui tend donc à proposer une prise en charge par district, en privilégiant une approche intégrée des activités.

Ceci afin d'éviter la problématique courante où par exemple un programme de consultation prénatale est instauré, mais où on ne peut référer les femmes à risque par manque de bloc opératoire pour effectuer une césarienne...

Sur 46 districts, 29 soit 63% bénéficient d'une prise en charge plus ou moins globale du fonctionnement.

- 10 districts centraux:

ATI	:	CEE
BILTINE	:	CRS/CEE
BORKOU/TIBESTI	:	CEE
MONGO	:	CEE
MAO	:	CEE
BOL	:	CEE
BONGOR	:	MSF
ABECHE	:	CEE
AM-TIMAN	:	CEE
LAI	:	B.M

3.1.3 COUVERTURE THEORIQUE EN SERVICES DE SANTE.

Le tableau III.4 page 131 nous présente la couverture THEORIQUE en services de santé de premier échelon.

Elle est approchée par deux indicateurs: d'une part, la couverture en termes de pourcentage de population habitant dans des zones de responsabilité pourvues de Centres de Santé, d'autre part par le pourcentage de zones de responsabilité disposant d'un centre de santé.

Ces indicateurs sont grossiers: d'abord le découpage en zones de responsabilité a créé des zones assez vastes, particulièrement en zone sahélienne peu peuplée, où l'accessibilité géographique du service de santé est faible, et les ressources limitées des Centres de Santé ne permettent pas souvent de réaliser des activités avancées.

Ensuite, la présence d'un Centre de Santé ne préjuge en rien de l'éventail des services proposés, et encore moins de la qualité des soins dispensés.

Néanmoins, ces indicateurs sont utiles pour monitorer le développement géographique et quantitatif du système de santé.

Rappelons que les chiffres de population proviennent des estimations des Délégués et Médecins-Chefs de district et diffèrent ainsi des chiffres du chapitre I.

Les districts qui ont donné l'effectif de leur population, ont souvent repris les chiffres du recensement, d'autres comme le BET et le Mayo-Kebbi ont donné des estimations, c'est la raison pour laquelle, par rapport à 1992, ces estimations sont soit à la hausse, soit à la baisse suivant les Préfectures.

En plus, le Logone oriental n'a pas donné la répartition de sa population deservie par zones A et B, nous l'avons estimée par les pourcentages de 1992.

Toutes ces raisons expliquent que les totaux de la colonne population totale de 1992 et de 1993 diffèrent très peu.

Le pourcentage de population couverte par les Centres de Santé est de 58% pour l'ensemble de Pays en 1993 contre 59% en 1992.

Le graphique III.1 page 131 visualise cette couverture théorique en services de santé de premier échelon.

Les Préfectures du Salamat et du Biltine apparaissent les plus démunies en structures de premier Echelon.

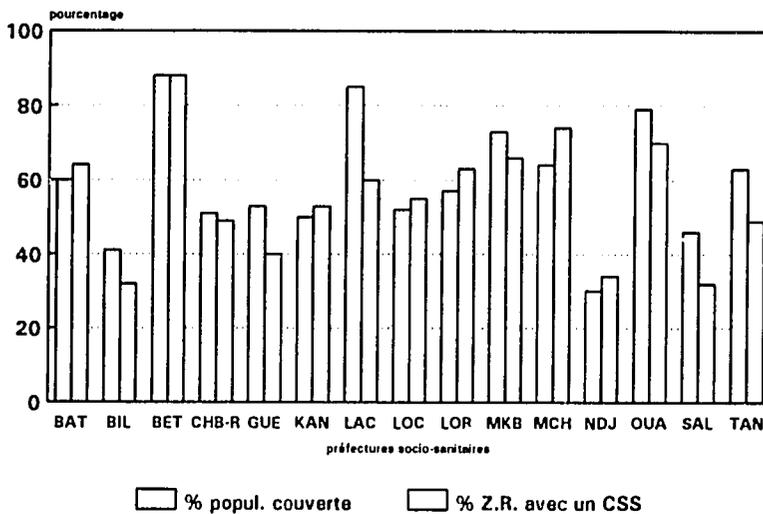
Les préfectures relativement (et quantitativement) mieux couvertes en structures de premier échelon sont le BET, les 2 Logones et le Moyen-Chari: on se référera au paragraphe précédent pour nuancer cette appréciation.

TABLEAU III.4: COUVERTURE THEORIQUE EN SERVICES DE SANTE AU 1er ECHELON

PREFECTURE	POPULATION TOT.	POPULATION DESSERVIE			POPULATION NON DESSERVIE	% POPUL. COUVERTE	ZR TOTAL	ZR AVEC CSS	ZR SANS CSS	% ZR FONCT.
		ZONE A	ZONE B	TOTAL						
BATHA	298.733	71.269	108.170	179.439	119.294	60	28	18	10	64
BILTINE	166.694	18.329	50.473	68.802	97.892	41	19	6	13	32
B.E.T	120.000	57.700	47.900	105.600	14.400	88	16	14	2	88
CHARI-BAG.RURAL	600.139	115.275	189.655	304.930	295.209	51	49	24	25	49
GUERA	228.728	60.271	60.949	121.220	107.508	53	30	12	18	40
KANEH	251.352	45.243	80.433	125.676	125.676	50	36	19	17	53
LAC	239.740	50.356	152.861	203.217	36.523	85	32	12	20	38
LOGONE OCCIDENTAL	598.653	162.211	147.019	309.230	289.423	52	40	22	18	55
LOGONE ORIENTAL	541.000	104.685	202.275	306.960	234.040	57	64	40	24	63
HAYO-KEBBI	705.197	140.465	372.096	512.561	192.635	73	68	45	23	66
HOYEN-CHARI	813.253	125.090	394.938	520.028	293.225	64	66	49	17	74
N'DJAMENA	616.925	105.847	80.638	186.485	430.440	30	16	26	50	34
OUADDAI	359.507	57.814	226.211	284.025	75.482	79	44	31	13	70
SALAMAT	185.981	29.484	55.236	84.720	101.261	46	16	5	11	32
TANDJILE	452.939	139.305	146.415	285.720	167.219	63	51	25	26	49
TOTAUX	6.178.841	1.283.344	2.315.269	3.598.613	2.580.228	58	635	348	287	55

Source: INVENTAIRE DSIS/93

GRAPHIQUE III.1
Couverture théorique en Centres de Santé



source: inventaire DSIS 1993-94

3.1.4. CAPACITES HOSPITALIERES

Le tableau III.5 page 133 et la carte III.2 page 133 nous informent sur les capacités hospitalières des structures de référence.

La moyenne nationale est de 63 lits-places/100.000 habitants; ceci exprime mal les inégalités dans la répartition géographiques de ces capacités hospitalières.

La diminution du nombre de lits-Places/100.000 habitants par rapport à l'année 1992 (-10%) s'explique principalement par les données démographiques mises au dénominateur. En 1992, les dénominateurs ne sont que des estimations de la population tandis que celles de 1993 sont issues du recensement général de la population d'Avril 1993.

Aussi, pouvons nous dire que la notion du lit-Place n'est pas partout comprise de la même façon sur l'ensemble du territoire et ceci peut être la seconde raison de cette baisse.

Ceci enfin, n'augure en rien de l'accessibilité qui dépend, grossièrement, de la distance et de la qualité des soins prestés.

Pour l'utilisation, on se rapportera aux tableaux IV.18 et aux graphiques IV.4 et IV.5, pages 194 et 195 du chapitre IV du présent annuaire DSIS 1993, qui montrent une sous-utilisation assez générale de ces infrastructures hospitalières de référence.

Les préfectures théoriquement (car seul l'aspect quantitatif est ici considéré) les plus favorisées sont le Logone Occidental, le Moyen-Chari et la Ville de N'Djamena. Les moins équipées en infrastructures d'hospitalisation sont le Biltine, le Chari-Baguirmi Rural, le Lac, le Salamat et la Tandjilé.

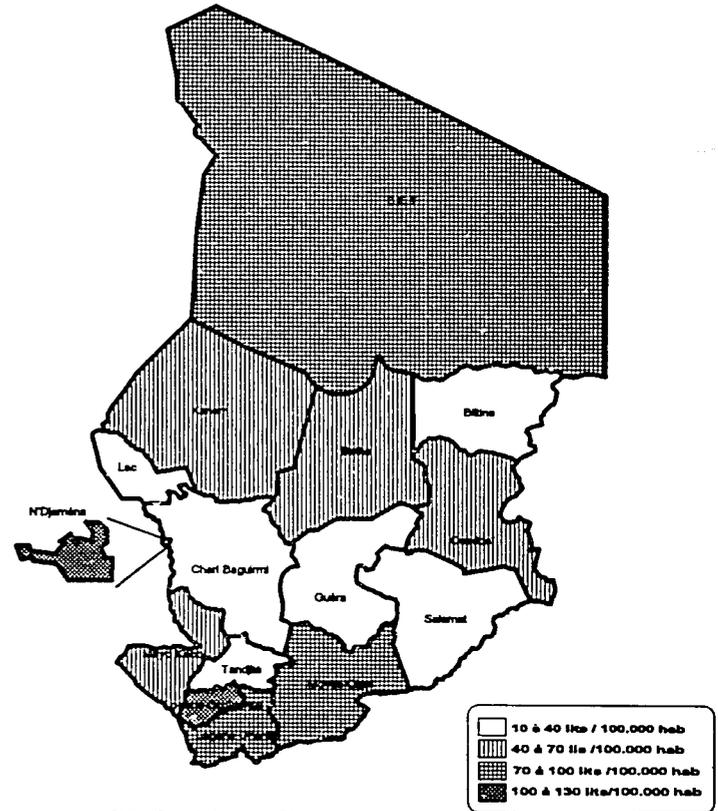
La réflexion sur le développement des infrastructures hospitalières nous montre que très peu d'hôpitaux ont été construits depuis une quinzaine d'années; la comparaison avec les données de l'année 1975 est évidente:

ANNEE	1975	1993	AUGMENTATION
Nombre de lits (places)	3.464	3.962	14,43%
Population	3.800.000	6.288.261	65,5 %

TABLEAU III.5
CAPACITE HOSPITALIERE PAR PREFECTURE

PREFECTURE	NOMBRE DE LITS/PLACE	POPULATION TOTALE	NB DE LITS/PLACE PAR 100.000 HAB.
BATHA	195	288.074	67,7
BILTINE	70	187.115	37,4
BORK. ENN. TIBESTI	60	70.603	85,0
CHARI-BAG.RURAL	142	722.606	19,7
GUERA	91	306.653	29,7
KANEM	132	280.804	47,0
LAC	36	248.804	14,5
LOGONE OCCIDENTAL	515	455.140	113,2
LOGONE ORIENTAL	332	440.342	73,6
MAYO-KEBBI	570	820.249	69,5
HOYEN-CHARI	701	744.741	94,1
NDJAMENA	634	529.555	119,7
OUADDAI	265	549.932	48,2
SALAMAT	57	185.981	30,6
TANDJILE	162	458.240	35,4
TOTAL	3.962	6.288.261	63,0

Carte III.2
Nombre de lits/places par préfecture



126

3.2 LES RESSOURCES HUMAINES

INTRODUCTION : POLITIQUE EN MATIERE DE RESSOURCES HUMAINES

- Rationaliser et humaniser la gestion du personnel de santé.
- Prendre les mesures nécessaires pour assainir la situation de concentration urbaine et de faibles qualifications en agissant de concert avec une politique sociale.
- Recycler le personnel en place aux exigences et aux fonctions professionnelles dictées par la politique de district sanitaire.
- Optimiser les formations initiales des personnels prioritaires: les infirmiers diplômés d'Etat (pour le 1er échelon) et les médecins (pour les districts et les hôpitaux).

PRIORITES

- Le but d'un développement harmonieux des ressources humaines est de mettre le personnel qu'il faut là où il faut. La priorité est donnée aux districts sanitaires.
- Le personnel de santé est choisi, formé et affecté dans le but d'offrir des soins à la population (et non pas, en priorité, pour fournir de l'emploi).
- Les infirmiers diplômés d'Etat sont le personnel-clé du système; polyvalents et proches de la population; ils travaillent chacun dans un centre de santé et y réalisent le paquet minimum d'activités. En effet, la pénurie de médecins amène ceux-ci à déléguer à leurs infirmiers les tâches de soins curatifs et préventifs. Le maintien de la qualité des soins, malgré cette délégation des tâches, doit être assurée par la supervision régulière de ce personnel.

PLAN D'ACTION

- Rationalisation de la gestion
 - * Décentraliser la gestion des personnels au niveau des préfectures sanitaires.
 - * Gérer le personnel en fonction du plan d'effectifs par niveau et par catégories professionnelles.
 - * Appliquer intégralement des plans de carrière professionnel pour chaque catégorie de personnel.
 - * Promouvoir les associations professionnelles et leur implication concrète dans la gestion des personnels et des plans de carrière.

CATEGORISATION DU PERSONNEL

En vue de comparer les données de la DSIS avec celles de la Division des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique, nous avons plus détaillé par rapport à l'année 1992, notre classement. Ainsi, on entend par médecin spécialiste, tout médecin autre que le généraliste.

La catégorie autres techniciens spécialisés comprend des cadres en: Kinésithérapie, Santé Publique, en soins Infirmiers, épidémiologue, nutrition etc..., ainsi que des Inspecteurs Sanitaires et autres porteurs de diplômes intermédiaires entre le B.T et agent technique en laboratoire.

La catégorie gestionnaire ne comprend en compte que ceux qui ont un diplôme supérieur en gestion ou économie et qui ont comme fonction principale que la gestion d'une structure ou d'un service sanitaire.

La catégorie Infirmiers qualifiés regroupe les Infirmiers titulaires, certificat d'aptitude Professionnelle (CAP) en soins infirmiers, les agents techniques, les infirmiers brevetés, les Evangélistes médicaux formés à Koumra, à Bebaem ainsi que les infirmiers formés à Goundi. Toutefois ne sont pas comptés dans cette catégories, les auxiliaires obstétricales formées à Koumra et à Bebaem.

La catégorie cadres Administratifs supérieur comprend les ingénieurs en statistique, en planification et les administrateurs travaillant dans le Secteur Santé.

La catégorie autre personnel Administratif comprend les plantons, sentinelles, les aumoniers et Prédicateurs (de certaines formations sanitaires confessionnelles), les chefs de service administratif, etc....

3.2.1. PERSONNELS SANITAIRES EN ACTIVITE

3.2.1.1. Affiliation des personnels sanitaires

Les données concernant le personnel ont été recueillies de janvier à Avril 1994.

Ce recueil des données a touché l'ensemble du territoire ainsi quelques services du niveau central.

Toutefois, soulignons que la Direction Générale, la Direction des Etablissements Sanitaires, la Direction des Activités Sanitaires (sauf les Divisions des Maladies Transmissibles, de SMI/BEF et le CNNTA) n'ont pas répondu favorablement à ce recueil. Ceci va entraîner une la baisse de l'effectifs des agents du Ministère de la Santé Publique en 1993.

Au niveau des Préfectures Sanitaires, presque la totalité des Formations Sanitaires Publiques et Privées ont participé à la collecte.

Ainsi, donc l'effectif du personnel sanitaire, toutes affiliations confondues, s'élève à 4.181 agents.

Nous comparerons les chiffres pour les années 1988, 1992 et 1993 pour la seule raison qu'ils proviennent des mêmes sources et la méthodologie de la collecte est identique.

SECTEUR SANTE GLOBAL (Tous intervenants)

Année	Personnel	Médecins	IDE	SFDE
1988	3918	138	86	40
1992	4301	180	223	92
1993	4181	217	239	130

SECTEUR PUBLIC

1988	3009	108	57	33
1992	3252	146	182	89
1993	3133	189	187	122

En un an, on peut dire que la croissance des effectifs globaux est moins perceptible, on ne peut pas parler de baisse car cette différence est due tout simplement au fait que toutes les Directions du niveau central n'ont pas rempli leur formulaire de l'inventaire.

Le nombre de médecins dans le Secteur Public a augmenté en un an de 29 %, celui des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) de 3 %, celui des Sages-Femmes Diplômées d'Etat de 37 %.

Le tableau III.6 page 138 nous présente la répartition du personnel par affiliation.

Sur un total de 4181 agents,

- 75 % dépendent du Ministère de la Santé Publique (y inclus le personnel expatrié dépendant des coopérations bilatérales, multilatérales et ONG qui fonctionnent en appui en son sein).

On se référera au graphique III.6 et au tableau III.9 page 143 qui illustrent la proportion de personnel médical national et expatrié.

L'importance des effectifs du Ministère de la Santé Publique est en réalité moins grande, du fait de la présence de personnel militaire travaillant au sein des structures publiques.

- Plus de 16 % des personnels de Santé appartiennent aux Organisations Confessionnelles, toutes obédiences confondues.

En détail, nous avons:

- * 7 % dépendent de l'Eglise Catholique (BELACD, SECADEV,...)
- * 4 % dépendent des Missions Mid Batist-(MBM);
- * 3 % dépendent des Eglises Evangéliques du Tchad (EET);
- * 2% dépendent d'autres groupes protestants, et d'autres religions et philosophies (Foï Bahaï, Assemblée Chretienne du Tchad, etc...).
- 2 % des personnels se situent dans le Secteur Privé, industriel (Cotontchad, Sonasut,...) ou Privé lucratif (cabinets de soins et clinics).

REPARTITION DU PERSONNEL SANTE PAR PREFECTURE

Le tableau III.7 page 139 nous présente la répartition du personnel du Secteur Santé par Préfecture.

Les chiffres bruts fournis par l'inventaire montrent des inégalités ininterprétables sans dénominateur. La répartition par Préfecture sera étudié dans le supplément de ce présent annuaire qui est élaboré séparément.

De tout ce qui ressort de ce tableau, on peut dire que l'hôpital Général de Référence National semble le plus fourni en personnel avec un effectif de 570 agents toutes catégories confondues. C'est également cette institution qui detient le record en personnel qualifié: 26 % des médecins du Pays, plus de 15 % des IDE et 42 % des SFDE travaillent dans cette formation.

TABLEAU III.6: REPARTITION PERSONNEL SANTE PAR AFFILIATION

	SECTEUR PUBLIC		SECTEUR CONFESIONNEL				SECTEUR PRIVE		TOTAL
	MINISTERE SANTE PUB	MINISTERE DEFENSE	BAPTIST MID.MIS	CATHOLIQUE	E E T	AUTRES	INDUST.	AUTRES	
MED.SPEC.	62	3	-	4	-	0	1	1	71
MED.GENE.	127	6	-	3	3	-	2	3	143
PHARMA.	7	3	-	-	-	-	-	-	10
LIC.BIO.CH. PHY.PHAR.	8	1	-	1	-	-	-	-	10
TS ORL/OPH.	10	1	-	-	-	-	-	-	11
TS RADIO	3	2	-	1	-	-	-	-	6
TS ANEST.	7	-	-	-	-	-	-	-	7
ASS.MED.	16	-	-	-	-	-	-	-	16
TS LABO	23	2	-	1	-	-	-	2	28
AT LABO	23	4	-	-	-	-	-	1	28
TS ONDO	14	-	-	-	-	-	-	-	14
I D E	187	9	1	35		2	2	3	239
S F D E	122	-	-	4	1	-	1	2	130
INF.QUAL.	660	13	44	69	40	25	20	7	878
AUT.T.SPE.	55	16	20	7	14	7	-	1	120
AS.SOC.	9	-	-	-	-	-	-	1	10
AD.SOC.	6	-	-	-	-	-	-	-	6
AID.SOC.	14	-	-	1	-	-	-	4	19
ING.SANIT.	3	-	-	-	-	-	-	-	3
T.ASS.	158	4	-	-	-	-	-	-	162
FS/GS/AID.MANO.	1060	62	82	104	65	52	19	9	1453
BENE/SEC.	117	99	2	6	-	-	4	3	231
SECRET.	61	6	3	1	-	-	3	5	79
PERS.CUIS.	59	-	-	2	-	-	-	-	61
GESTION.	11	-	-	1	-	-	-	-	12
CAD.AD.SUP.	30	2	-	-	1	-	-	-	33
AUT.PER.AD.	144	15	4	32	10	4	1	5	215
OUV.SPEC.	36	2	1	2	-	-	-	-	41
CHAUFFEURS	59	6	2	1	-	-	-	3	71
MATRONES	42	-	6	9	12	5	-	-	74
TOTAL	3133	256	165	284	146	95	52	50	4181

BEST AVAILABLE COPY

131

TABLEAU III.7 : REPARTITION PERSONNEL SANTE (GLOBAL)

CATEGORIE	ADM	BAT	BIL	BET	CHR	GUE	KAN	LAC	LOC	LOR	MKB	MCH	NDJ	HMI	H G	OUA	SAL	TAN	TOT.
MED.SPEC.	16	-	-	-	-	1	1	-	4	-	2	9	5	3	28	2	-	-	71
MED.GENE.	25	3	2	2	5	2	2	2	11	2	10	8	27	6	28	3	2	3	143
PHARMA.	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	-	-	-	10
LIC.BI.CH PHY.PHAR.	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	4	-	-	-	10
TS ORL/OP	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	1	1	4	1	-	-	11
TS RADIO.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	3	-	-	-	6
TS ANEST.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	4	1	-	-	7
ASS.MED.	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	8	-	-	-	16
TS LABO	4	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	7	2	11	1	-	-	26
AT LABO	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	11	1	3	4	7	-	1	-	28
TS ONDO	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	3	-	7	1	-	-	14
I D E	4	9	6	3	22	6	5	5	16	18	20	25	29	5	37	9	6	14	239
S F D E	2	1	-	-	5	2	-	-	5	1	4	7	46	-	55	1	-	1	130
INF.QUAL.	3	14	7	12	42	17	17	13	114	68	99	185	105	10	87	17	9	59	878
AUT.T.SPE	27	-	-	6	3	-	-	-	7	19	2	14	6	11	14	-	-	11	120
AS.SOC.	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	3	-	-	-	10
AD.SOC.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	-	1	-	-	1	6
AID.SOC.	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	3	4	4	-	2	3	-	-	19
ING.SANIT	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
T.ASS.	66	4	2	2	9	6	4	-	13	8	11	16	-	4	4	7	1	5	162
FS/GS/A/M	6	39	30	5	95	46	68	25	80	106	246	163	107	61	177	87	26	86	1453
BENE/SEC.	-	13	-	53	18	1	-	1	14	3	4	37	5	47	16	11	2	6	231
SECRET.	18	-	1	-	1	-	-	-	7	1	9	10	11	5	9	2	1	4	79
PERS.CUIS	-	1	1	-	1	1	3	1	10	3	9	5	-	-	19	4	1	2	61
GESTION.	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	2	-	-	1	-	-	2	12
CAD.AD.SU	25	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	2	-	1	1	-	33
AUT.PER.A	22	4	1	3	4	3	7	1	18	8	20	52	13	11	8	24	1	15	215
OUV.SPEC.	6	-	-	-	-	-	-	-	4	-	3	7	1	2	17	-	-	1	41
CHAUFFEUR	13	5	3	-	1	2	3	2	8	-	5	8	5	5	3	4	2	2	71
MATRONES	-	-	-	-	2	3	-	-	6	8	11	23	1	-	10	-	1	9	74
TOTAL	255	93	55	86	209	90	110	50	328	245	473	584	394	185	570	179	54	221	4181

3.2.1.3 REPARTITION DES MEDECINS

Elle est illustrée par les tableaux III.6 page 138 le tableau III.7 page 139 le tableau III.9 page 145 le graphique III.6 page 143 et le tableau III.8 page 143.

1. Répartition géographique

	<u>Total</u>	<u>N'Djamena</u>	<u>Grande Villes</u>	<u>Reste du Pays</u>
1988	138	73	26	39
1992	180	107	29	44
1993	216	137	30	49
Variation 93/92	(+20%)	(+28%)	(+3%)	(+11%)

Par rapport à 1992, il y a 18% de Médecins en plus au Tchad.

Cette évolution se marque par une augmentation marquée de la population médicale au niveau de la capitale (28%); les grandes villes et le reste du pays profitent peu de l'augmentation du nombre de Médecins.

2. Proportions des Médecins Nationaux/Expatriés:

On se référera au tableau III.9 page 142 et au graphique III.6 page 143.

	<u>Total Médecins</u>	<u>Médecins Nationaux</u>	<u>Médecins Expatriés</u>
1988:	138	84	54
1992:	180	116	64
1993:	216	149	67
Variation 93/92	(+20%)	(+28%)	(+5%)

La croissance du nombre de Médecins Nationaux est en fait supérieure, car un certain nombre de Médecins sont rentrés et sont repartis en formation à l'étranger, pour des formations de troisième cycle. On peut dire que il y a plus de médecins qui sont rentrés au pays pendant la période 92-93: 28% par rapport à la période 88-92 (46%) si l'on analyse annuellement cette croissance.

3. Proportions Cliniciens/Administratifs

	Total	Cliniciens	Administ.	Administ. Nationaux	Administ. Expatriés
1988:	138	114	24 dont	11	13
1992:	180	134	46 dont	20	26
1993:	217	160	57 dont	31	26
Variation 93/92	(+21%)	(+19%)	(+24%)	(+55%)	(0%)

La croissance du nombre de médecins au Tchad est donc pour une part importante ou développement du personnel médical des institutions, programmes et projets; le nombre de cliniciens augmente peu proportionnellement au développement des médecins nationaux.

Ceci se marque par une stagnation des proportions des médecins cliniciens nationaux travaillant à NDjamena:

1992:	50%	(58/116)
1993:	50%	(76/150).

Quant aux médecins cliniciens expatriés, par rapport à 92, la proportion des cliniciens a baissé tandis que celle des médecins administrateurs est restée sans changement.

D'une manière générale, l'effectif des médecins en poste dans les provinces demeure presque inchangé (73 contre 79).

A l'heure du choix politique du développement des districts sanitaires, il importe d'étoffer plus le personnel médical au niveau des districts que de développer l'appui du niveau central à des districts inexistantes par manque de médecins!

NB: Pour rappel, les médecins-chefs de district et de préfecture (sauf les délégués sanitaires: du Logone Occidental, du Moyen-Chari et du Ouaddaï qui sont comptés comme des médecins-administrateurs) se retrouvent sous l'étiquette "médecin-clinicien", étant donné qu'ils sont un personnel polyvalent!

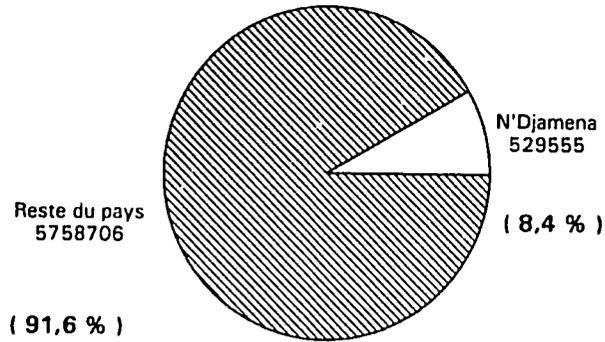
TABLEAU III.8

REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES MEDECINS

	N'DJAMENA		PROVINCES		TOTAL
	Administ.	Clinicien	Administ.	Clinicien	
NATIONAUX	24	76	5	45	150
EXPATRIES	21	17	5	24	67
TOTAL	45	93	10	69	217

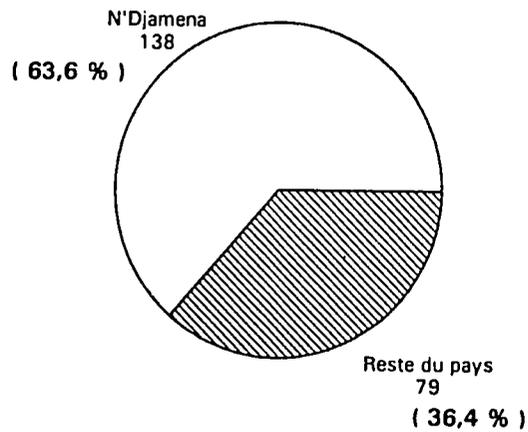
BEST AVAILABLE COPY

Graphique III.2



POPULATION DU TCHAD (N'Djamena/pays)

REPARTITION DES MEDECINS



BEST AVAILABLE COPY

4. Répartition des médecins par spécialité et par préfecture

Le tableau III.9 page 145 présente la répartition des médecins par spécialité et par préfecture.

	Généralistes	Chirurgiens	Gynéco Obstét	Anesthés.	Ophtalmo ORL	Santé Publ.	Autres	Total
1992	109	19	5	2	3	27	15	180
1993	144	11	8	1	4	21	27	216

A l'heure du développement des districts, il importe plus de développer d'abord des généralistes de Santé Publique, capables d'être de bons cliniciens et de savoir gérer correctement leurs districts.

En une année, le nombre de médecins spécialistes passe de 44 unités à 51 unités en 1993 (soit 16%). Quant aux médecins "généralistes" et médecins de Santé Publique, qui sont à la base de développement de districts sanitaires, leur nombre passe de 136 en 1992 à 165 unités en 1993, soit + 21%.

Toutefois cette croissance même si elle est supérieure à celles des spécialistes, n'est pas encore satisfaisante dans la mesure où la moitié du nombre districts sanitaires est sans médecins. Il faudrait encore encourager la politique de Formation des médecins généralistes pour servir au niveau de districts, ceci évitera également un "gaspillage" de spécialistes. Il est donc nécessaire d'équilibrer les effectifs entre ces deux grandes catégories de médecins.

Un fait très important à souligner est l'utilisation des Chirurgiens de Formation. En effet, sur 11 chirurgiens que compte le Tchad, un (1) provient du Ministère de la Défense, trois (3) expatriés, donc sept (7) chirurgiens nationaux civils: trois (3) font de l'administration, un (1) est dans une structure privée à accès limité et un (1) hors secteur santé.

Conclusion: Il n'y a que deux chirurgiens nationaux exerçant pleinement leurs activités chirurgicales dans les structures publiques.

TABLEAU III.9
MEDECINS PAR SPECIALISATION

	MEDECINS GENERAL.	CHI- RURG.	GYNECO OBSTET	ANES- THES.	OPHT ORL	PEDIA TRE	INTER NIST.	SANTE P/EPID	AU- TRES	TO- TAL
BATHA	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
BILTINE	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
B E T	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
CHARI-BAGUIRMI NDJAMENA VILLE	27	0	1	0	0	0	0	1	3	32
HOP.GENERAL	28	3	5	1	4	3	7	0	5	56
HOP.MIL.INST.	6	1	0	0	0	0	0	0	2	9
CHAR.BAG.RURAL	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5
GUERA	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3
KANEM	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
LAC	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
LOGONE OCC.	11	1	0	0	0	1	0	1	1	15
LOGONE ORIENT.	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
MAYO-KEBBI	10	1	1	0	0	0	0	0	0	12
MOYEN-CHARI	8	2	0	0	0	2	0	5	0	17
OUADDAI	3	0	0	0	0	0	0	2	0	5
SALAMAT	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
TANDJILE	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
ADM.CENTRALE	25	2	1	0	0	1	0	10	2	41
HORS.SEC.SANTE	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3
TOTAL	145	11	8	1	4	7	7	21	13	217

Source: Inventaire DSIS/93

BEST AVAILABLE COPY

138

3.2.2 PERSONNEL DE SANTE EN FORMATION

Nous n'avons pas voulu cette année-ci présenter un tableau sur les étudiants tchadiens boursiers relevant du département de la santé publique en formation à l'étranger parce que ces informations sont de plus en plus aléatoires. En effet beaucoup de nos étudiants ont fini depuis longtemps leurs études et se sont installés à l'étranger d'une part et d'autre part, nous n'avons trouvé nulle part un fichier de suivi de ces étudiants.

Il semblerait que parmi ces derniers quelques quatre vingt sont inscrits en faculté de médecine.

Le tableau III.10 page 146 montre qu'il n'a été organisé que deux concours de recrutement à la Faculté des Sciences de la Santé depuis sa création, en 1990 puis en 1992.

Le tableau III 11 page 147 montre qu'à l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux il n'y a pas eu de concours de recrutement en 1993. La dernière promotion à sortir de ladite Ecole comporte 19 infirmiers diplômés d'Etat, 11 sages femmes et 11 assistants sociaux.

TABLEAU III.10

ETUDIANTS EN FORMATION A LA FACSS

	Nombre d'étudiants en formation				
	1e année	2e année	3e année	4e année	TOTAL
1990-91	50	0	0	0	50
1991-92	0	45	0	0	45
1992-93	42	0	39	0	81
1993-94	0	38	6	33	77

Source: FACSS.

TABLEAU III.11

ECOLE NATIONALE DES AGENTS SANITAIRES ET SOCIAUX DE N'DJAMENA

SECTION	NOMBRE D'ELEVES SORTIS EN											EFFECTIFS EN FORMATION ANNEE 1993 - 1994			
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	TOTAL	1e An	2e An	3e An	TOTAL
Infirmiers brevetés	44	38	54	40	43	35	45	28	24	-	351	0	0	0	0
Inf.dipl.d'Etat (IDE)	0	0	0	25	35	37	41	50	46	19	253	0	0	0	0
Sages - femmes	0	0	0	15	26	24	25	29	31	11	161	0	0	0	0
Aides sociaux	12	29	41	45	27	22	23	19	8	-	225	0	0	0	0
Jardinières d'enfants	0	0	0	0	13	15	19	17	10	-	-	0	0	0	0
Assistants sociaux	0	0	0	0	22	22	23	18	5	11	101	0	0	0	0
TOTAL	56	67	95	125	166	155	176	161	124	41	1166	0	0	0	0

Source: Direction de l'ENASS

COMMENTAIRE: 1/ L'ENASS est la nouvelle dénomination de l'ancienne Ecole Nationale de Santé Publique et du Service Social.

2/ Il n'y a pas eu de concours de recrutement en 1992 et 1993.

LES RESSOURCES FINANCIERES

Le tableau III.12 page 149 présente l'évolution du budget global alloué à la santé et celle des dépenses effectuées au cours de ces dernières années par ledit Ministère.

Les comparaisons du budget santé et du budget global de l'Etat sont faites de la manière suivante:

- Budget prévu pour la Santé/Budget de l'Etat;
- Dépenses de la Santé/Budget de l'Etat;
- Dépenses en personnel/Budget de la santé;
- Dépenses en fonctionnement/Budget de la santé.

Au moment de la rédaction du présent annuaire 1993 nous ne disposons pas des informations relatives aux dépenses effectives de l'Etat pour 1993 permettant de remplir la colonne correspondante.

Pour l'année 1993 le budget global de la Santé a augmenté en chiffre absolu de 570.275.000 FCFA soit 22% par rapport à 1992.

Les dépenses effectuées pour le personnel sont toujours en augmentation et ce, de 36,7% par rapport à 1992.

Nous notons en passant que le pourcentage du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat est toujours en augmentation.

Les dépenses en santé réellement engagées par l'Etat sont en augmentation de 32% par rapport à 1992.

Le tableau III.13 page 149 présente la part relative de l'Etat et de l'Aides Extérieures dans les dépenses de santé globales. Cette année, la part de l'Etat est en augmentation: elle passe de 17,1% (1992) à 48 (1993). En réalité et en valeur absolue, les dépenses de l'Etat n'ont augmenté que de 32%.

Bien que la part de l'Etat soit en augmentation, la santé reste toujours tributaire des aides extérieures pour 52% de son financement.

Le montant de l'aide extérieure passe de 8.852.000 FCFA en 1992.

TABLEAU III.12
EVOLUTION DU BUDGET DE LA SANTE
(en milliers de F CFA)

ANNEES	BUDGET ETAT	BUDGET SANTE			DEPENSES ENGAGEES SANTE			DEPENSES ENGAGEES ETAT	% BUDGET SANTE/BUDGET ETAT	% DEPENSES SANTE/BUDGET ETAT	% DEPENSE PERSONNEL DEP. SANTE	% DEPENSES FONCTIONN/DEP. SANTE
		PERSONNEL	FONCTI.	TOTAL	PERSONNEL	FONCTI.	TOTAL					
1977	16.910.336	ND	ND	ND	740.675	385.480	1.126.155	-	-	-	65,8	34,2
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1985	39.836.505	952.916	593.600	1.546.516	952.916	80.000	1.032.916	25.167.000	3,9	4,1	92,3	7,7
1986	42.550.420	967.592	304.600	1.272.192	967.592	85.000	1.052.592	27.711.000	3,0	3,8	91,9	8,1
1987	25.400.607	671.370	122.248	739.618	617.370	90.435	707.805	24.768.000	2,9	2,9	87,2	12,8
1988	27.113.772	701.264	181.836	883.100	701.264	90.935	792.199	30.972.000	3,9	2,5	88,5	11,5
1989	39.153.626	1.289.671	334.765	1.624.436	1.128.182	152.117	1.280.299	42.235.000	4,2	3,0	88,1	11,9
1990	40.107.000	1.195.093	524.621	1.719.714	1.139.280	396.481	1.534.761	39.709.000	4,3	3,8	74,2	25,8
1991	40.925.878	1.456.874	622.751	2.079.625	1.557.460	622.751	2.180.211	39.807.000	5,1	5,3	71,4	28,6
1992	43.692.000	1.842.235	794.100	2.636.335	1.322.680	506.389	1.829.069	28.294.746	6,0	4,2	72,3	27,7
1993	41.214.301	2.250.831	955.759	3.206.590	1.808.551	606.566	2.415.117	-	7,7	5,8	74,8	25,1

TABLEAU III.13
DEPENSES DE SANTE

DEPENSES DE SANTE GLOBALES

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
	Millions (%) CFA								
Dép.Santé de l'Etat	1.033 (33,9)	1.053 (17,2)	708 (13,0)	792 (12,9)	1.280 (17,6)	1.534 (21,7)	2.180 (25,1)	1.829(17,1)	2.415 (43)
Aides Ext.	2.016 (66,1)	5.081 (82,8)	4.731 (87,2)	5.411 (87,2)	5.995 (82,4)	5.541 (78,3)	6.518 (74,9)	8.856(82,9)	3.192 (57)
TOTAL	3,049(100,0)	6.134(100,0)	5,439(100,0)	6,203(100,0)	7.275(100,0)	7.075(100,0)	8.698(100,0)	10.685(100,0)	5.607 (100)

DEPENSES DE SANTE PAR HABITANT

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Pop.(en m)	5.061	5.180	5.303	5.428	5.263	5.384	5.507	5.634	6.288
Dép.San.Et	CFA/Habitant	CFA/Habit.							
	204	203	134	146	243	285	396	325	384
Aides Ext.	398	981	892	997	1.139	1.029	1.183	1.572	508
TOTAL	602	1.184	1.026	1.143	1.383	1.314	1.579	1.897	892

BEST AVAILABLE COPY

142

METHODOLOGIE DE COLLECTE DES AIDES EXTERIEURES

Comme toute méthode de recherche n'est pas forcément parfaite, l'année 1993 aura connu un changement de méthodologie par rapport à l'année 1992.

Ce changement de méthodologie de collecte est justifié par notre volonté constante de mettre en place un outil de recherche plus performant pour analyser des données plus fiables.

Ainsi pour 1993 nous avons préféré reprendre l'ancienne méthode qui consiste en l'envoi de questionnaires à tous les intervenants. Nous pensons que les données fournies par eux mêmes donnent des informations plus fiables que 1992.

Néanmoins sur 29 questionnaires distribués 19 seulement ont été retournés 65,5% à la Division de la Planification pour exploitation.

Là aussi il faut reconnaître que certains organismes tels que la Banque Mondiale, le PNUD, le FENU étant des organismes financeurs, ont préféré confier le remplissage des questionnaires à l'organisme d'exécution (OMS) pour des raisons concernant:

- La situation évolutive du projet;
- La répartition du budget par poste.

L'OMS, par suite des difficultés conjoncturelles, nous a seulement communiqué une estimation de ses dépenses 1993. Les données exactes seront fournies dans l'annuaire prochain.

De même certaines Organisations n'ont pas ni retourné ni rempli le questionnaire pour les raisons suivantes:

- Mise en veilleuse de certains projets à la fin de l'année 1992 (CARE International, Appel, OXFAM etc...);
- Retard relatif à la signature des avenants pour relancer la deuxième phase de certains projets (ACRA, Foï Bahaïe, Croix-Rouge Suisse etc...);
- Suspension pure et simple des certaines interventions par certains organismes bilatéraux (EGYPTE, ITALIE, PAYS BAS) et ce, pour des raisons conjoncturelles.

Le résultat n'est donc pas exhaustif dans la mesure où le taux de retour de questionnaire n'est pas total mais il offre cependant une vision précise de la place qu'occupent les organismes internationaux, bilatéraux et les ONG dans l'aide au développement des services de santé au Tchad.

**SITUATION DE QUESTIONNAIRES ENVOYES
AUX INTERVENANTS**

INTERVENANTS	TOTAL QUESTIONN. ENVOYES	TOTAL QUESTIONN. RETOURNES	NON RETOURNES	OBSERVATIONS
Multilatérales	7	6	1	1=pas de projet (PAM)
Bilatérales	6	3	3	pas de projet santé
O N G	16	10	6	3 pas de projet 3 non retournés
TOTAL	29	19	10	

BEST AVAILABLE COPY

144

TABLEAU III.14
SITUATION DES AIDES EXTERIEURES AU PROFIT DE LA SANTE
EN 1993
(Milliers de Francs CFA)

RUBRIQUES ORGANISMES	DUREE DU PROJET	MONTANT GLOBAL DU PROJET	BUDGET PREVU EN 1993	DEPENSES EFFECTIVES EN 1993
<u>UNICEF</u>				
- Initiative de Bamako	4 ans	153.404	63.084	57.036
- PEV/LMD	5 ans	727.468	136.444	115.709
- Ver de Guinée	3 ans	37.800	18.200	17.780
		918.672	217.728	190.525
<u>F E D</u>				
- Appui niveau central et périphérique	5 ans	3.496.500	213.120	213.120
<u>F A C</u>				
- Appui Préf.Sanitaire	3 ans	2.000.000	441.000	441.000
<u>USAID</u>				
- Survie de l'Enfant	8 ans	1.379.787	496.020	496.020
<u>I T S</u>				
- Appui aux plan.préf.	3 ans	473.100	174.800	174.800
<u>O M S</u>				
- Appui institu.Sanit.	2 ans	217.171	160.500	176.750
- Lutte Contre Mal.Vac	2 ans	77.504	69.750	77.500
- Développ.Ress.Hum.	2 ans	148.977	89.750	88.250
- Développ.aux SSP	2 ans	76.702	79.000	76.000
- App.Prog.et District	2 ans	20.116		
- App.Programme IEC	2 ans	1.536}		
- App.Programme SIDA	2 ans	77.703}	99.239	79.239
		619.709		
<u>M S F</u>				
- App.Déléгат.S.S M.K	5 ans	1.520.000	480.000	480.000
<u>WORLD VISION</u>				
- App.SMI/PEV/LMD/Form	4 ans	232.700	93.945	93.945
<u>EEMET</u>				
- App.Tech.& Fin.aux D	IND	230.000	13.000	16.000

<u>M E U</u>				
- Appui Hôp.Bebalem	IND		26.000	26.000
<u>F H I</u> (Food For The Hyngrgy Inter)	4 ans	44.300	13.600	13.600
<u>EIRENE</u>				
- Appui SMI/BEF	7 ans	50.180	18.962	18.962
<u>ASTBEF</u>				
- Amélio.Qual.Vie Fam.	IND	153.600	35.600	37.500
<u>AFRICARE</u>				
- App.Prog.Onchocerc.	3 ans	320.526	84.795	36.086
<u>SECADEV</u>				
- Appui aux SSP	5 ans	400.769	71.307	71.307
- CNAR (Appareillage Kabalaye)	3 ans	139.600	47.599	47.599
		<u>540.369</u>	<u>118.906</u>	<u>118.906</u>
<u>BELACD</u>				
- Pala	IND	-	139.810	197.173
- Moundou	2 ans	105.457	88.110	88.110
- Sarh	3 ans	55.216	33.188	33.188
TOTAL		<u>160.673</u>	<u>261.108</u>	<u>318.471</u>

BEST AVAILABLE COPY

146

	DUREE DU PROJET	MONTANT GLO- BAL DU PRO.	BUDGET PRE- VU EN 1993	DEP.EFFEC- TUEES EN 93
UNICEF +		918.672	217.728	190.525
O M S +		619.709	498.239	517.739
USAID	Fini en sep 95	1.379.787	496.020	496.020
F A C		2.000.000	441.000	441.000
F E D +		3.496.500	213.120	213.120
M S F		1.520.000	480.000	480.000
I T S		473.100	174.800	174.800
			10.407.768	2.520.907
ASTBEF	IND	153.600	35.600	37.500
W.VISION	4 ANS	231.700	93.945	93.945
E E M E T	IND	230.000	13.000	16.000
M E U	IND	-	26.000	26.000
F H I	4 ANS	44.300	13.600	13.600
EIRENE	7 ANS	50.180	18.962	18.962
AFRICARE	3 ANS	320.526	84.795	36.086
SECAVED	-	540.369	118.906	118.906
BELACD	IND	160.673	261.108	318.471
M S F		1.520.000	480.000	480.000
TOTAL ONG		3.197.132	1.145.916	1.159.470

BEST AVAILABLE COPY

INTERVEVANTS	TOTAL BUDGET	PREVU EN 1993	DEP. EFFEC-TUEES EN 93	%
<u>MULTILATERAUX</u>				
UNICEF	318.672	217.728	190.525	
O M S	619.709	498.239	517.739	
F E D	3.496.500	213.120	213.120	
TOTAL MULTI.	4.434.881	929.087	921.384	28,9
<u>BILATERAUX</u>				
F A C	2.000.000	441.000	441.000	
I T S	473.100	174.800	174.800	
USAID	1.379.787	496.020	496.020	
TOTAL BILAT.	3.852.887	1.111.820	1.111.820	34,8
<u>O N G</u>				
WORLD VISION	232.700	93.945	93.945	
E E M E T	230.000	13.000	16.000	
M E U	-	26.000	26.000	
F H I	44.300	13.600	13.600	
EIRENE	50.180	18.862	18.962	
AFRICARE	320.526	84.795	36.086	
SECADEV	540.369	118.906	118.906	
ASTBEF	153.600	35.600	37.500	
BELACD	160.673	261.108	318.471	
M S F	1.520.000	480.000	480.000	
TOTAL ONG	3.197.132	1.145.916	1.159.470	36,3

BEST AVAILABLE COPY

148

RECAPITULATIF

AIDES	MONTANT GLO- BAL DU PROJET	BUDGET PREVU EN 1993	DEP.EFFEC- TUES EN 1993
MULTILATERALES	4.434.881	929.087	921.384
BILATERALES	3.852.887	1.111.820	1.111.820
O N G	3.197.132	1.145.916	1.159.470
ENSEMBLES DES AIDES	11.484.900	3.186.823	3.192.674

BEST AVAILABLE COPY

ANALYSE AIDES EXTERIEURES

Sur 3.186.823.000 FCFA prévus en 1993, 3.192.674.000 FCFA ont été effectivement utilisés plus de 100% qui ont été injectés dans le cadre de l'aide au développement des services de santé au Tchad.

D'une manière générale l'année 1993 a connu une baisse très sensible par rapport à l'année précédente. La variation fait dégager une différence en valeur absolue et relative suivante:

	1992	1993	VARIATIONS	
			ABSOLUE	RELATIVE
GLOBAL DES PROJETS	19.032.160	11.484.900	7.547.166	-39,6
BUDGET PREVU	-	3.186.823	-	-
DEPENSES EFFECTUEES	8.855.930	3.192.674	5.663.256	-64,0

Entre 1992 et 1993 on note une diminution d'interventions extérieures de l'ordre de 5.662.556 soit 64,0%. Cette diminution des apports extérieurs serait due à plusieurs raisons déjà évoqués plus haut, et notamment méthodologiques.

Il ressort de l'analyse comparative que sur les 3,2 milliards utilisés par les bailleurs au compte de la santé, les ONG passent en tête avec 36,3% suivis des aides bilatérales avec 34,8% et enfin viennent les multilatérales avec 28,9%.

BEST AVAILABLE COPY

CHAPITRE IV

ACTIVITES SANITAIRES

4.1 INTRODUCTION

Les informations concernant les activités des services de santé sont indispensables à la gestion de ceux-ci. Néanmoins, elles ne prennent toute leur valeur que si on peut les utiliser pour évaluer le degré de réalisation d'objectifs, que si on peut les comparer à des normes.

L'année 1992 a vu se préciser et s'officialiser la politique de santé en matière d'activités: nous reprenons ci-dessous les textes qui définissent les attributions des 2 échelons du système de santé de district.

L'analyse des données au niveau national est nécessairement légère: si le niveau intermédiaire (les 14 préfectures sanitaires) évolue dans le sens d'une gestion planifiée, la coordination avec le niveau central en est encore à ses débuts.

DEFINITION DU PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES

Le Paquet Minimum d'activités est l'ensemble des activités curatives et préventives offertes à une population définie dans des conditions telles que chaque activité, dotée d'une efficacité satisfaisante, est délivrée à un individu qui en a besoin au moment approprié. C'est un ensemble standard d'activités attendues dans tous les Centres Sanitaires du pays. Il suppose des soins globaux, continus et intégrés.

La définition d'un paquet minimum d'activités permet de planifier les ressources et de fixer un cadre de développement aux districts sanitaires.

Le Paquet Minimum d'Activités d'un 1er échelon est composé de:

- Consultation curative primaire
- Dépistage des pathologies sociales
- Consultation des enfants sains de 0-4 ans:
 Y comprises vaccinations
 Y compris dépistages de malnutris
- Consultations prénatales } Prise en charge des
- Accouchements "normaux" } femmes enceintes et en
- Bien-Etre Familial } âge de procréer
- Prise en charge des malades chroniques (malnutris, tuberculeux, lépreux,...)
- Education sanitaire intégrée aux autres activités
- Communication avec la population
- Activités communautaires
- Système de référence/contre-référence (orientation/recours) pour les patients ne pouvant être pris en charge au premier échelon.

LE PAQUET COMPLEMENTAIRE D'ACTIVITES

L'hôpital de district (ou hôpital de 2ème échelon) reçoit les malades référés des 1ers échelons du district. Il ne doit plus exercer les fonctions du 1er échelon de la zone de responsabilité où il est implanté. Ses activités sont donc complémentaires à celles des 1ers échelons. Il reçoit 7 à 10 % des consultations curatives des 1ers échelons.

Le Paquet Complémentaire d'Activités d'un Hôpital de 2ème échelon est composé de :

- PRISE EN CHARGE DES URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES
- PRISE EN CHARGE DES ACCOUCHEMENTS COMPLIQUES
- HOSPITALISATION DES CAS REFERES PAR LE PREMIER ECHELON
- FONCTION DIAGNOSTIC DE LABORATOIRE
- FONCTION DIAGNOSTIC DE RADIOLOGIE
- CONSULTATION DE REFERENCE

Ce Paquet Complémentaire d'Activités correspond aux activités de prise en charge des malades référés. Dans un très petit nombre de cas, ces malades devront être encore référés à l'Hôpital Préfectoral (2ème niveau) pour des soins spécialisés.

Le Développement du Paquet Complémentaire d'Activités du 2ème échelon ne doit pas faire oublier les autres fonctions du district. Celui-ci a un rôle très important d'appui aux 1ers échelons par la supervision, la formation/recyclage du personnel de santé et la gestion du district.

En résumé, le Paquet Minimum d'Activités (PMA) correspond aux activités d'un service de 1er échelon par rapport à sa zone de responsabilité. Il couvre 90 % des problèmes sanitaires de cette population, encore faudrait-il que le personnel responsable ait une attitude active et aille au-devant de la population.

Le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) correspond aux activités des structures de référence d'un district sanitaire qui prend en charge les malades référés.

Le développement de ces 2 paquets d'activités doit être simultané. Par exemple, il n'est pas envisageable de ne développer que les activités des 1ers échelons et non l'hôpital du district. Le fait de ne pouvoir prendre en charge les pathologies ou les risques détectés aux consultations curatives ou préventives des 1ers échelons entraînerait une perte de l'efficacité et de l'efficacité du système de santé. Par ailleurs, la population perdrait confiance dans le système de santé si la grande majorité de ces problèmes de santé ne pouvait être pris en charge au niveau d'un district.

4.2 ACTIVITES SANITAIRES

4.2.1 AU PREMIER ECHELON

Le tableau IV.1 page 165 récapitule par préfecture les principales activités actuelles des formations sanitaires: consultation curative, consultation préventive enfants, consultation prénatale et accouchements. Ces activités seront analysées de façon distincte dans ce chapitre.

4.2.1.1. CONSULTATION CURATIVE

Le nombre absolu de nouveaux cas notifiés en 1993 est en recul par rapport à 1992 (1.821.274 contre 1.897.835). Cette baisse est certainement liée aux perturbations sociales répétées durant l'année.

Il faut remarquer que la diminution du nombre brut de cas notifiés s'accompagne d'une augmentation du nombre de Rapports Mensuels d'Activités reçus (4.194 en 1993 contre 4.140 en 1992). Par ailleurs le taux des rapports reçus par rapport aux rapports attendus a subi un net redressement 89,74% en 1993 contre 83,8% en 1992.

Le tableau IV.2 page 167 nous présente la fréquentation de la consultation curative par préfecture et par tranche d'âge.

Le taux d'utilisation (nouveaux cas par 1.000 habitants et par an) est un indicateur plutôt grossier qui traduit l'accessibilité des formations sanitaires. Les facteurs qui conditionnent cette accessibilité sont multiples et varient d'une préfecture à une autre, d'une saison à une autre.

Le taux brut d'utilisation en 1993 au niveau national est de 289 nouveaux cas/1.000 habitants, soit 0,289 NC/hbts/an. En 1992 ce taux était de 0,337 et en 1991 il était de 0,356.

Au niveau des préfectures on constate une diminution de la fréquentation plus marquée dans la zone soudanienne (4 préfectures sur 5) que dans la zone sahélienne (4 préfectures sur 10). La forte augmentation est enregistrée à NDjamena (+40,32%) et la plus grande baisse est à mettre au compte du Chari-Baguirmi Rural (- 29,38%). Par rapport à 1992 et au niveau national, cette baisse est de 4,03%.

Le taux d'utilisation est extrêmement variable d'une préfecture à une autre: de 836/1.000 hbts dans le BET, il tombe à 156 dans le Logone oriental et 139 dans la Tandjilé. Les cartes IV.1 et IV.2 page 168 visualisent les taux d'utilisation par région.

Dans le tableau IV.3 page 169 on trouve les variations mensuelles des indicateurs de la consultation curative: le nombre de nouveaux cas (NC), de consultations totales (CT), rapport CT/NC, pourcentages des cas par tranche d'âge et par zone de responsabilité.

De Janvier à Décembre, le nombre de rapports parvenus à la Division du Système d'Information Sanitaire varie très peu alors que les pourcentages des nouveaux cas varient sensiblement: les extrêmes supérieurs entre Octobre-Novembre - Août tandis que les extrêmes inférieurs se partagent entre Février et Décembre. Il s'agit là, de variations irrégulières, qu'on ne retrouve pas chaque année, même en ajustant le nombre de cas par rapport aux rapports reçus.

TABLEAU IV 1.
SOINS CURATIFS, SOINS PREVENTIFS ET ACCOUCHEMENTS ASSISTES PAR FORMATION
ANNEE 1993

Préfecture	Nombre Rapports Reçu	Nouveaux Cas	Consult. Totales	CT/NC	Nouveaux Inscrits Enfants	Nouvelles Inscrites Femmes	Accouch. au Centre	Accouch. Assistés
BATHA	228	89739	207537	2.3	217	1113	241	375
BORKOU-ENNEDI-TIBESTI	123	59067	111617	1.9	839	410	74	100
BILTINE	78	50064	73303	1.5	1831	891	199	298
CHARI BARUIRMI RURAL	277	147473	272807	1.8	3264	3359	628	1087
GUERA	151	75088	133514	1.8	400	1592	419	416
KANEM	228	103298	221393	2.1	2123	3029	140	705
LAC	140	59457	108104	1.8	809	1523	95	524
LOGONE OCCIDENTAL	317	143763	264726	1.8	4951	9515	3195	1606
LOGONE ORIENTAL	380	69198	176282	2.5	4718	5441	2358	754
MOYEN CHARI	709	253418	597323	2.4	9858	16269	7102	1212
MAYO KEBBI	507	309130	541375	1.8	3329	14513	3451	2683
N'DJAMENA	434	250436	383983	1.5	8093	13163	282	706
OUADDAI	280	99135	160159	1.6	1807	1712	727	795
SALAMAT	70	48492	106416	2.2	461	561	317	115
TANDJILE	272	63516	155876	2.5	670	3942	2014	592
TOTAL	4194	1821274	3515015	1.9	43370	82033	21242	11968

Source: Rapports Mensuels d'Activités MSPAS/DSIS.

BEST AVAILABLE COPY

156

Le rapport CT/NC apparait aussi stable que pour l'année 1992. Tous les pourcentages mensuels se tiennent dans la fourchette 1,82% - 2,4%.

La distribution des nouveaux cas selon l'âge est assez équilibrée au cours de l'année pour chaque tranche d'âge. De même que pendant l'année 1992, le nombre de personnes de zone de résidence "C" vues à la consultation curative accuse une baisse de Juin à Septembre.

Le tableau IV.4 page 169 mentionne, par préfecture, le nombre de rapports analysés, le nombre de nouveaux cas, les pourcentages des nouveaux cas par tranche d'âge, les chiffres de consultations totales et enfin le rapport consultations totales sur nouveaux cas.

On remarque, comme l'année dernière, que la valeur CT/NC par préfecture est différente entre les deux zones principales du pays.

En zone soudanienne la moyenne est égale 2,2 et la médiane 2,4.

En zone sahélienne la moyenne est de 1,69 et la médiane est de 1,80.

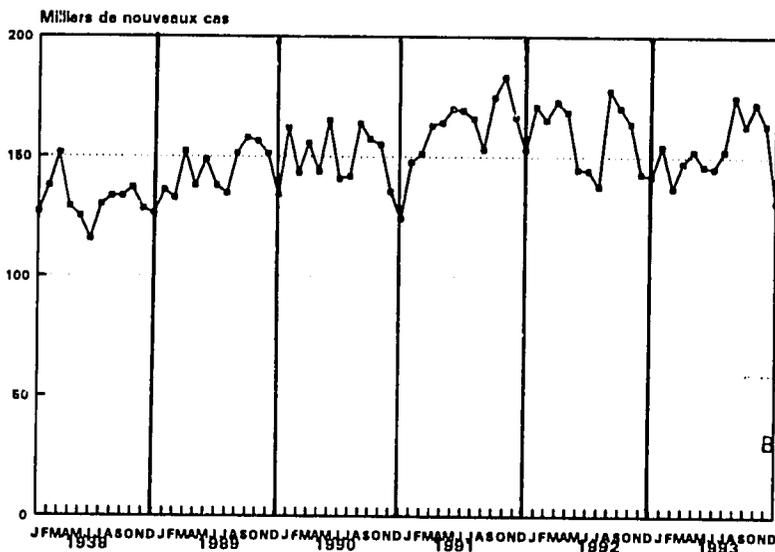
TABLEAU IV.2
SOINS CURATIFS
NOUVEAUX CAS PAR 100.000 HABITANTS
PAR PREFECTURE

ANNEE 1993

PREFECTURE.	RAP.RECUS	NOUVEAUX CAS PAR 1000 HABITANTS			
	RAPPORTS ATTENDUS	0-11 MOIS	1-4 ANS	5 ANS et INCONNU	TOTAL
Batha	97,13	545	400	283	308
Biltine	96,30	566	329	243	267
Bork. Enn. Ti	93,18	1435	903	798	836
C.B Rural	96,21	523	349	166	204
Guéra	100,00	624	411	201	245
Kanem	94,94	778	562	323	372
Lac	100,00	603	377	205	243
Logone Occ.	98,45	1343	656	214	316
Logone Ori.	70,18	719	252	113	156
Mayo-Kebbi	97,41	1317	751	275	378
Moyen-Chari	96,08	952	578	272	338
N'Djamena	91,97	1851	882	341	473
Ouadaï	67,22	511	294	147	181
Salamat	100,00	607	503	207	261
Tandjilé	82,28	666	283	91	139
Pays	89,74	1099	506	227	290

SOURCE: RAPPORTS MENSUELS D'ACTIVITES/DSIS/1993

Graphique IV.1
Nombre de Nouveaux cas notifiés 88/93



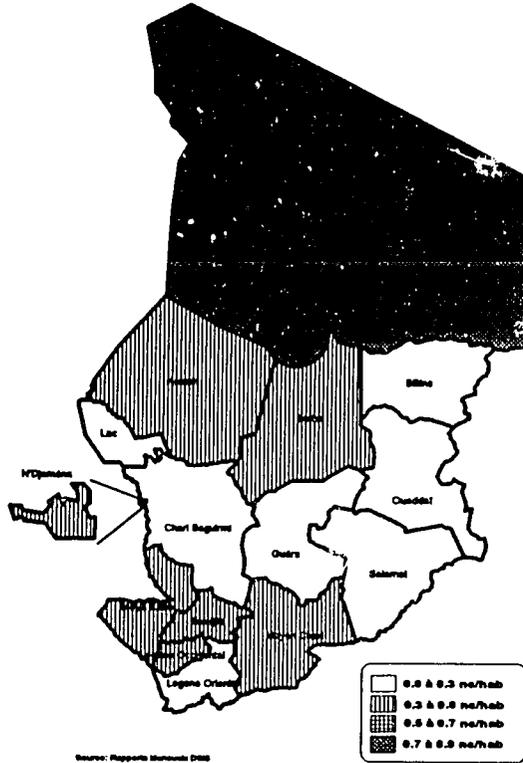
source: rapports mensuels DSIS

BEST AVAILABLE COPY

158

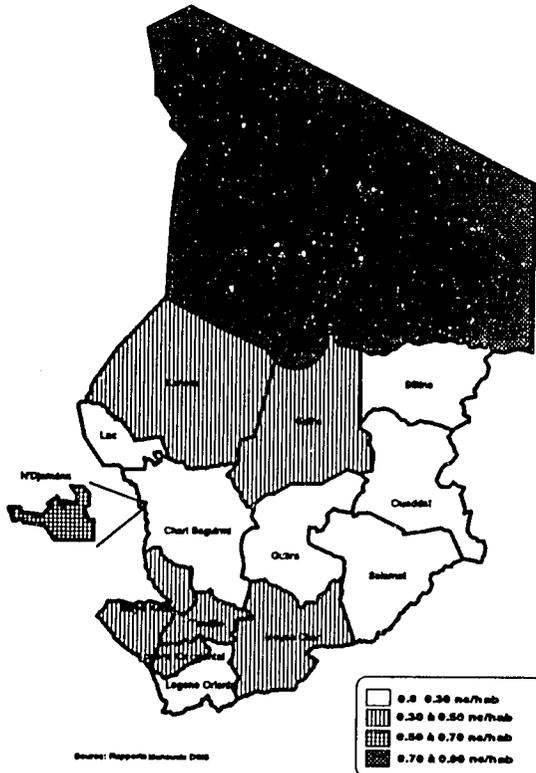
Carte IV.1

Soins curatifs, nouveaux cas bruts: année 1993



Carte IV.2

Soins curatifs, nouveaux cas ajustés: année 1993



BEST AVAILABLE COPY

160

TABLEAU IV 3
GESTION DE SOINS CURATIFS
VARIATIONS PAR MOIS
FORMATIONS DE BASE ET POSTES SENTINELLES
NIVEAU NATIONAL
ANNEE 1993

Mois	Jan	Fev	Mar	Avr	Mai	Jun	Jul	Aou	Sep	Oct	Nov	Dec	Total
NOMBRE DE RAPPORTS ANALYSES ==	351	348	348	352	356	348	346	354	351	359	347	334	4194
Nouveaux Cas	153820	136843	145916	154256	145622	145210	146509	148392	158088	171355	143391	131872	1821274
Consultations Totales	304831	279779	296466	302602	284203	279844	274537	320394	300365	312352	307033	250589	3515015
Consultations/Nouveaux Cas	1.96	2.04	2.03	1.96	1.95	1.93	1.89	1.90	1.90	1.82	1.88	1.90	1.93
Pourcentage Nouveaux Cas par Age													
0 à 11 mois	12.88	12.57	13.44	12.78	13.72	13.46	12.66	13.32	13.64	14.26	13.36	13.09	13.28
1 à 4 ans	20.63	20.34	21.84	20.84	21.46	20.81	20.65	22.14	23.88	23.36	20.41	19.68	21.40
5 ans et plus	66.28	66.85	64.51	64.89	64.86	65.39	66.47	64.35	62.29	62.28	66.07	66.67	65.00
Inconnu	0.20	0.18	0.20	0.19	0.15	0.32	0.22	0.19	0.19	0.15	0.10	0.07	0.18
Pourcentage de Nouveaux Cas par Zone d'Origine													
Zone A	62.80	60.16	60.06	60.78	60.31	62.28	62.30	62.23	57.72	57.85	56.85	56.17	59.92
Zone B	19.66	21.31	21.72	19.75	21.66	21.49	22.00	22.34	25.26	24.88	25.35	24.38	22.57
Zone C	17.13	18.29	18.02	18.29	17.87	15.88	15.49	15.25	16.83	17.17	17.64	18.90	17.19
Zone Inconnu	0.20	0.18	0.20	0.19	0.15	0.32	0.22	0.19	0.19	0.15	0.10	0.07	0.18

Source: Rapports Mensuels d'Activités MSPAS/DSIS.

TABLEAU IV.4
GESTION DES SOINS CURATIFS PAR PREFECTURE

PREFECTURE	NBRE RMA ANALYSES	NC	POURCENTAGE				CONSULTATION TOTALE	CONSULTATION TOTALE/ NC
			0-11 MOIS	1-4 ANS	5 ANS et +	IN-CON.		
BATHA	228	89.739	7,6	16,0	76,5	0,0	207.537	2,3
BILTINE	123	59.067	7,2	13,2	79,4	0,2	111.617	1,9
BORK. ENN. TIB.	78	50.064	9,0	15,1	75,8	0,1	73.303	1,5
CHARI-BAG. RURAL	277	147.473	10,8	21,0	68,0	0,1	272.807	1,8
GUERA	151	75.088	10,8	20,6	68,6	0,0	133.514	1,8
KANEM	228	103.298	8,9	18,7	72,4	0,0	221.393	2,1
LAC	140	59.457	10,4	18,9	70,5	0,1	108.104	1,8
LOGONE OCC.	317	143.763	18,0	25,5	56,0	0,4	264.726	1,8
LOGONE ORIENT.	380	69.198	19,4	19,7	60,2	0,1	176.282	2,5
MAYO-KEBBI	709	253.418	11,9	20,8	66,6	0,1	597.323	2,4
MOYEN-CHARI	577	309.130	14,8	24,4	60,4	0,2	541.975	1,8
NDJAMENA	434	250.436	16,9	22,9	59,8	0,4	383.983	1,5
OUADDAI	280	99.135	12,0	20,0	68,1	0,3	160.159	1,6
SALAMAT	70	48.492	9,9	23,7	66,4	0,0	106.416	2,2
TANDJILE	272	63.516	20,3	25,1	54,4	0,2	155.876	2,5
TOTAL	4.194	1.821.274	13,5	21,4	65,0	0,1	3.515.015	1,9

4.2.1.2 SANTE MATERNELLE

1. CONSULTATIONS PRENATALES ET ACCOUCHEMENTS

Les activités de santé maternelle par Préfecture se trouvent dans le tableau IV.5 page 172. Elles sont constituées principalement par les consultations prénatales, la surveillance de l'accouchement et les vaccinations antitétaniques.

Ce tableau présente par Préfecture les prestations de santé maternelle effectuées en 1993, la couverture de ces activités par rapport aux naissances attendues et les taux d'achèvement des vaccinations antitétaniques (VAT2/VAT1) administrées.

Le total des consultations prénatales est toujours en progression (82.033 nouvelles inscrites en 1993 contre 77.016 en 1992). La répartition spatiale de ces consultations reste identique à celle de 1992; sauf que le Moyen-Chari a perdu la première place qu'il a occupé en 1992 au profit de N'Djamena. En réalité, au nombre de 18.163 consultations pour N'Djamena, il faut ajouter celui de la Maternité de l'Hôpital Général de Référence Nationale.

Quant au nombre d'accouchements assistés, il est en hausse en 1993 (+3%) par rapport à l'année 1992. Le Moyen-Chari et le Mayo-Kebbi sont les Préfectures où les accouchements se pratiquent le plus en présence d'un agent qualifié ou dans une structure sanitaire. Comme nous l'avons toujours souligné en 1992, le pourcentage des accouchements assistés par rapport aux naissances attendues dans les zones sahéliennes reste toujours inférieur à 10%, par contre ce pourcentage varie de 13,4% à 26,4% dans les zones méridionales. Toutefois, cette variation est en baisse par rapport à l'année 1992 (19,1% à 28,7%). Cette baisse est due au changement dans les sources d'informations retenues pour le calcul des naissances attendues. D'une manière générale, on pourrait expliquer cette tendance à la baisse des accouchements assistés par des perturbations liées aux grèves dans le secteur santé.

On note également une nette différence de comportement en matière du choix du lieu d'accouchement et de la personne qui peut accoucher une femme. Les femmes de la zone sahélienne préfèrent accoucher à domicile avec l'assistance d'un agent de santé plutôt que d'aller accoucher dans un centre de santé. Plusieurs raisons sociologiques (qui méritent une étude spécifique et détaillée) peuvent expliquer ce comportement.

Le pourcentage des nouvelles inscrites ayant moins de 15 ans, retenu comme indicateur de risque varie d'une Préfecture à une autre (0,4% au Ouaddaï à 7,6% à N'Djamena), mais la valeur exacte de cet indicateur ne pourrait être connue que si les formations sanitaires tenaient les fiches individuelles des femmes concernées à partir de la consultation prénatale jusqu'à l'accouchement y compris.

162

La répartition spatiale des consultations prénatales demeure identique par rapport à l'année 1992, ceci est visualisé par la carte IV.3 page 173. Les consultations prénatales sont particulièrement fréquentes au niveau de N'Djamena, du Moyen-Chari, Mayo-Kebbi et du Logone Occidental. Par contre, elles sont peu développées au niveau du BET, Biltine, Salamat et ne dépassent guère la barre de 1.000 consultations prénatales par an.

De façon plus globale, l'activité de consultation prénatale est de loin prédominante au niveau des Préfectures du Sud et de la Capitale. Ceci ne préjuge en rien de la qualité de la prise en charge des problèmes de santé des femmes enceintes.

TABLEAU IV 5
SANTÉ MATERNELLE
Année 1993

Préfecture	Naissances Attendues	Activités de Santé Maternelle					Couv./Naissances Att.		Vaccinations VAT	
		Nouvelles Inscrites	% Nouv. Ins de <15 ans	Visites Totales	Vis. Tot. / Nouv. Ins	Accouchem. Assistés	% Nouv. Inscrites	% Accouch. Assistés	Nombre de Doses 1	% Doses 2/ Doses 1
Batha	12.191	1.113	1,3	2.997	2,69	616	9,1	5,1	6.963	61,6
Biltine	7.919	891	2,8	1.530	1,72	497	11,2	6,3	4.312	37,9
Bork.Enn.Tib.	2.988	410	3,7	901	2,20	174	13,7	5,8	1.074	53,4
Chari-B. Rural	30.581	3.359	1,8	6.704	2,00	1.715	11,0	5,6	4.024	55,7
Guera	12.977	1.592	1,1	3.007	1,89	835	12,3	6,4	3.642	41,2
Kanem	11.884	3.029	4,1	7.238	2,39	845	25,5	7,1	3.925	55,5
Lac	10.505	1.523	5,5	4.113	2,70	619	14,5	5,9	3.665	48,6
Logone Occ.	19.261	9.515	0,7	20.861	2,19	4.801	49,4	24,9	9.534	60,5
Logone Ori.	18.635	5.441	2,7	14.616	2,69	3.112	29,2	16,7	8.228	48,9
Mayo-Kebbi	34.713	14.513	1,7	29.388	2,02	6.134	41,8	17,7	15.517	69,6
Moyen-Chari	31.517	16.269	1,1	42.524	2,61	8.314	51,6	26,4	16.509	58,6
N'Djamena	22.411	18.163	7,6	32.866	1,81	988	81,0	4,4	16.132	59,6
Ouaddai	23.273	1.712	0,4	4.260	2,49	1.522	7,3	6,5	4.263	62,3
Salamat	7.871	561	0,2	1.791	3,19	432	7,1	5,5	3.289	16,8
Tandjilé	19.393	3.942	6,5	11.306	2,87	2.606	20,3	13,4	4.328	46,5
T O T A L	266.119	82.033	3,2	184.102	2,24	33.210	30,8	12,5	105.405	56,3

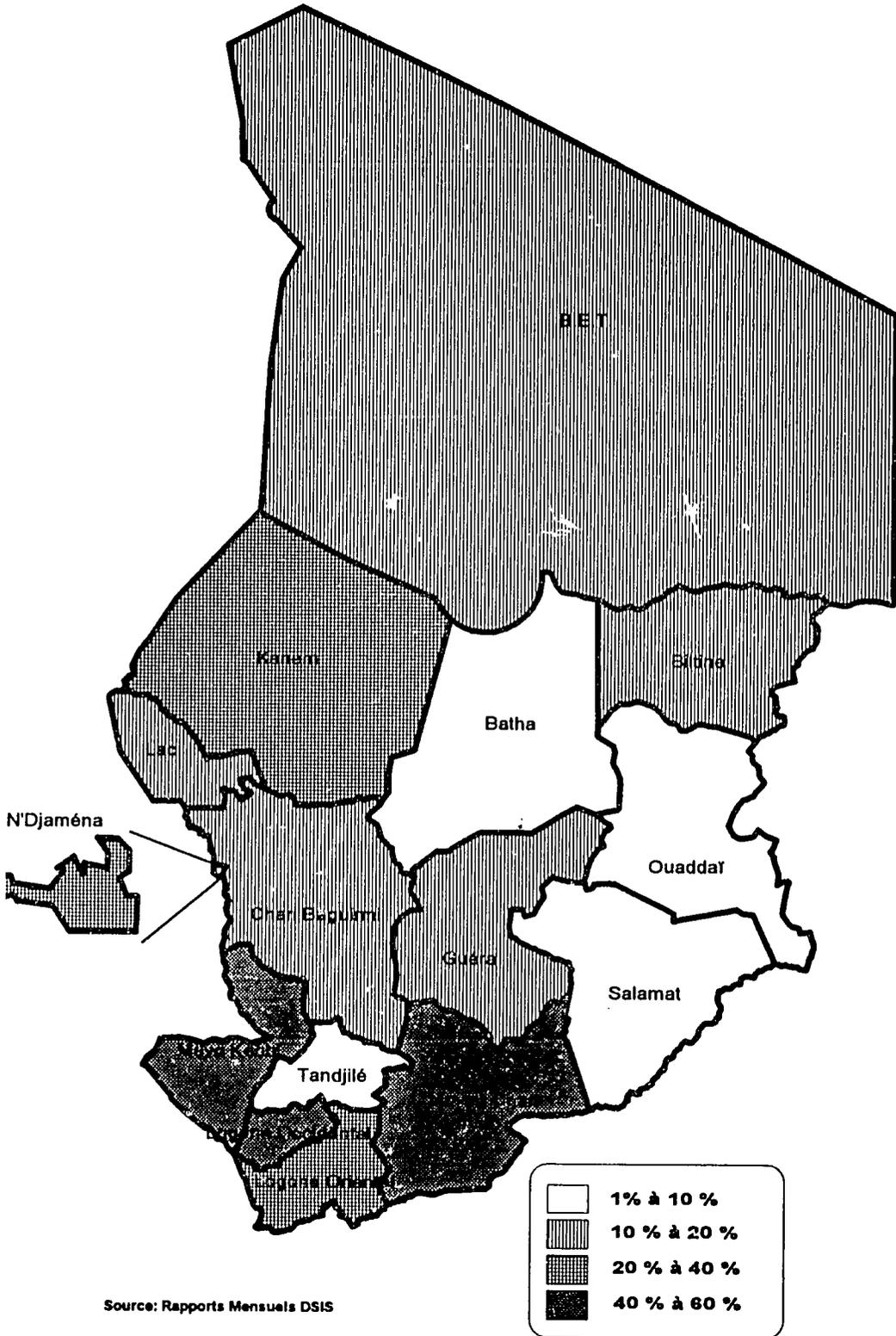
Naissances Attendues: estimées par le taux de natalité de la population, 42,32 pour mille.

Accouchements assistés: accouchements dans une formation sanitaire ou assistés à domicile par du personnel reconnu par une formation sanitaire.

Source: Rapports Mensuels d'Activités.

Carte IV.3

Variations géographiques du pourcentage des femmes enceintes inscrites une fois au moins à la CPN: année 1993



165

VACCINATION ANTITÉTANIQUE

Au bas du tableau IV.7 page 185 figurent en dernière colonne, les totaux des doses de vaccination antitétanique administrée aux femmes en âge de procréer (15-45 ans) et aux autres personnes en ne prenant en compte que les femmes en âge de procréer. Il y a une baisse de la vaccination antitétanique d'environ 19% par rapport à l'année 1992 au niveau national.

Cette baisse est imputable aux grèves répétées survenues dans l'administration au dernier trimestre de l'année 1992 d'une part, et d'autre part au niveau central qui ne joue pas réellement son rôle d'appui au niveau périphérique. Dans la quasi-totalité des Préfectures, les activités vaccinales ont été suspendues une bonne partie de l'année dans les formations sanitaires soit à cause des ruptures prolongées des stocks de vaccins, soit à cause de manque de pétrole pour le fonctionnement de la chaîne de froid, ceci étant lié à des insuffisances de gestion et de supervision au niveau intermédiaire.

Le tableau ci-dessous donne la distribution nationale des doses 1, doses 2 et autres doses (qui comprennent VAT3, VAT4 et VAT5) et plus le cumul des six dernières années de ces différentes doses.

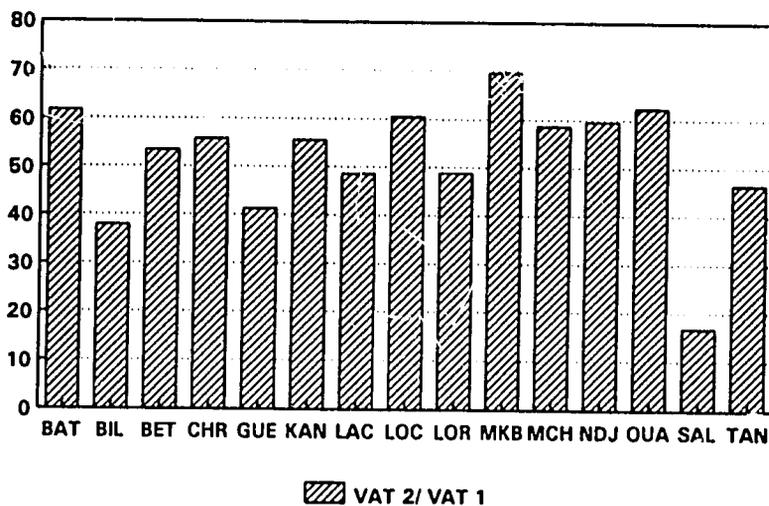
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	TOTAUX
VAT1	182.320	290.350	146.802	140.121	126.573	103.418	989.584
VAT2	108.918	196.439	95.474	88.659	72.295	58.620	620.405
AUT. DOSE	22.684	73.435	72.405	62.192	75.432	67.945	374.096
TOT.	313.922	560.227	314.681	290.972	274.300	229.983	1984085

L'analyse de ce tableau montre effectivement une décroissance très sensible des différentes doses administrées depuis 1990. Cette baisse est justifiée par des raisons mentionnées plus haut.

Le tableau ci-dessous donne les totaux des différentes doses des deux dernières années (1992 et 1993) et leur variation, il y a eu une baisse d'à peu près 17% pour le niveau national et pour toutes doses confondues.

VAT	1992	1993	VARIATION
VAT 1	129.958	105.183	- 19,1%
VAT 2	73.783	59.230	- 19,7%
VAT 3-4-5	77.050	68.834	- 10,7%
TOTAL VAT	280.791	233.247	- 16,9%

Graphique IV.2
Taux d'achèvement VAT 2/VAT1



SOURCE : rapports mensuels DSIS/1993

UNREPRODUCIBLE COPY

107

Carte IV.4

Variations géographiques des accouchements: année 1993



3. ACTIVITES DE BIEN-ETRE FAMILIAL

Les prestations de service de bien-être familial sont de plus en plus adoptées par la population. Ces prestations qui font partie intégrante du PMA (Paquet Minimum d'Activités) selon la nouvelle politique de santé, devraient être fournies dans tous les centres de santé de 1er échelon.

Compte tenu de certaines contraintes (formation du personnel, fourniture de contraceptifs) elles sont surtout développées dans les zones soutenues par les projets SMI/BEF et Survie de l'enfant, notamment dans les structures de santé de N'Djaména, Abéché, Moundou et Sarh; ce qui ne veut pas dire qu'il n'existe pas de besoins exprimés dans le reste du pays. En effet le programme national a continué à fournir le centre de Mongo (Guéra) déjà opérationnel depuis 1992.

Pour le Batha, Oum-Hadjer a commencé à offrir les prestations de bien-être familial en 1993 en plus d'Ati (où les activités de BEF étaient offertes à la population depuis 1992) grâce à l'arrivée d'un médecin dans le district. Bol dans le Lac et Mao au Kanem ont également démarré les activités de bien-être familial. Malheureusement toutes ces nouvelles zones d'activités n'ont pas encore fourni de statistiques au programme national SMI/BEF. Il faut espérer que la situation puisse s'améliorer.

1. Utilisatrices des méthodes contraceptives modernes

En 1993, il y a eu 22.801 utilisatrices des méthodes contre 15.729 en 1992; parmi lesquelles on note 5.177 nouvelles utilisatrices contre 3.486 en 1992. Pour la ville de N'Djaména il a été enregistré 4.416 nouvelles utilisatrices contre 3.114 en 1992.

ZONES	Nouvelles utilisatrices	Anciennes utilisatrices	Total
1. N'Djamena	4.416	16.818	21.234
2. Abéché	314	404	745
3. Moundou	420	402	822
Total	5.177	17.624	22.801

BEST AVAILABLE COPY

169

2. Répartition des utilisatrices par tranche d'âge

En 1992, nous avons constaté que 17,8 % des utilisatrices étaient des adolescentes, par contre les utilisatrices âgées de 40 ans et plus ne représentaient que 2 %.

Afin de mieux cerner ce problème, nous avons réalisé une étude sur 300 nouvelles utilisatrices au centre de référence Assiam Vamtou qui a effectivement montré que les adolescentes ayant eu recours à la contraception représentent 20% en 1993 soit une augmentation de 2,2 %. Le pourcentage des utilisatrices de 40 ans et plus est resté stationnaire à 2 %.

3. Répartition des méthode contraceptives

Les contraceptifs oraux (pilules) sont acceptés par la majorité des utilisatrices.

Ainsi la même étude sur les nouvelles utilisatrices au centre de référence A.Vamtou a montré que 70% des utilisatrices ont préféré la pilule contre 5,3% pour les injectables et 6,7% les dispositifs intra-utérins (stérilets). Les spermicides sont acceptés par 18% de femmes comme méthode d'attente; cela signifie que la plupart de ces femmes reviennent au cours du cycle suivant pour choisir une méthode plus adaptée.

4. Prévalence contraceptive

Compte tenu du fait que l'activité de bien-être familial n'est pas encore effective dans la majorité des centres de santé le taux de prévalence contraceptive dans le pays est à un niveau assez bas. Néanmoins dans les zones soutenues par le projet SMI/BEF, on note une nette progression de l'utilisation des méthodes contraceptives.

Ainsi à N'Djaména, le taux de prévalence contraceptive est passé de 2,97 % en 1992 à 4,01 % en 1993.

Dans la zone d'Abéché (Ouaddaï) où les activités de bien-être familial au démarrage du projet en 1991 étaient presque inexistantes, le taux de prévalence est passé de 1% (1992) à 1,5% (1993).

La zone de Moundou (Logone Occidental) n'a démarré les activités qu'à la fin de l'année 1992 (Novembre); le taux de prévalence est encore faible soit 0,28% en 1993.

3. Taux de prévalence contraceptive à N'Djaména

METHODES	QUANTITE ESTIMATION SUR 12 MOIS	ANNEES/COUPLES PROTECTION (ACP)
1. Contraceptifs oraux	34.992	2.332,8
2. Injectables (ampoules)	2.250	380
3. DIU (unités)	156	546
4. Spermicides (comprimé)	5.436	36,24
5. Condoms (unités)	42.843	285,62
Total		3.580,66

- N'Djaména

Population des femmes en âge de procréer 1993:
111.561 (source recensement général de la population)

Prévalence contraceptive à N'djaména

$$\frac{3.580,66 \times 100}{89.249} = 4,01 \%$$

-- Compte tenu du fait que les contraceptifs vendus dans les pharmacies et dépôts pharmaceutiques privés ne sont pas encore pris en compte dans les statistiques, le taux de prévalence contraceptive à N'djaména dépasse certainement 4,01%.

5. Perspectives d'avenir

Dans le cadre de la nouvelle politique sanitaire adoptée par le Tchad, les activités de BEF sont intégrées dans le PMA (Paquet Minimum d'Activités), de même les contraceptifs font partie intégrante des médicaments essentiels.

Ainsi la mise en oeuvre effective des différents volets du PMA dont le BEF dans les centres de santé de 1er échelon permettra le développement et l'extension des activités de BEF, dans le pays.

L'intégration des données sur le BEF dans le rapport mensuel d'activités des centres de santé dont le processus a démarré en 1993, alliée à la formation du personnel à étendre ainsi qu'à la fourniture de l'équipement nécessaire et des contraceptifs, devrait permettre de voir les chiffres de la prévalence contraceptive augmenter notablement.

UNAVAILABLE COPY

171

4.2.1.3 SANTE INFANTILE-SOINS PREVENTIFS ENFANTS

1. CONSULTATION PREVENTIVE ENFANTS

Le tableau IV.6 page 182 nous présente un panorama de l'activité "Soins Préventifs Enfants".

Bien que faisant partie du Paquet Minimum d'Activités assigné aux centres de 1er échelon, la consultation préventive enfants est peu développée au niveau du pays.

Par rapport à 1992, le nombre de visites totales est tombé de 210.172 à 173.148, soit - 17,6% de baisse. Par contre les nouveaux inscrits passent de 41.227 à 43.370, soit une augmentation de près de 5%.

Le Guéra demeure toujours une Préfecture dans laquelle les consultations préventives enfants demeurent très faibles (988 visites totales en 1992 contre 928 visites totales en 1993). Le nombre de nouveaux inscrits pour la même préfecture est le plus faible (400 nouveaux inscrits en 1993 contre 387 nouveaux inscrits pour l'année 1992).

Le rapport visites totales/nouveaux inscrits qui figure dans le tableau ci-dessus nous sert d'indicateur de continuité, facteur principal pour l'efficacité de l'activité. Ce rapport varie entre 45,1 (Batha) et 1,7 (Chari-baguirmi).

De 1990 à 1993, le Batha tient toujours la tête avec un rapport variant de 7,63 à 45,1.

PREFECTURES	1990 VT/NI	1991 VT/NI	1992 VT/NI	1993 VT/NI
BATHA	7.63	16.6	24.1	45.1
BILTINE	2.15	2.07	2.5	2.3
B E T	2.94	2.11	6.5	4.3
CHARI-BAGUIRMI	1.6	2.6	2.3	1.7
GUERA	2.43	2.22	2.6	2.3
KANEM	1.97	2.28	2.8	2.1
LAC	-	1.7	10.2	7.3
LOGONE OCCIDENTAL	4.61	9.5	7.4	3.6
LOGONE ORIENTAL	6.4	6.8	8.9	5.4
MAYO-KEBBI	2.3	2.3	2.2	4.6
MOYEN-CHARI	7.5	4.9	4.3	4.0
NDJAMENA	5.5	6.06	6.5	3.3
OUADDAI	2.3	3.6	5.3	3.9
SALAMAT	2.84	4.8	6.4	3.5
TANDJILE	3.1	4.35	5.3	6.0

BEST AVAILABLE COPY

La carte IV.5 page 183 montre que le recrutement est faible dans l'ensemble du pays, à l'exception de Biltine et du Kanem.

Par rapport à l'année 1992, on constate une progression du nombre de nouveaux inscrits au niveau du Chari-Baguirmi Rural, du Kanem, des deux Logones et du Moyen-Chari, tandis qu'on a remarqué une décroissance très sensible au niveau de N'Djamena, du Ouaddaï, du Salamat et de la Tandjilé.

D'une manière générale, la baisse des activités préventives enfants s'explique en partie par les grèves répétées du dernier trimestre de l'année 1993.

TABLEAU IV 6
SANTÉ INFANTILE: SOINS PREVENTIFS
ANNEE 1993
NOMBRE DE RAPPORTS ANALYSES = 4194

ENFANTS: VISITES TOTALES

PREFECTURES	0-11 m	12-23 m	2-4 ans	5 ans +	Visites Totales
BATHA	2763	2608	4221	185	9777
BORKOU-ENNEDI-TIBESTI	1439	892	566	699	3596
BILTINE	2326	1151	641	146	4264
CHARI-BAGUIRMI RURAL	2660	1679	951	427	5666
GUERA	759	150	19	0	928
KANEM	2544	1364	491	53	4452
LAC	3458	1597	782	101	5938
LOGONE OCCIDENTAL	7070	7419	3083	449	18021
LOGONE ORIENTAL	16856	5663	1981	961	25461
MOYEN CHARI	23372	10900	5007	578	39857
MAYO KEBBI	8794	4368	1674	536	15372
N'DJAMENA	15306	5706	3800	2269	27081
OUADDAI	5353	1499	203	31	7086
SALAMAT	1299	219	92	10	1620
TANDJILE	2290	944	514	281	4029
TOTAL	96289	46159	24025	6726	173148

ENFANTS: NOUVEAUX INSCRITS

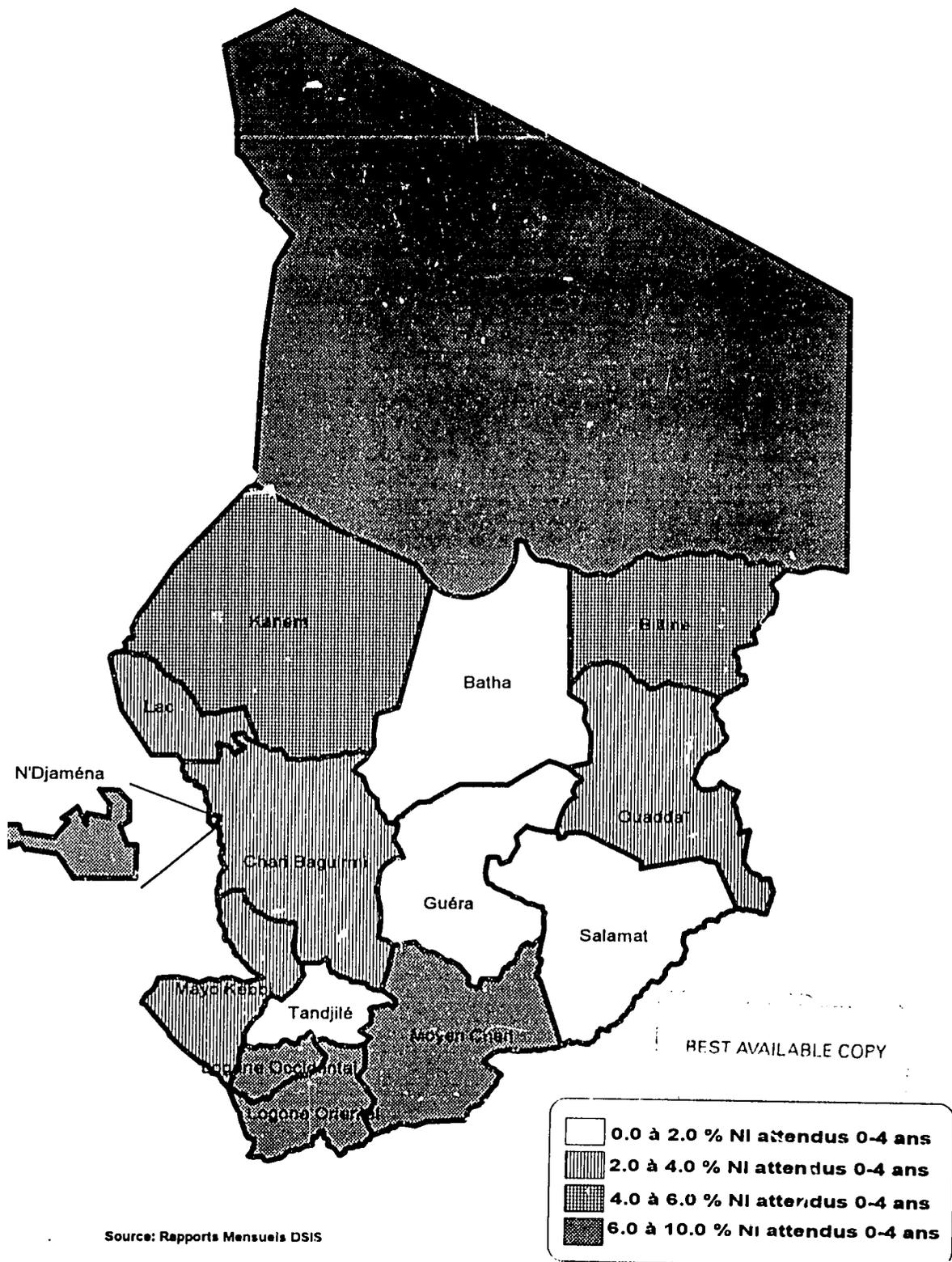
PREFECTURE	0-11 m	12-23 m	2-4 ans	5 ans +	Total
BATHA	156	38	23	0	217
BORKOU-ENNEDI-TIBESTI	376	112	128	223	839
BILTINE	1122	439	229	41	1831
CHARI-BAGUIRMI RURAL	1644	905	541	201	3264
GUERA	348	47	5	0	400
KANEM	1342	545	216	20	2123
LAC	353	188	131	137	809
LOGONE OCCIDENTAL	2876	1407	628	40	4951
LOGONE ORIENTAL	3275	710	430	303	4718
MOYEN CHARI	7161	1893	771	33	9858
MAYO KEBBI	2067	748	344	170	3329
N'DJAMENA	4470	1682	1140	801	8093
OUADDAI	1433	307	61	6	1807
SALAMAT	354	71	34	2	461
TANDJILE	299	187	106	78	670
TOTAL	27276	9279	4787	2055	43370

Source: Rapports Mensuels d'Activités MSP/DSIS.

BEST AVAILABLE COPY

174

Variations géographiques des enfants nouveaux inscrits en consultation préventive: année 1993



2. VACCINATIONS

La vaccination, composante de l'activité "consultation préventive des enfants de 0 à 4 ans révolus" fait partie du Paquet Minimum d'Activités (PMA) des Centres de Santé du Pays.

Les trois stratégies appliquées jusqu'à nos jours sont:

- La stratégie fixe. Depuis 1990 l'accent a été mis sur la vaccination au quotidien;
- La stratégie avancée pour le reste des populations de la Zone de Responsabilité de chaque Formation Sanitaire;
- La stratégie mobile, exceptionnelle, se limite à quelques zones peu peuplées ne disposant pas de Centre de Santé, et à la population nomade.

Depuis 1992, un nouvel indicateur a été introduit, il s'agit de l'indicateur "enfants complètement vaccinés". Il prend en compte des enfants de 0-11 mois et de 12-23 mois qui ont reçu tous les antigènes prévus par le Programme National Elargi de Vaccination (PEV). Cet indicateur synthétique a le mérite d'être suivi car il nous donne une idée sur le nombre total d'enfants supposés protégés. En 1993, il y a eu 29.721 enfants complètement vaccinés contre 24.761 en 1992, soit une augmentation de 20%. Ce nombre aurait dû être plus élevé, si la plupart des Préfectures n'avaient pas connu des ruptures répétées des stocks de vaccins.

Le tableau IV.7 page 185 est un récapitulatif des vaccinations effectuées par tranches d'âge et par antigène. La comparaison de ce tableau pour 1993 avec le tableau identique de 1992 est présenté dans le tableau IV.8 page 186: on y mesure la variation de l'activité vaccinale par antigène.

Par rapport à la période 91-92 où toutes les doses administrées sont en baisse, celle 92-93 a vu une hausse de 21,32% pour le total DTC + DTCP et de 5,29% pour celui de Polio + DTCP. De toutes ces variations constatées, on pourrait conclure qu'il y a une amélioration en matière des activités vaccinales entre 92-93 par rapport à 91-92 sauf pour les doses des vaccinations anti-marielle qui ont connu une décroissance très accentuée, passant de 98.916 en 1992 à 66.319 en 1993 soit 32,95% entre 92-93 contre 17,31% entre 91-92.

TABLEAU IV 7
VACCINATIONS DTC, POLIO, ROUGEOLE, BCG, ANTI-AMARILE
PAR TRANCHE D'AGE
ANNEE 1993
NOMBRE DE RAPPORTS ANALYSES = 2223

	0-11 MOIS	12-23 MOIS	TOTAL
BCG	90573	15623	106196
DTC			
Dose 1	80478	14380	94858
Dose 3	34256	15972	50228
Doses Totales	164575	47120	211695
DTCP			
Dose 1	4080	1387	5467
Dose 2	967	1813	2780
Doses Totales	5047	3200	8247
POLIO			
Dose 0	31912	2173	34085
Dose 1	76785	12463	89248
Dose 3	32254	14946	47200
Doses Totales	189487	45517	235004
ANTI-AMARILE	43299	23020	66319
ROUGEOLE	50256	38821	89077
COMPLETEMENT VAC.	20630	9091	29721

	FEMMES EN AGE DE PROCREER	AUTRES	TOTAL
V A T			
Dose 1	103418	1765	105183
Dose 2	58620	610	59230
Dose 3	33364	407	33771
Dose 4	21347	317	21664
Dose 5	13234	165	13399
Doses Totales	229983	3264	233247

Source: Rapports Mensuels d'Activités MSP/DSIS.

BEST AVAILABLE COPY

177

TABLEAU IV.8
EVOLUTION DE L'ACTIVITE VACCINALE 1992-1993

	DOSES 1992	DOSES 1993	VARIATION
BCG	111.554	106.196	- 4,80%
DTC 1	80.983	94.858	
3	38.479	50.228	
TOTAL	169.747	211.695	
DTCP TOTAL	11.545	8.247	
TOTAL DTC + DTCP	181.292	219.942	+ 21,32%
POLIO 0	24.805	34.085	
1	85.921	89.248	
3	48.294	47.200	
TOTAL	219.493	235.004	
TOTAL DTCP	11.545	8.247	
TOTAL POLIO DTCP	231.038	243.251	+ 5,29%
ANTIAMARILE	98.916	66.319	- 32,95%
ROUGEOLE	107.933	89.077	- 17,47

Le tableau IV.9 page 187 est un récapitulatif des vaccinations effectuées depuis 1988. On constatera que les chiffres élevés de vaccination effectuée en 1989 et dans une moindre mesure en 1990 n'ont plus été retrouvés en 1991, 1992 et 1993.

Sans vouloir s'attarder sur les causes de ce ralentissement des activités vaccinales et pour éviter de se répéter, on peut néanmoins citer les difficultés d'approvisionnement des Centres de Santé par le niveau central, tant en vaccins qu'en matériel et carburant. Il faut mentionner également le manque de supervision, de gestion et de motivation au niveau des Préfectures et des districts.

La couverture vaccinale nationale, estimée à partir des Rapports Mensuels d'Activités des Formations Sanitaires est dans le tableau IV.12 page 192.

Par rapport aux estimations par les mêmes sources en 1992, on s'aperçoit que la tendance est à baisse pour les antigènes suivants: Polio 3, antiamarile et la rougeole tandis que le BCG et la DTC3 connaissent un début de reprise.

	B C G	D T C 3	POLIO 3	ANTIAMARIALE	ROUGEOLE
1992	33.82%	10.42%	12.97%	23.88%	24.72%
1993	34,03%	12,87%	12,12%	16,27%	18,88%
VARIATION	+0,21%	+2,45%	-0,85%	-7,61%	-5,84

TABLEAU IV.9

VACCINATIONS ENFANTS 1988 - 1993

	0 - 11 MOIS						12 - 23 MOIS					
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1988	1989	1990	1991	1992	1993
B C G	75.285	104.213	97.039	93.423	80.657	90.573	54.213	64.037	40.561	32.430	30.897	15.623
D T C 3	27.823	14.459	36.191	41.850	24.848	34.256	36.260	41.551	25.863	20.726	13.631	15.972
POLIO 3	27.549	41.121	37.046	41.885	30.934	32.254	35.323	39.269	25.109	21.200	17.360	14.946
FIEVRE JAUNE	47.483	51.240	61.864	59.335	56.952	43.299	65.595	68.100	56.672	44.059	41.964	23.020
ROUGEOLE	38.397	52.159	50.017	64.766	58.955	50.256	64.469	87.986	52.390	52.048	48.978	38.821
COMPLEMENT VACCINES	-	-	-	-	16.519	20.630	-	-	-	-	8.242	9.091

Source : Rapports Mensuels d'Activités.

RFST AVAILABLE COPY

179

TABLEAU IV 10
VACCINATIONS ET MALADIES CIBLES
VARIATIONS PAR MOIS
ANNEE 1993

MOIS ->	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUN	JUI	AOU	SEP	OCT	NOV	DEC	TOTAL
NOMBRE DE RAPPORTS ANALYSES->	167	160	183	191	199	183	181	195	203	178	190	193	2223
BCG	7626	6542	7195	10520	9676	9385	8091	9817	9138	10041	9029	9142	106202
DTC Dose 1	6275	7248	7080	9939	9004	8050	7701	7578	8028	8186	8108	8082	95279
DTC Dose 3	3212	3293	4053	4706	4588	4422	3842	5011	4554	4356	4222	4005	50264
DTC Doses Totales	13417	14946	16251	20418	19746	18674	17079	18504	18717	18709	17952	17812	212225
DTCP Dose 1	92	229	791	385	1019	672	297	243	668	25	501	549	5471
DTCP Dose 2	126	194	433	145	460	317	99	89	411	5	254	250	2783
DTCP Doses Totales	218	423	1224	530	1479	989	396	332	1079	30	755	799	8254
POLIO Dose 0	2456	2490	2543	3087	2948	3193	3376	2615	2708	3179	3184	2354	34133
POLIO Dose 1	5894	6586	7037	9036	7796	7528	7164	7250	7550	7945	7937	7904	89627
POLIO Dose 3	3008	2985	3829	4612	3973	4406	3638	4480	4466	4052	3951	3810	47210
POLIO Doses Totales	15064	16179	18430	22396	20646	21062	19386	20293	20523	21139	20752	19666	235536
ANTI-AMARILE (FIEVRE JAUNE)	4484	5066	5307	6784	5948	6156	4810	6042	5828	4344	5867	5777	66413
ROUGEOLE	6236	8359	7237	10349	7652	6410	6060	7109	7259	6486	8038	7897	89092
COMPLETEMENT VACCINES	1576	2017	2933	3424	2647	2124	2369	2888	2257	2477	2033	2717	29462
V A T Dose 1	8062	7906	7933	12199	8457	10077	9302	10351	8421	5818	8034	8845	105405
V A T Dose 2	4197	3982	4595	6734	5523	5871	5132	6154	5053	3562	3977	4542	59322
V A T Dose 3	2454	2964	2443	3960	3055	3480	2468	3257	2805	1883	2226	2707	33702
V A T Dose 4	1387	1383	1392	2634	2019	1857	1936	2257	2038	1383	1340	1858	21484
V A T Dose 5	840	676	1548	1270	1183	980	1075	1695	1332	720	978	954	13251
V A T Doses Totales	16940	16911	17911	26797	20237	22265	19913	23714	19649	13366	16555	18906	233164
NOMBRE DE RAPPORTS ANALYSES->	346	343	344	345	351	342	342	347	346	356	344	330	4136
NOUVEAUX CAS ROUGEOLE													
0-11 MOIS	287	327	648	845	632	496	293	149	125	86	30	75	3993
1-4 ANS	747	936	1802	1950	1748	1107	799	425	536	235	98	142	10525
5 ANS ET PLUS	542	551	920	1144	1003	973	527	313	197	96	61	113	6440
AGE INCONNU	2	0	2	8	6	8	2	0	0	1	4	0	33
TOTAL NOUVEAUX CAS	1578	1814	3372	3947	3386	2584	1621	887	858	418	193	330	20988
NOUVEAUX CAS TETANOS NEONATAL	32	35	31	48	49	68	69	73	71	53	49	32	610

Source: Rapports Mensuels d'Activités MSP/DSIS.

NET AVAILABLE COPY

180

TABLEAU IV 11
VACCINATIONS PAR PREFECTURE
FORMATIONS DE BASE ET POSTES SENTINELLES
ANNEE 1993

PREFECTURE	N	BCG	ANTI-AMARILE	ROUGEOLE	DTC DOSE1	DTC DOSE3	% DOSE3 /DOSE1	DTCP DOSE1	DTCP DOSE2	% DOSE2 /DOSE1	POLIO DOSE1	POLIO DOSE3	% DOSE3 /DOSE1	VAT DOSE1	VAT DOSE2	% DOSE2 /DOSE1	COMPLETE VACCINES
BATHA	147	5858	6255	5969	3003	892	29.7	2122	732	34.5	3110	918	29.5	6963	4289	61.6	500
BORKOU-ENNEDI-TIBESTI	67	1130	1005	987	831	666	80.1	11	3	27.3	789	570	72.2	1074	573	53.4	532
BILTINE	73	4419	2377	2837	2685	838	31.2	14	10	71.4	2719	822	30.2	4312	1634	37.9	518
CHARI-BAGUJIRMI RURAL	101	3843	2438	3630	4865	2264	46.5	0	0	--	4868	2251	46.2	4024	2243	55.7	1628
GUERA	72	2950	2752	3079	2848	1365	47.9	16	15	93.8	2848	1359	47.7	3642	1499	41.2	238
KANEM	130	3271	2350	2644	3150	1353	43.0	52	38	73.1	3056	1267	41.5	3925	2180	55.5	1002
LAC	125	4064	3932	6959	3746	1378	36.8	412	258	62.6	2688	1165	43.3	3665	1781	48.6	546
LOGONE OCCIDENTAL	138	10209	5408	6633	7773	5321	68.5	609	545	89.5	7568	5912	78.1	9534	5768	60.5	1552
LOGONE ORIENTAL	96	7175	4301	7009	4910	1630	33.2	419	82	19.6	4237	1282	30.3	8228	4024	48.9	1013
MOYEN CHARI	450	14150	8142	9554	15063	8050	53.4	0	31	--	14216	7286	51.3	16509	9680	58.6	5112
MAYO KEBBI	390	28376	12915	19886	26224	14768	56.3	0	0	--	24562	12955	52.7	15517	10815	69.6	6616
M'DJAMENA	232	12818	8276	9198	12719	8283	65.1	721	423	58.7	12139	7972	65.7	16132	9614	59.6	7008
OJADDAI	143	3699	3721	3824	3470	2213	63.8	363	217	59.8	3383	2267	67.0	4263	2656	62.3	2125
SALAMAT	31	1967	1275	2324	1767	357	20.2	580	320	55.2	1156	255	22.1	3289	554	16.8	277
TANDJILE	28	2073	1266	4559	2225	886	39.8	152	109	71.7	2288	929	40.6	4328	2012	46.5	795
TOTAL	2223	106202	66413	89092	95279	50264	52.8	5471	2783	50.9	89627	47210	52.7	105405	59322	56.3	29462

Source: Rapports Mensuels d'Activités MSP/DSIS.

Par Préfecture, on constate les évolutions suivantes par rapport à 1992:

- BATHA** : Légère augmentation de la couverture BCG, DTC3 et Polio 3 mais baisse de couverture de la Fièvre Jaune et de la Rougeole.
- BILTINE** : Augmentation plus moins sensible de la couverture vaccinale pour tous les antigènes (pour le BCG + 73% par rapport à l'année 1992).
- B E T** : Légère amélioration de la couverture pour les antigènes suivants: BCG, Rougeole, Fièvre Jaune mais baisse constatée pour la DTC 3 et Polio 3.
- CHARI-BAG** : Baisse d'au moins 50% de la couverture vaccinale pour tous les antigènes.
- GUERA** : Amélioration au niveau de la couverture vaccinale de la rougeole mais constance pour le reste des antigènes.
- KANEM** : Amélioration de la couverture pour tous les antigènes.
- LAC** : Amélioration pour le BCG, Fièvre Jaune et Rougeole, par contre baisse de couverture le DTC 3 et Polio 3.
- LOG.OCCI** : Baisse générale de la couverture vaccinale.
- LOG.ORI** : Augmentation pour le BCG et baisse pour le reste des antigènes surtout pour les vaccins à passage multiple.
- MAYO-KEB** : Amélioration de la couverture pour tous les antigènes sauf la Fièvre Jaune.
- MOYEN-CH** : Baisse de la couverture par tous les antigènes.
- NDJAMENA** : Augmentation généralisée de la couverture.
- OUADDAI** : Baisse généralisée de la couverture.
- SALAMAT** : Baisse assez sensible de la couverture.
- TANDJILE** : Les vaccinations sont presque inexistantes dans ladite Préfecture.

TABLEAU IV.12
COUVERTURE VACCINALE NATIONALE-ENFANTS DE 0 A 11 MOIS
ANNEE 1993

PREFECTURE	POPULATION ENF.0-11 M	POURCENTAGE D'ENFANTS 0-11 MOIS				
		BCG	DTC3	POLIO 3	F.JAUNE	ROUGEOLE
BATHA	12.191	45,93	5,13	5,32	27,51	20,21
BILTINE	7.919	50,38	6,40	6,36	17,63	16,97
B E T	2.988	24,47	12,78	11,34	17,14	13,79
CHARI-BAG.	30.580	7,68	3,22	3,32	4,13	5,57
GUERA	12.978	22,24	8,71	8,67	14,63	16,83
KANEM	11.884	26,94	9,90	9,39	18,44	18,49
LAC	10.505	25,08	8,15	6,98	20,02	24,49
LOGONE OCC	19.261	39,11	10,03	10,81	16,17	17,12
LOGONE ORI	18.635	34,40	5,23	4,67	13,22	20,04
MAYO-KEBBI	34.713	72,43	30,06	26,73	25,67	34,80
MOYEN-CHAR	31.517	38,36	19,22	17,74	18,59	19,77
NDJAMENA	22.411	51,87	29,98	28,98	28,96	28,43
OUADDAI	23.273	13,67	7,50	7,42	10,69	10,78
SALAMAT	7.871	18,18	2,43	2,13	7,72	9,92
TANDJILE	19.393	9,04	2,79	2,88	3,32	12,23
TOTAUX	266.119	34,03	12,87	12,12	16,27	18,88

SOURCE: RAPPORTS MENSUELS D'ACTIVITES DSIS 93

COUVERTURE VACCINALE NATIONALE

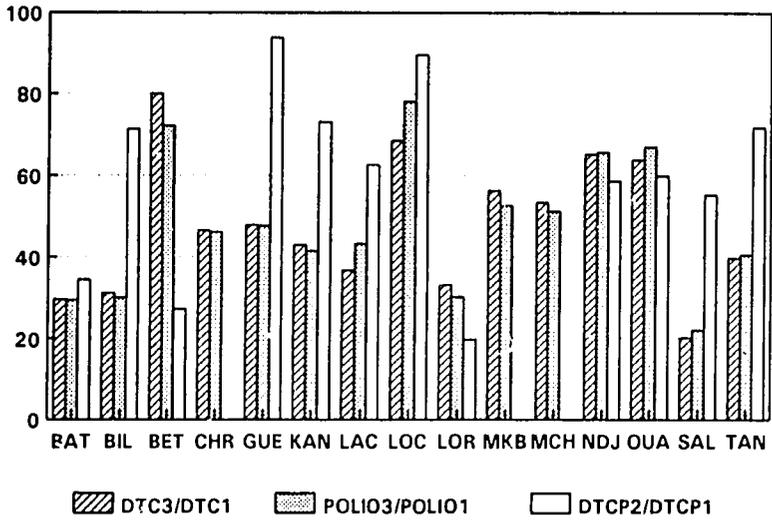
	POP.0-11 M.	BCG	DTC3	POLIO 3	F.JAUNE	ROUGEOLE
TOTAUX	266,119	34,03	12,87	12,12	16,27	18,88

SOURCE: RAPPORTS MENSUELS DSIS

BEST AVAILABLE COPY

183

Graphique IV.3
Taux d'achèvement DTC/POLIO/DTCP



Source: rapports mensuels DSIS/1993

BEST AVAILABLE COPY

184

CONCLUSION:

La baisse de la couverture vaccinale au niveau national concerne l'ensemble des antigènes et est liée à certaines préfectures comme la Tandjilé, le Logone Oriental et le Salamat où les activités vaccinales sont très peu réalisées. La ville de N'Djamena a amélioré sa couverture vaccinale par rapport à l'année 1992, n'eut été les grèves répétées de fin 93, cette couverture aurait été élevée. Pour tous les antigènes, elle est passée souvent, du simple au double.

4.2.2. ACTIVITES AU NIVEAU DES HOPITAUX

4.2.2.1. HOSPITALISATIONS

Le tableau IV.13 page 195 nous présente les taux d'occupation moyens et les séjours moyens des hôpitaux de district et de Préfecture. Encore une fois nous ne disposons pas des données de l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djamena. Nous regrettons aussi que l'hôpital adventiste de Béré n'ait pas envoyé un seul rapport pendant l'année 1993 malgré l'importance qu'il devrait jouer en tant qu'hôpital de district.

Pour ce qui relève des taux d'occupation moyens (TOM) nous éviterons d'entrer en détail dans leur analyse car quelques chiffres nous laissent perplexes.

Bongor et Fiangha dépassent les 100%. Un deuxième groupe est bien utilisé (50% <TOM <88%) il s'agit de Gounou-Gaya, Bol Bébalem, Pala, Koumra MBM, Goundi, Kyabé et Bouso.

Laï n'a réalisé que 3,6%, Doba 4,1% et Bébédjia 6,2%. Pourquoi cette sous-utilisation de ces structures?

Le séjour moyen reste sensiblement le même que l'année dernière: 8,7 jours contre 8,9 jours en 1992. Les chiffres varient entre 2,4 à Doba et 15,4 jours à Adré.

La durée moyenne de séjour est liée à l'efficacité-efficiencie du service hospitalier, au problème de santé et au profil des malades.

D'une manière générale le service de Chirurgie est celui où l'on séjourne le plus longtemps (16,4 jours en moyenne et 22,4 jours à Ati).

La durée moyenne en Médecine est de 9,3 jours. Elle est plus longue qu'en Pédiatrie (5,7 jours) et qu'en Maternité (5 jours).

Les "autres" services sont constitués d'unités destinées aux malades chroniques, ce qui explique des durées de séjour beaucoup plus longues, avec des maximums à Gounou-Gaya (66,6 jours) et Fiangha (59 jours).

Par rapport à 1992 le nombre total d'admissions ajusté (hôpital de NDjamena et de Béré exclus pour ne pas avoir envoyé un seul rapport) a diminué de 4,8%, passant de 58.497 admissions en 1992 à 55.785 en 1993, soit une diminution estimée de 2.712 unités. Cette baisse est liée aux situations particulières de chaque hôpital que ne peuvent expliquer les seules perturbations sociales.

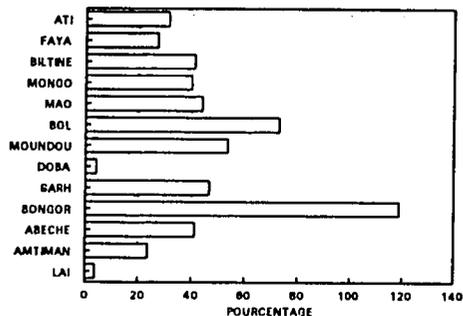
TABLEAU IV 13
HOSPITALISATIONS POSTES SENTINELLES
OCCUPATION MOYENNE (%) ET SEJOUR MOYEN (JOURS)
ANNEE 1993

Code	Localité	Type/Rom	Affilia-tion	Occupation Moyenne (%)						Sejour Moyen (Jours)					
				Chirurgie	Médecine	Pédiatrie	Maternité	Autres	Ensemble	Chirurgie	Médecine	Pédiatrie	Maternité	Autres	Ensemble
1011101	ATI	HOPITAL P	MSPAS	75.9	15.8	37.7	17.4	29.4	31.1	22.4	7.5	5.2	6.0	64.4	9.3
1111101	BILTINE	HOPITAL P	MSPAS	--	41.2	--	--	--	41.2	--	13.3	--	--	--	13.3
1211101	FAYA	HOPITAL P	MSPAS	22.1	32.3	20.2	26.5	--	27.0	13.8	9.0	8.1	7.3	--	9.0
1311101	BOKORO	HOPITAL D	MSPAS	32.8	25.9	57.1	37.7	--	36.7	11.3	10.7	8.8	12.3	--	10.2
1321101	BOUSSO	HOPITAL D	MSPAS	--	57.2	--	--	--	57.2	--	8.3	--	--	--	8.3
1341101	MASEAKORY	HOPITAL D	MSPAS	--	45.4	--	--	--	45.4	--	8.0	--	--	--	8.0
1431101	MONGO	HOPITAL P	MSPAS	36.5	18.8	70.0	45.8	79.4	40.0	12.7	11.0	9.0	9.6	47.6	11.7
1511101	MAO	HOPITAL P	MSPAS	52.5	33.6	33.4	45.4	59.5	43.9	16.9	9.2	9.0	10.1	49.9	13.9
1611101	BOL	HOPITAL P	MSPAS	--	74.8	65.1	27.6	112.5	73.0	--	10.0	7.7	5.8	52.7	13.4
1711101	BEBALEM	HOPITAL D	EET	76.5	67.2	71.9	76.2	62.2	70.4	16.7	9.7	7.3	10.3	9.2	9.7
1731101	MOUNDOU	HOPITAL P	MSPAS	68.2	46.4	70.6	61.9	34.5	53.5	16.6	7.7	5.4	3.5	26.0	8.2
1811101	BEREDJIA	HOPITAL D	BELACD	12.7	4.3	1.8	5.6	16.4	6.2	16.2	7.9	1.7	1.5	33.3	7.1
1831101	DOBA	HOPITAL P	MSPAS	2.2	6.0	--	3.5	--	4.1	7.1	3.1	--	1.3	--	2.4
1911101	BONGOR	HOPITAL P	MSPAS	75.3	123.5	195.6	72.2	156.6	118.9	18.4	14.8	8.9	8.4	40.2	14.0
1921101	FIANGA	HOPITAL D	MSPAS	90.4	95.3	155.4	66.9	125.0	110.5	8.9	9.5	7.4	7.6	59.0	10.8
1931101	GOUNGHI-GAYA	HOPITAL D	MSPAS	79.9	84.2	98.7	96.5	178.0	87.5	12.8	6.1	4.5	8.9	66.6	7.0
1941101	LEBE	HOPITAL D	MSPAS	63.0	18.7	10.4	26.2	--	28.0	17.5	6.6	6.4	4.1	--	9.7
1951101	PALA	HOPITAL D	MSPAS	98.8	43.5	74.0	40.4	144.9	68.5	12.8	7.2	8.2	5.1	56.0	8.2
2021101	GOUNDI	HOPITAL D	BELACD	78.0	67.6	59.9	44.4	--	61.4	12.5	10.1	6.9	3.7	--	7.3
2031101	KOUNRA	HOPITAL D	MSPAS	--	14.9	19.0	24.4	--	17.8	--	6.2	4.6	8.4	--	6.0
2031102	KOUNRA	HOPITAL D	MBM	77.0	91.9	42.8	43.7	51.2	65.9	20.9	16.8	8.9	5.1	14.0	12.6
2041101	KYABE	HOPITAL D	MSPAS	31.0	47.6	69.3	52.5	--	53.6	15.4	6.0	2.7	3.5	--	3.8
2051101	MOISSALA	HOPITAL D	MSPAS	59.3	54.7	122.7	58.1	--	62.2	15.9	7.1	5.6	4.3	--	8.2
2061101	SARH	HOPITAL P	MSPAS	54.3	43.9	36.4	49.4	40.6	46.5	16.3	9.8	2.8	3.9	20.4	6.7
2111101	ABECHE	HOPITAL P	MSPAS	62.9	32.5	22.8	43.3	47.1	41.2	18.6	9.0	6.8	11.1	38.2	12.5
2121101	AGRE	HOPITAL D	MSPAS	18.3	49.8	15.3	3.5	--	29.5	11.3	19.8	8.0	6.3	--	15.4
2131101	GOZ-REJDA	HOPITAL D	MSPAS	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2211101	AM-TIMAN	HOPITAL P	MSPAS	13.0	40.1	24.0	19.2	--	23.6	10.5	7.1	4.5	5.2	--	5.9
2321101	KELO	HOPITAL D	MSPAS	13.8	3.8	4.3	20.4	--	10.0	6.6	3.4	1.9	2.3	--	3.0
2331101	LAI	HOPITAL P	MSPAS	5.8	3.3	1.6	2.0	--	3.6	9.3	3.7	2.4	2.6	--	4.8
			TOTAL	59.5	43.3	49.4	47.5	52.2	49.8	16.4	9.3	5.7	5.0	15.5	8.7

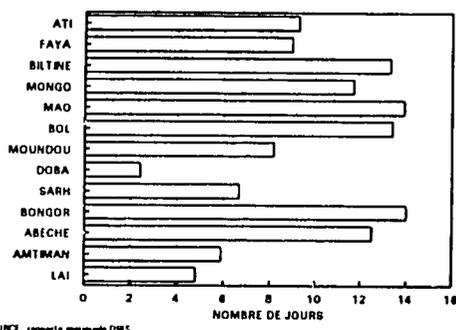
Source: Rapports Mensuels d'Activités MSPAS/DSIS.

Graphique IV.4

Graphique IV.3
T.O.M. HOPITAUX PREFECTORAUX-1993



D.M.S. HOPITAUX PREFECTORAUX-1993



BOI/RCI rapports mensuels DSIS

SOURCE: rapports mensuels DSIS

BEST AVAILABLE COPY

187

Les hôpitaux qui ont vu une variation de plus de 5% sont les suivants (par rapport aux taux d'admission ajustés).

Hôpitaux dont la fréquentation est en augmentation (11):

MASSAKORY	:	+	55,9%
BEBORO	:	+	44,3%
KYABE	:	+	43,7%
BONGOR	:	+	35,3%
FAYA	:	+	31,6%
PALA	:	+	17,9%
AM-TIMAN	:	+	16,9%
KOUMRA MBM	:	+	12,5%
GOUNDI	:	+	12,5%
BEBIDJIA	:	+	9,3%
BOKORO	:	+	7,3%

Hôpitaux dont la fréquentation est en diminution (8):

LAI	:	-	155,5%
DOBA	:	-	123,1%
BOUSSO	:	-	102,9%
KELC	:	-	76,0%
SARH	:	-	54,8%
KOUMRA MSP	:	-	52,3%
BILTINE	:	-	47,0%
ABECHE	:	-	19,4%
MOUNDOU	:	-	15,9%

Pour tous les autres hôpitaux, la fréquentation n'a pas sensiblement varié.

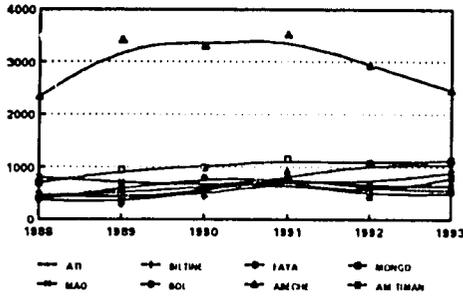
Le secteur confessionnel n'est pas touché par cette diminution et sa part prise dans le total des admissions qui était de 27,02% en 1991 est passé à 27,93% en 1992 et à 29,62% en 1993.

BEST AVAILABLE COPY

188

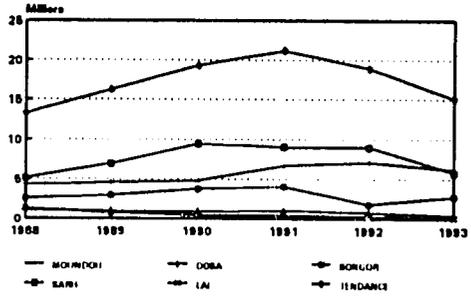
Graphique IV.5

Utilisation des hôpitaux préfectoraux
Zone sahélienne: admissions 1988-1993



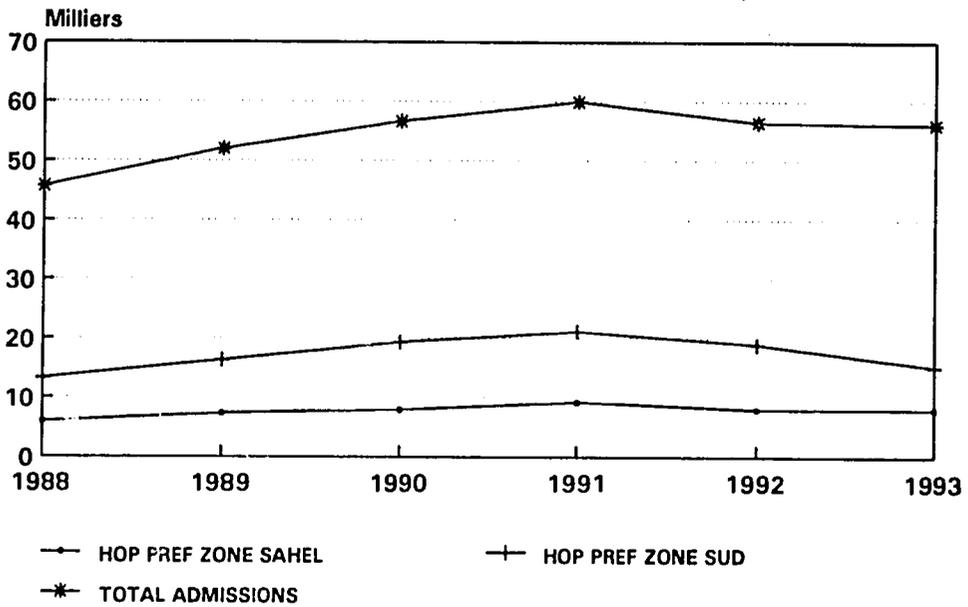
source: rapports DSIS

Utilisation hôpitaux préfectoraux
Zone soudanienne: admissions 1988-1993



source: rapports DSIS

Utilisation hôpitaux au Tchad Admissions 1988-1992



source: rapports DSIS

UNESCO WORLD HERITAGE
BEST AVAILABLE COPY

189

Le tableau IV.14 page 199 nous montre le nombre d'entrants par service et de façon globale, ainsi que le pourcentage de décès par rapport aux entrants.

Le pourcentage des décès par rapport aux entrants est lié au nombre et au type de problèmes de santé en cause, au degré de gravité de ceux-ci au moment de la prise en charge des malades.

La mortalité moyenne en hospitalisation est de 5,3 % contre 5,1 % en 1992. C'est en pédiatrie que les taux sont les plus élevés.

Dans les services de chirurgie, la mortalité moyenne est de 3,7 % des entrants. Elle varie de 0 % à Faya, Bébédjia, Doba et Laï à 5,9 % à Ati.

En médecine elle est en moyenne de 6,6 % des entrants et varie de 1,2 % à Faya à 14 % à Laï.

En pédiatrie la mortalité moyenne est de 7,5 %. Elle varie de 0 % à Bébédjia à 21,2 % à Koumra Baptist Mid Missions.

En maternité la mortalité est en moyenne 0,9 %. Elle varie de 0 % à Faya, Bokoro, Bébédjia, Adré et Laï à 3,3 % à Gounou-Gaya.

Si l'on accepte que le taux de mortalité est de 19,04 pour 1000, on devrait totaliser 119.317 décès. Malgré l'absence des données de l'hôpital général de référence nationale de N'Djamena (où le nombre de décès tournerait autour de 1400 et de celles de Béré dont le nombre de décès est de l'ordre de 200, on peut estimer à moins de 5 % les décès qui surviennent en milieu hospitalier.

TABLEAU IV 14
HOSPITALISATIONS POSTES SENTINELLES
ENTRANTS - DECEDES
ANNEE 1993

CODE	Localité	Type/Nom	Affilia- tion	Nbre de Rapports Analysés	Chirurgie		Médecine		Pédiatrie		Maternité		Autres		TOTAL	
					Nbre Entrants	% Décédé /Entrant										
1011101	ATI	HOPITAL P	MSPAS	12	169	5.9	250	5.6	425	6.8	176	2.8	11	0.0	1031	5.6
1111101	BILTINE	HOPITAL P	MSPAS	7	0	--	291	3.8	0	--	0	--	0	--	291	3.8
1211101	FAYA	HOPITAL P	MSPAS	4	21	0.0	168	1.2	51	5.9	22	0.0	0	--	262	1.9
1311101	BOKORO	HOPITAL D	MSPAS	11	145	3.4	219	10.5	344	7.6	130	0.0	0	--	838	6.4
1321101	BOUSSO	HOPITAL D	MSPAS	3	0	--	205	8.3	0	--	0	--	0	--	205	8.3
1341101	MASSAKORY	HOPITAL D	MSPAS	6	0	--	271	8.1	0	--	0	--	0	--	271	8.1
1431101	MONGO	HOPITAL P	MSPAS	11	276	7.2	157	12.7	308	11.7	253	2.0	34	14.7	1028	8.4
1511101	MAO	HOPITAL P	MSPAS	12	68	4.4	188	5.9	166	9.0	160	1.3	55	10.9	637	5.8
1611101	BOL	HOPITAL P	MSPAS	12	0	--	193	3.1	182	14.8	110	0.0	71	2.8	556	6.3
1711101	BEBALEM	HOPITAL D	EET	12	857	1.5	1882	2.0	2578	1.6	983	0.3	1231	14.4	7531	3.6
1731101	MOUNDOU	HOPITAL P	MSPAS	11	878	4.2	1285	9.6	1278	18.2	1901	0.7	275	1.8	5617	7.3
1811101	BEBEDJIA	HOPITAL D	BELACD	4	12	0.0	38	2.6	6	0.0	29	0.0	4	0.0	89	1.1
1831101	DOGA	HOPITAL P	MSPAS	3	4	0.0	43	2.3	0	--	35	2.9	0	--	82	2.4
1911101	BONGOR	HOPITAL P	MSPAS	12	413	4.1	715	6.7	1107	4.2	307	1.3	203	4.9	2745	4.6
1921101	FIANGA	HOPITAL D	MSPAS	12	302	3.6	785	7.4	1401	5.6	454	1.3	155	6.5	3097	5.3
1931101	GOUNOU-GAYA	HOPITAL D	MSPAS	9	136	4.4	1137	8.4	211	10.4	121	3.3	7	0.0	1612	7.9
1941101	LERE	HOPITAL D	MSPAS	9	181	5.0	227	8.8	299	7.0	210	0.5	0	--	917	5.6
1951101	PALA	HOPITAL D	MSPAS	9	245	5.7	420	6.7	507	12.8	307	2.6	59	6.8	1538	7.7
2021101	GOUNDI	HOPITAL D	BELACD	12	323	2.5	827	10.3	1361	10.4	929	0.9	0	--	3440	7.1
2031101	KOUMRA	HOPITAL D	MSPAS	11	0	--	229	5.7	184	11.4	83	0.0	0	--	496	6.9
2031102	KOUMRA	HOPITAL D	NBM	12	527	1.7	797	7.4	184	21.2	935	1.2	411	0.7	2854	4.2
2041101	KYABE	HOPITAL D	MSPAS	12	48	2.1	951	2.5	2107	2.4	854	1.3	0	--	3970	2.2
2051101	MOISSALA	HOPITAL D	MSPAS	11	502	5.8	732	9.4	477	14.0	522	0.6	0	--	2233	7.5
2061101	SARH	HOPITAL P	MSPAS	12	703	4.0	1383	8.4	1659	6.1	2014	0.6	41	2.4	5800	4.5
2111101	ABECHE	HOPITAL P	MSPAS	12	614	3.4	657	4.0	552	12.9	494	1.2	134	3.7	2451	5.3
2121101	ADRE	HOPITAL D	MSPAS	11	66	0.0	152	3.3	42	16.7	9	0.0	0	--	269	4.5
2131101	GOZ-BEIDA	HOPITAL D	MSPAS	2	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
2211101	AM-TIMAN	HOPITAL P	MSPAS	11	79	3.8	251	8.8	415	10.4	72	1.4	0	--	817	8.4
2321101	KELO	HOPITAL D	MSPAS	12	125	4.8	115	8.7	87	12.6	525	1.3	0	--	852	4.0
2331101	LAI	HOPITAL P	MSPAS	10	24	0.0	43	14.0	16	6.3	14	0.0	0	--	97	7.2
			TOTAL	287	6718	3.7	14621	6.6	15947	7.5	11649	0.9	2691	8.4	51626	5.3

Source: Rapports Mensuels d'Activités MSPAS/DSIS.

191

4.2.3 ACTIVITES DE LA MATERNITE DE L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE NATIONALE DE NDJAMENA

Ces activités sont présentées dans le tableau IV.15 page 201.

On constate une tendance à une nette et régulière augmentation des accouchements à la maternité depuis 1988 jusqu'en 1992. Par rapport à 1992, l'année 1993 a accusé une diminution de 14,5%. Cette chute peut être imputée aux multiples mouvements sociaux qui ont jalonné cette année. Certains mois ont été marqués par une absence quasi totale des accouchements à la maternité.

Le pourcentage des enfants de petit poids reste important mais il semble que le petit poids (moins de 2,5 kg) n'est pas forcément en relation avec la prématurité. Une étude plus large devrait déterminer le seuil pour le pays.

TABLEAU IV.15
ACTIVITES OBSTETRIQUES ET CHIRURGICALES
A LA MATERNITE DE L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE NATIONALE DE N'DJAMENA

	1988		1989		1990		1991		1992		1993	
	NOMBRE	%										
Accouchements Totaux	7 000	-	8 159	-	8.835	-	9.137	-	10.316	-	9.006	-
Accouchements à la maternité	6 182	88,30	7 329	89,83	8.203	92,85	8.336	91,23	9.575	92,8	8.759	97,3
Accouchements en ville	818	11,70	830	10,17	632	7,15	801	8,77	731	7,2	247	2,7
Jumeaux	116	1,66	156	1,91	169	1,91	138	1,51	186	1,8	123	1,3
Triplés	4	-	3	-	2	-	1	-	-	-	3	-
Enfants	7 124	-	8 321	-	9.103	-	9.277	-	10.502	-	9.203	-
Enfants vivants	6 793	95,30	7 991	96,03	8.773	96,37	9.041	97,46	10.300	98,08	8.969	97,45
Enfants morts-nés	331	4,64	330	3,96	240	2,64	236	2,54	202	1,92	234	2,54
Petits poids < 2,5 kg	682	9,57	425	5,10	236	2,59	1.538	16,6	697	6,64	585	6,35
Garçons	3 638	51,55	4 237	50,91	4.656	51,15	4.833	52,1	5.154	49,3	4.692	50,9
Filles	3 420	48,40	4 084	49,08	4.447	48,85	4.444	47,9	5.293	50,7	4.436	48,2
Césarienne	97	1,38	107	1,31	159	1,75	171	1,87	181	1,75	128	1,42
Ventouse	162	2,31	103	1,26	127	1,39	134	1,46	133	1,29	86	0,95
Forceps	13	-	3	0,03	0	-	1	0,01	2	0,02	2	0,02
Version grande extraction siège	7	0,10	9	0,11	4	0,04	0	-	2	0,02	2	0,02
Cranioclasie	11	0,15	3	0,03	2	0,02	0	-	5	0,05	8	0,08
Symphysiotomie	2	0,02	0	-	0	-	0	-	-	-	-	-
GEU opérées	48	-	47	-	65	-	73	-	63	-	53	-
Fausse couches curetées	1 212	-	1 250	-	1.268	-	1.363	-	1.570	-	1.431	-
Hystérectomie, Fibrome	44	-	38	-	30	-	27	-	31	-	42	-
Hystérectomie post abortum	0	-	3	-	4	-	0	-	5	-	0	-
Hystérectomie post partum	6	0,08	15	0,18	9	-	0	-	0	-	0	-
Laparotomie péritonite, kyste ovarien, chirurgie tubaire	63	-	59	-	55	-	46	-	25	-	47	-
Cystoréctomie	18	-	16	-	22	-	4	-	13	-	2	-
NON CLASSES							41	-	07	-	75	-

Source : Registres de la Maternité de l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djamena 1993/DSIS.

BEST AVAILABLE COPY

198

ANNEXE A

**SOURCES UTILISEES
POUR LE RECUEIL
DES DONNEES**

SOURCES UTILISEES POUR LE RECUEIL DES DONNEES

Les trois sources utilisées pour la confection de cet annuaire proviennent de:

- rapports mensuels d'activités
- inventaire
- enquêtes et programmes

Le message hebdomadaire de surveillance épidémiologique dont la mise en application en 1989 s'est soldée par un échec a été révisé en janvier 1992 et fonctionne de façon discontinue au niveau de la majorité des quatorze préfectures.

I. - RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITES (R.M.A.)**1.1. R.M.A. DES CENTRES DE SANTE**

Il donne des informations sur les activités suivantes:

- vaccination
- soins préventifs (femmes enceintes)
- accouchements
- soins curatifs
- suivi des tuberculeux
- problèmes de santé.

1.2. R.M.A. DES CENTRES DE REFERENCE

Il fournit les mêmes informations que celles des centres de santé, complétées par une liste plus élaborée des problèmes de santé, des données sur les examens de laboratoire et des données sur les hospitalisations.

1.3. EVALUATION DES INDICATEURS DU R.M.A.

Le format du R.M.A. et le choix des indicateurs résultent d'un compromis entre la nécessité de minimiser la charge de travail relatif au recueil des données et à la rédaction du rapport au niveau local, et le besoin d'avoir des informations fiables et utiles à la planification au niveau régional et national.

1.3.1 Vaccinations

L'indicateur "série complétée dans un délai de moins d'un an" a été remplacé par un indicateur "enfant complètement vacciné", pour obtenir une information globale sur le résultat final de l'activité vaccinale; cet indicateur n'est pas encore bien rôdé et les résultats pour celui-ci ne sont pas publiés pour l'année 1992.

Il est instamment fait appel aux délégués des Préfectures Sanitaires et aux Médecins-chefs de district pour qu'ils supervisent la notification de cet indicateur qui devrait leur être fort utile, dans la mesure où ils devraient normalement être intéressés à suivre et évaluer l'activité vaccinale dans les districts dont ils sont responsables.

1.3.2 Soins préventifs

Les données ne sont pas très fiables car dans la plupart de nos formations, la notion de soins préventifs n'a pas été bien assimilée et il n'y a pas en général de programme organisé.

1.3.3 Soins curatifs

"Nouveau cas": notion généralement bien comprise, bon indicateur.

"Consultations totales": indicateur qui peut être compris de différentes manières.

Dans certaines formations, tout contact entre le malade et la formation sanitaire est pointé, qu'il s'agisse d'une consultation de soins ou de médicaments à prendre. Dans d'autres, ne sont pointées que les consultations des infirmiers ou des médecins. Un effort a été fait pour que cette notion soit harmonisée au niveau national.

1.3.4 Suivi des tuberculeux

Une révision fin 1991 a proposé une simplification des données à recueillir au niveau du 1er échelon: un seul indicateur est demandé: tuberculeux perdus de vue pendant ce mois.

Il a une valeur d'alarme pour les responsables médicaux qui, après la prise en charge hospitalière du tuberculeux le confient au centre de santé pour la prise en charge ambulatoire.

La notification de cet indicateur doit être soigneusement supervisée, car elle nécessite que l'infirmier responsable revoie ses fiches au moment de l'établissement du rapport, et qu'il vérifie si des tuberculeux n'ont plus été revus depuis un mois.

Ceci signifie par exemple que fin février, l'infirmier note comme "perdu de vue" les tuberculeux dont la dernière visite s'est déroulée entre le 1er et le 31 Janvier.

1.3.5 Problèmes de Santé

Les catégories de problèmes de santé ont été choisies selon la capacité de diagnostic des deux types de formations sanitaires (centres de santé et hôpitaux de référence).

La catégorie "Fièvre" englobe tous les cas de fièvre sans autres symptômes cliniques majeurs. Les cas de paludisme sont compris dans cette catégorie.

Nous ne ferons pas de commentaire ici sur chaque indicateur mais toute remarque sera bienvenue de la part des lecteurs et utilisateurs.

1.3.6 Hospitalisations

Les données sur les hospitalisations publiées ici proviennent des centres de référence. Celles de quelques centres de santé qui font des mises en observation ne sont pas comptabilisées dans ce rapport.

Un lit/place veut dire une place d'hospitalisation disponible à l'intérieur d'un service. Les couloirs, les tentes installées pour des situations d'urgence ne sont pas comptabilisés comme lit/places. Cet indicateur permet d'apprécier la capacité hospitalière d'un service, même en absence de lits.

Le séjour Moyen et l'Occupation Moyenne des lits sont des indicateurs utiles pour évaluer les services et l'utilisation des lits.

La mortalité hospitalière est un indicateur à utiliser avec précaution parce que la confusion est possible entre évadés et décédés. D'autre part, l'interprétation doit être prudente car la mortalité hospitalière n'est pas nécessairement un indicateur de la qualité des soins.

1.3.7 Laboratoire

Les deux examens demandés ne sont rapportés que par les centres de référence.

- "Crachats BK": cet indicateur ne distingue pas les examens de dépistage et ceux de contrôle.
- "Liquides céphalo-rachidiens (LCR)": cet indicateur est rarement rapporté car très peu de formations effectuent des examens de LCR.

TABLEAU A1

RECEPTION DES RAPPORTS MENSUELS D'ACTIVITES - 1992/1993

PREFECTURE	RAPPORTS ATTENDUS 1993 (RA)	RAPPORTS RECUS 1993 (RR)	(1993)	(1992) COMPARAISON
			RR % RA	RR % RA
BATHA	244	237	97,13	86,00
BILTINE	81	78	96,30	98,60
BORK. ENN. TIBESTI	132	123	93,18	81,40
CHARI-BAG.RURAL	290	279	96,21	92,00
GUERA	152	152	100,00	100,00
KANEM	237	225	94,94	85,40
LAC	140	140	100,00	80,30
LOGONE OCCIDENTAL	322	317	98,45	89,60
LOGONE ORIENTAL	540	379	70,18	80,56
MAYO-KEBBI	541	527	97,41	92,50
MOYEN-CHARI	765	735	96,08	84,00
NDJAMENA	473	435	91,97	70,40
OUADDAI	418	281	67,22	66,00
SALAMAT	71	71	100,00	100,00
TANDJILE	333	274	82,28	80,60
TOTAL	4739	4253	89,74	83,80

Source: RMA DSIS/92 et 93
 Résultats du dernier contrôle du 21.03.94

BEST AVAILABLE COPY

1.4 REGULARITE DE TRANSMISSION DES RAPPORTS MENSUELS D'ACTIVITES

L'examen du tableau A1 page fait ressortir que la régularité de transmission des Rapports Mensuels d'Activités s'est nettement améliorée par rapport aux années précédentes. Le pourcentage des rapports reçus par rapport aux rapports attendus est passé de 83,8 % en 1992 à 89,74 % en 1993.

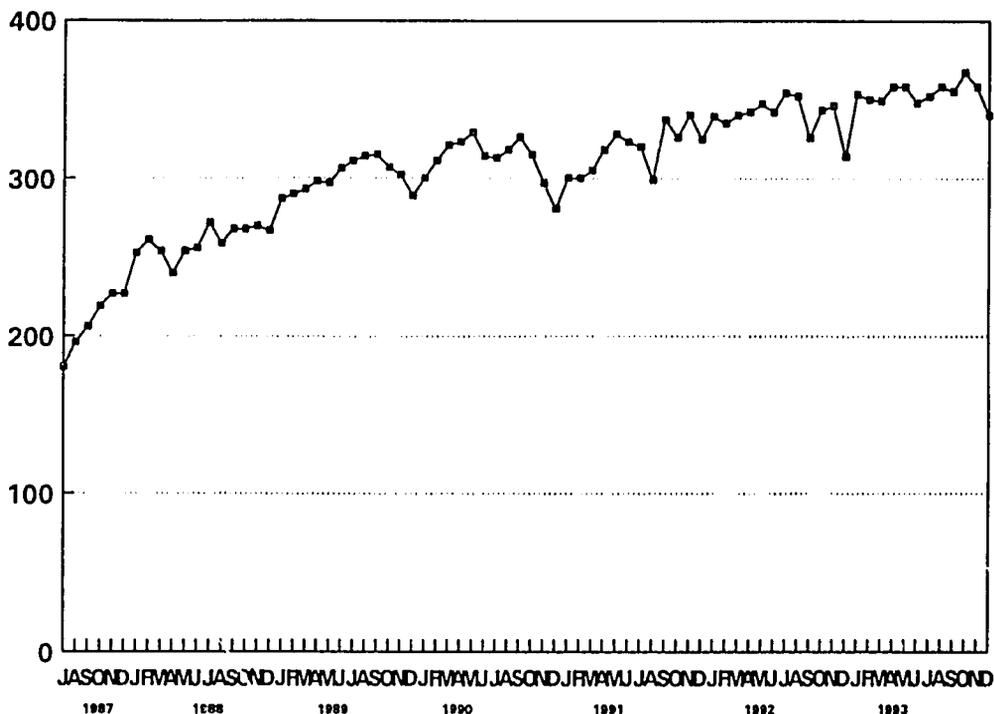
Trois préfectures ont réussi le score parfait de 100 %. Il s'agit du Guéra, du Lac et du Salamat. L'inquiétude persiste quant au cas du Ouaddaï qui affiche encore le plus faible pourcentage (67,22 %). Il est vrai qu'un grand nombre de formations de cette préfecture est tenu par des infirmiers non qualifiés.

La situation de l'hôpital général de référence national de N'Djamena reste toujours préoccupante puisque nous n'avons pas reçu un seul rapport de cette formation.

Le graphique A1 montre que c'est en Décembre que nous avons enregistré le plus faible nombre de rapport. Il faut dire que certains rapports nous sont arrivés alors que nous avons clos les saisies.

Graphique A 1

RECEPTION DES RAPPORTS MENSUELS DSIS



source: rapports mensuels DSIS

199

2. Estimations démographiques

Les données démographiques contenues dans ce présent annuaire proviennent essentiellement du recensement général de la population et de l'habitat effectué en Avril 1993.

Bien qu'institué sur l'ensemble du territoire du Tchad, le recensement n'a pu être effectué dans certaines régions en raison de l'insécurité qui y régnait au moment du dénombrement ou suite à un conflit frontalier.

Il s'agit de:

- Six (6) cantons dans le Logone Oriental (Bébotto, Bodo, Békan, Kaba Roangar, Goré Rural et Yamodo);
- Certaines îles du Lac Tchad;
- Cinq villages situés à la frontière avec la Soudan, appartenant au canton Signar (Sous-Préfecture de Goz-Beida dans le Ouaddaï);
- La bande d'Aouzou dans le BET, revendiquée et occupée par la Lybie.

Les résultats provisoires présentés dans cet annuaire ont été produits afin de répondre aux demandes pressantes d'informations concernant les effectifs de la population du Tchad.

La répartition par tranche d'âge a été faite sur la base des anciennes structures relatives issues de l'enquête de 1964.

3. INVENTAIRE

L'inventaire DSIS 1993 a été réalisé de Décembre 1993 à Avril 1994 pour l'ensemble du Pays. Quelques Directions du niveau central n'ont pas participé à ce travail pour des raisons inconnues à la DSIS.

Comme celui de 1992, l'inventaire de 1993 a utilisé deux types de formulaires:

- * Un premier formulaire est envoyé individuellement aux formations sanitaires, ce formulaire contient tous les items retenus (Population, équipement en matériels et médicaments etc.);
- * Un deuxième est un formulaire de synthèse par district, il permet de récapituler les informations précitées en une synthèse à l'usage des médecins-chefs de District et de Préfecture.

L'objectif principal de cet inventaire est de permettre de faire le bilan des ressources humaines et matériels, des activités sanitaires et des populations théoriquement desservies par une formation sanitaire.

Il permet d'obtenir pour le niveau central des informations sur les ressources (infrastructures, équipement), personnel et les activités des services.

Au niveau des Préfectures Sanitaires, il fournit une vue d'ensemble sur la situation des ressources et le degré de développement de leurs activités.

L'inventaire est un outil de gestion qui favorise la gestion et la Planification. C'est la raison pour laquelle la totalité des structures sanitaires a participé à ce travail et nous pensons le pérenniser sous forme de Rapport Annuel d'Activités et d'équipement sanitaires.

Les résultats définitifs seront disponibles sous forme de supplément à ce présent annuaire.

4. ENQUETES ET AUTRES SOURCES

- * Enquête sur la répartition par tranche d'âge et l'incidence de la rougeole réalisée dans la ville de N'Djaména par le Docteur ANDRE NDIKUYIZE/OMS
- * Enquête sur l'évaluation de l'endémie goitreuse réalisée par le programme national de lutte contre les troubles dus à la carence en iode.
- * Données fournies par le programme national de lutte contre le SIDA: Rapport de surveillance des cas de SIDA en 1993.
- * Cas de tuberculose détectés par les hôpitaux de référence pendant l'année 1993: données des Rapports Mensuels d'Activités DSIS et du programme national de lutte contre la tuberculose.
- * Informations concernant la prévalence de l'onchocercose et la distribution du mectizan en traitement de masse dans le sud du pays: rapport annuel du programme national de lutte contre l'onchocercose.
- * Données sur la lèpre concernant la prévalence de la maladie et l'évolution de la mise en oeuvre de la polychimiothérapie: programme national de lutte contre la lèpre.
- * Resultats d'étude des médecins sans frontières portant sur l'épidémie de meningite cérébro-spinale limitée dans le Mayo-Kebbi en 1993.
- * Données de la supervision et d'évaluation de la mortalité palustre dans les services hospitaliers de Bonqor, Kelo, Moundou, Sarh, fournies par le programme national de lutte contre le paludisme.
- * VER DE GUINEE: résultats des travaux sur le terrain effectués par le programme national de lutte contre la dracunculose.
- * Enquête suivi des enfants après sortie des quatre (4) Centres de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle (CREN) de N'Djaména.

ANNEXE B

**RAPPORT MENSUEL
D'ACTIVITES**

RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITÉS, CENTRE SOCIO-SANITAIRE

1. Code : _____

2. Nom de formation / Localité : _____

3. Appartenance : _____

4. Préfecture : _____

5-6. Année : _____ Mois : _____

7. Date de l'établissement de ce rapport : _____

Personne remplissant ce rapport : _____

Qualité de cette personne : _____

Signature : _____

8. Date d'expédition au Délégué de Préfecture Socio-Sanitaire : _____

Remarques / Observations : _____

TRANSMISSION DU RAPPORT

9. Date d'arrivée au Délégué de Préfecture Socio-Sanitaire : _____

Visa : _____

10. Date d'expédition à la DSIS / MS : _____

Visa : _____

11. Date d'arrivée à la DSIS / MS : _____

Visa : _____

VACCINATIONS	0 - 11 mois	12 à 23 mois	24 mois et plus	TOTAL
22.0 BCG				
23.0 DTC				
1				
2				
3				
24.0 POLIO				
0				
1				
2				
3				
25.0 DTCP				
1				
2				
26.0 Anti-amarile (Fièvre Jaune)				
27.0 Rougeole				
28.0 Complètement Vaccinés				

29.0 Vaccin Anti-Tétanique (VAT)	Femmes Enceintes	Autres Femmes en âge de procréer	Autres	TOTAL
1				
2				
3				
4				
5				

Code:
 Mois:



205

SOINS PRÉVENTIFS :

Enfants

30. Visites totales _____

31. Nouveaux inscrits _____

AGE				TOTAL
0 - 11 MOIS	12 - 23 MOIS	2 - 4 ANS	5 ANS ET PLUS	

32. Zone d'origine des nouveaux inscrits _____

A	B	C	TOTAL

Femmes enceintes

33. Femmes enceintes, visites totales :

34. Femmes nouvelles inscrits _____

MOINS DE 15 ANS	15 ANS ET PLUS	TOTAL

ACCOUCHEMENTS :

35. Accouchements au centre même : _____

36. Accouchements assistés à domicile : _____

SOINS CURATIFS :

40. Consultations totales : _____

41.0 Nouveaux cas : _____

NOUVEAUX CAS ZONE D'ORIGINE	AGE			TOTAL
	0 - 11 MOIS	1 - 4 ANS	5 ANS ET PLUS	
41.1 A _____				
41.2 B _____				
41.3 C _____				
41.4 Total _____				
41.5 Age / Zone inconnu _____				
41.0 Total				

Code _____

Mois _____

SUIVI DES TUBERCULEUX

47.0 TPM + (1) perdus de vue (2) pendant ce mois : _____

LABORATOIRE : EXAMENS DE CRACHATS

53.1 Nombre total d'examens pendant ce mois : _____

53.2 Nombre d'examens positifs pendant ce mois : _____

(1) TPM - Tuberculose pulmonaire à microscopie positive

(2) Perdu de vue : malade absent au traitement plus de 10 jours consécutifs
en phase initiale ou plus de 30 jours consécutifs en phase suivante.

Code : _____

Mois : _____

PROBLEMES DE SANTE

	AGE					AGE				
	0-11 mois	1-4 ans	5 ans et plus	Inconnu	TOTAL	0-11 mois	1-4 ans	5 ans et plus	Inconnu	TOTAL
101. Rougeole										
102. DONT Rougeole Vaccinée										
103. Méningite										
104. Tétanos Néonatal (0-15 jours)										
105. Tétanos Autre										
106. Diarrhée										
107. Dysentérie										
108. Toux de 15 j. et plus										
109. Toux moins de 15 j.										
110. Otite moyenne/Angine										
111. Conjonctivite										
112. Hématurie										
113. Urétrite purulente (hommes)										
114. Ulcération génitale										
115. Infection urinaire										
116. DONT Infection uri. ET Grossesse										
118. Suspicion de lépre										
119. Infection de la peau										
120. Traumatisme										
121. Intoxication										
122. Complications du post-partum										
123. Fièvre										
124. Douleurs musculaires et art./Céphalées										
125. Kwashiorkor SANS autres problèmes										
150. Autres Problèmes										
41.0 TOTAL Nouveaux cas										
425. Kwashiorkor AVEC d'autres problèmes										

BEST AVAILABLE COPY

Code: _____

708

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Secrétariat d'Etat

Direction Générale

BUREAU DES STATISTIQUES,
PLANIFICATION ET ETUDES

RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITES : POSTE SENTINELLE

1. Code _____

2. Nom de Formation / Localité : _____

3. Appartenance : _____

4. Préfecture : _____

5-6 Année : _____ Mois : _____

7. Date de l'établissement de ce rapport : _____

Personne remplissant ce rapport : _____

Qualité de cette personne : _____

Signature : _____

8. Date d'expédition au Médecin-Chef de Préfecture : _____

Remarques / Observations :

TRANSMISSION DU RAPPORT :

9. Date d'arrivée au Médecin - Chef de Préfecture : _____

Visa : _____

10. Date d'expédition au BSPE, MSP : _____

Visa : _____

11. Date d'arrivée au BSPE, MSP : _____

Visa : _____

VACCINATIONS	0 - 11 mois	12 à 23 mois	24 mois et plus	TOTAL
22.0 BCG				
23.0 DTC				
1				
2				
3				
24.0 POLIO				
0				
1				
2				
3				
25.0 DTCP				
1				
2				
26.0 Anti-amarile (Fièvre Jaune)				
27.0 Rougeole				
28.0 Complètement Vaccinés				

29.0 Vaccin Anti-Tétanique (VAT)	Femmes Enceintes	Autres Femmes en âge de procréer	Autres	TOTAL
1				
2				
3				
4				
5				

Code:
 Mois:

BEST AVAILABLE COPY

210

3

SOINS PRÉVENTIFS :

Enfants	AGE				TOTAL
	0 - 11 MOIS	12 - 23 MOIS	2 - 4 ANS	5 ANS ET PLUS	
30. Visites totales _____					
31. Nouveaux inscrits _____					

	A	B	C	TOTAL
32. Zone d'origine des nouveaux inscrits _____				

Femmes enceintes

33. Femmes enceintes, visites totales :

	MOINS DE 15 ANS	15 ANS ET PLUS	TOTAL
34. Femmes nouvelles inscrits _____			

ACCOUCHEMENTS :

35. Accouchements au centre même : _____

36. Accouchements assistés à domicile : _____

SOINS CURATIFS :

40. Consultations totales : _____

41.0 Nouveaux cas : _____

NOUVEAUX CAS ZONE D'ORIGINE	AGE			TOTAL
	0 - 11 MOIS	1 - 4 ANS	5 ANS ET PLUS	
41.1 A _____				
41.2 B _____				
41.3 C _____				
41.4 Total _____				
41.5 Age / Zone inconnu _____				
41.0 Total _____				

BEST AVAILABLE COPY

Code _____

Mois _____

211

MISE EN TRAITEMENT DES TUBERCULEUX

Pour les questions 44. 0, 45. 0, 46. 0, ne pas prendre en compte les transferts arrivants car ils ont déjà été comptabilisé dans le centre d'origine.

44. 0. TPM + (1) mise en traitement pendant ce mois :
44. 1. Dont nombre de TPM + (1) mises en retraitement
(2) :
45. 0. TPM - (1) mises en traitement pendant ce mois :
46. 0. TEP (1) mises en traitement pendant ce mois :
- La question suivante concerne tous les malades.
47. 0. TPM + Perdus de vue (3) pendant ce mois :

LABORATOIRE : EXAMENS DE CRACHATS

53. 1 Nombre total d'examens pendant ce mois :
53. 2 Nombre d'examens positifs pendant ce mois :

LIQUIDES CEPHALORACHIDIENS (LCR)

54. 1 Nombre total d'examens :
54. 2 Nombre d'examens positifs :

- (1) TPM + Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive ;
TPM - Tuberculose Pulmonaire à Microscopie négative ;
TEP Tuberculose Extra Pulmonaire.
- (2) Retraitement : 2SRHZE/1RHZE/5R3E3H3
- (3) Perdu de vue : malade absent au traitement plus de 10 jours consécutifs en phase initiale ou plus de 30 jours consécutifs en phase suivante.

Code :

Mois :

PROBLEMES DE SANTE	AGE					AGE				
	0-11 mois	1-4 ans	5 ans et plus	Inconnu	TOTAL	0-11 mois	1-4 ans	5 ans et plus	Inconnu	TOTAL
101. Rougeole										
102. DONT Rougeole Vaccinée										
103. Méningite										
203. DONT Méningite à Méningocoques										
104. Tétanos Néonatal (0-15 jours)										
105. Tétanos Autre										
106. Diarrhée										
206. DONT Déshydratation										
107. Dysentérie										
207. DONT Dysentérie ambienne confirmée										
226. Bilharziose intest										
227. Hépatite virale										
108. Toux de 15 j. et plus										
208. DONT Tuberculose pulmonaire										
109. Toux moins de 15 j.										
209. DONT Infection Bact. voies respiratoires										
110. Otite moyenne/Angine										
111. Conjonctivite										
211. DONT Trachome										
228. Cataracte simple										
328. Cataracte bilatérale										
112. Hématurie										
212. DONT Bilharziose urinaire										
SOUS-TOTAL, page 5										

Code: _____

Mois: _____

PROBLEMES DE SANTE	AGE					AGE				
	0-11 mois	1-4 ans	5 ans et plus	Incl. nu	TOTAL	0-11 mois	1-4 ans	5 ans et plus	Inconnu	TOTAL
REPORT page 5										
113. Urétrite purulente (hommes)										
213. DONT Gonorrhée										
114. Ulcération génitale										
115. Infection urinaire										
116. DONT Infection uri. ET Grossesse										
118. Suspicion de lèpre										
119. Infection de la peau										
219. DONT Charbon (forme cutanée)										
319. DONT Vers de Guinée										
120. Traumatisme										
121. Intoxication										
229. Hypertension essent.										
230. Hypertension ET Grossesse										
122. Complications du post-partum										
123. Fièvre										
124. Douleurs musculaires et art./Céphalées										
125. Kwashiorkor SANS autres problèmes										
231. Malnutrition SANS autres problèmes										
250. Autres Problèmes										
41.0 TOTAL Nouveaux cas										
425. Kwashiorkor AVEC d'autres problèmes										
431. Malnutrition AVEC d'autres problèmes										

Code: _____

Mois: _____

BEST AVAILABLE COPY

214

HOSPITALISATIONS: ENTRANTS

SERVICE	SEXE		TOTAL	AGE			TOTAL
	Masculin	Feminin		0-11 mois	1-4 ans	cinq ans et +	
Chirurgie							
Médecine Interne							
Pédiatrie							
Maternité							
Autres*							
650. TOTAL							

HOSPITALISATIONS: OCCUPATION MOYENNE ET SEJOUR MOYEN

SERVICE	(B) Nombre de Lits/Places	(C) Présents	(D) Entrants	(E) Sortants	(F) Décédés	(G) Evadés
60. Chirurgie						
61. Médecine Interne						
62. Pédiatrie						
63. Maternité						
64. Autres*						
65. TOTAL						

(A) Nombre de jours/mois:

(H) Occupation Moyenne $\frac{C \times 100}{A \times B}$	(I) Séjour Moyen $\frac{C \times 2}{D + E + F + G}$

Code: _____

Mois: _____

*Spécifier: _____

BEST AVAILABLE COPY

215

ANNEXE C

**ORGANIGRAMME
DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

Visa : S.G.G. 

Décret n° 006 /PR/MSP/94
 Portant Organisation et Attributions
 du Ministère de la Santé Publique

**Le Président de la République,
 Chef de l'Etat,
 Président du Conseil des Ministres.**

VU La Charte de Transition ;
 VU L'Acte n° 002/CNS/93 du 5 Avril 1993, portant adoption de la Charte de Transition
 VU Le Décret n° 282/PR/93 du 9 Août 1993, portant publication de la Charte de Transition ;
 VU Le Décret n° 728/PR/93 du 9 Novembre 1993, portant nomination du Premier Ministre de Transition ;
 VU Le Décret n° 010/PR/94 du 18 Janvier 1994, portant remaniement du Gouvernement de Transition ;
 Sur proposition du Ministre de la Santé Publique.
 Le Conseil des Ministres entendu en sa séance du 24 février 1994

D E C R E T E

TITRE I : Dispositions Générales

Article 1 : Le Ministère de la Santé Publique a pour mission de veiller sur l'état sanitaire de la population dans le but de permettre le développement harmonieux de ses facultés physiques et morales et son adaptation au milieu social du pays. Pour ce faire, il doit lutter contre les causes de détérioration du bien-être physique, mental et social qui peut l'affecter individuellement et/ou collectivement.

Il élabore pour le Gouvernement la politique sanitaire, la planifie, veille à sa mise en oeuvre et en contrôle l'exécution.

Article 2 : Le Ministère de la Santé Publique assure la responsabilité de la conception de la mise en oeuvre de la politique de formation de son personnel soit directement soit en collaboration avec d'autres Départements et Organismes intéressés.

Article 3 : Le Ministère de la Santé Publique exerce un contrôle spécifique sur :

- 1° - les Organismes Professionnels sanitaires ;
- 2° - les Associations professionnelles sanitaires ;
- 3° - toute Entreprise d'importation, de distribution et de fabrication de produits pharmaceutiques ;
- 4° - les Etablissements privés et corporatifs de diagnostic de soins et de prestations médicales et paramédicales ;
- 5° - la pratique de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles.

TITRE II : Organisation du Ministère de la Santé Publique

Article 4 : Le Ministère de la Santé Publique est placé sous l'autorité du Ministre qui est assisté, dans ses fonctions, par :

- une Direction de Cabinet
- des structures techniques centrales et régionales
- des institutions nationales
- des organes consultatifs

Article 5 : L'Organisation et les attributions de la Direction de Cabinet sont celles définies dans le Décret n° 43-I/PR/SGG/90 du 30 Août 1990.

Article 6 : les structures techniques centrales et régionales du Ministère de la Santé Publique sont :

- une Direction Générale
- des Directions Techniques Centrales
- des Délégations Préfectorales

Un arrêté du Ministre de la Santé Publique précise les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces structures.

CHAPITRE I : La Direction Générale

Article 7 : La Direction Générale est dirigée par un Directeur Général. Il est assisté d'un Directeur Général Adjoint.

Article 8 : En plus des attributions définies dans le Décret n° 22/PR/CSM/SGG du 6 juin 1975, le Directeur Général est chargé de superviser, coordonner et animer les Directions des Délégations Préfectorales et le Comité Technique du Conseil National de la Santé.

CHAPITRE II : Les Directions Techniques

Article 9 : Les Directions Techniques sont dirigées par des Directeurs. Ils peuvent être assistés d'un Directeur Adjoint.

Article 10 : Les Directeurs techniques, sous l'autorité du Directeur Général, ont pour tâches de :

- superviser, coordonner et animer leur direction ;
- veiller à la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et de leur direction
- collaborer à l'établissement d'un plan d'action sanitaire ;
- élaborer et mettre en oeuvre des politiques, des orientations, des programmes cadres et plans d'action afin de réaliser le plan sanitaire du Département ;
- veiller au contrôle, au suivi et à l'évaluation des programmes et mesures retenus à cette fin ;
- effectuer des analyses et produire des informations portant sur la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience et l'impact de programmes et mesures retenus ;
- apporter un appui technique aux Directions des Préfectures Sanitaires ;
- rendre compte périodiquement au Directeur Général de la situation de leur direction respective et des mandats qui leur sont confiés.

Article 11 : Sont directement placées sous l'autorité du Directeur Général les unités suivantes auxquelles sont déléguées les responsabilités correspondant à leurs champs de compétence :

- la Direction de Planification et de la Formation ;
- la Direction des Ressources Humaines ;

- la Direction des Etablissements Sanitaires ;
- la Direction des Activités Sanitaires.

Section 1 : - La Direction de la Planification et de la Formation

Article 12 : Le Directeur de la Planification et de la Formation est chargé de :

- préparer, en collaboration, la planification sanitaire du Département ;
- développer l'instrumentation technique et méthodologique nécessaire à l'obtention et au traitement de données, à l'élaboration de bases de données, à leur mise à jour et à leur diffusion
- veiller à la collecte et à la conservation de la documentation scientifique, technique et administrative du Département;
- élaborer et planifier la politique de formation du Département

Section 2 : - La Direction des Ressources Humaines

Article 13 : Le Directeur des Ressources Humaines est chargé de :

- préparer les priorités et objectifs du Département afin d'optimiser l'utilisation des ressources humaines;
- collaborer au contrôle, au suivi et à l'évaluation des politiques, normes et procédures relatives aux ressources humaines;
- produire et maintenir à jour les données statistiques concernant le personnel du Département;
- veiller, en collaboration avec les autres directions, à la sélection, à la promotion, à l'affectation et à l'évaluation du personnel du Département;
- apporter un appui technique aux responsables du Département dans la gestion de leurs personnels respectifs;
- assurer le déploiement du personnel national et des assistants techniques;
- collaborer à la préparation du budget et à la conception des états de paiement de salaire et instruire les recommandations y afférentes;
- assurer l'inspection administrative.

Section 3 : : La Direction des Etablissements Sanitaires

Article 14 : Le Directeur des Etablissements Sanitaires est chargé de :

- élaborer, en collaboration avec les autres Directions, les besoins en formations sanitaires, en équipements médicaux, en matériel de laboratoire, de pharmacie et en recherche biomédicale ;
- veiller à la classification et aux attributions respectives des formations sanitaires, veiller à leur développement et à leur complémentarité ;
- élaborer la réglementation, les politiques, normes et procédures relatives aux formations sanitaires, publiques, par-publiques et privées, à la technologie médicale, à la pharmacie et à la recherche biomédicale, veiller à leur application ;
- organiser la coordination des évacuations médicales ;
- coordonner et superviser la commission médicale, administrative et la commission médicale de réforme.

Section 4 : La Direction des Activités Sanitaires

Article 15 : Le Directeur des Activités Sanitaires est chargé de :

- élaborer, en collaboration avec les autres Directions les activités sanitaires ;
- veiller à l'intégration des programmes relatifs aux activités sanitaires ;
- veiller à la surveillance épidémiologique et à la lutte contre les grandes endémies
- veiller à la promotion de la santé maternelle et infantile, au bien-être familial et à la nutrition ;

- veiller à la promotion de l'hygiène du milieu et à l'assainissement;
- veiller au développement de la médecine scolaire, universitaire et du travail;
- veiller à la qualité des soins.

Article 16 : Le Directeur Général et son Adjoint ainsi que les Directeurs techniques et leurs Adjointes sont nommés par Décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du Ministre de la Santé Publique.

CHAPITRE III : Les Délégations des Préfectures Sanitaires

Article 17 : Les Délégués des Préfectures Sanitaires sont nommés par Arrêté Ministériel sur proposition du Directeur Général de la Santé Publique.

Ils peuvent percevoir une indemnité forfaitaire déterminée par arrêté conjoint du Ministre de la Santé Publique et des Finances.

Article 18 : Les délégués des Préfectures Sanitaires, sous la supervision de la Direction Générale, sont chargés de :

- superviser, coordonner et animer les formations sanitaires placées sous leur autorité ;
- veiller à la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et placées sous leur autorité ;
- veiller à l'élaboration et à l'application d'une planification préfectorale tenant compte de la planification et des programmations nationales ;
- veiller aux problématiques sanitaires spécifiques à leur Préfecture;
- veiller au développement du plan de couverture sanitaire de leur Préfecture ;
- veiller au respect des politiques, normes et procédures administratives et techniques du Département et du Gouvernement ;
- rendre compte périodiquement au Directeur Général de la situation de leur Préfecture et des mandats spécifiques qui leurs sont confiés.

CHAPITRE IV : Des Institutions Nationales

Article 19 : Les institutions nationales sont des Etablissements à caractère national placés sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique.

Les attributions, le fonctionnement et l'organisation de chaque institution nationale sont fixés par Décret.

CHAPITRE V : Des Organes Consultatifs

Article 20 : Il est institué un Conseil National de Santé qui a pour mission de donner son avis sur les problèmes touchant à l'organisation et au développement des activités sanitaires à travers le pays.

Article 21 : Le Conseil National de Santé est présidé par le Ministre de la Santé Publique.

Il est composé des membres suivants :

- le Ministre de la Condition féminine et des Affaires Sociales;
- le Ministre de la Défense ;
- le Ministre du Plan et de la Coopération ;
- le Ministre de l'Intérieur ;
- le Ministre des Finances ;
- le Ministre de l'Education Nationale ;
- le Ministre chargé des Ressources en Eau ;
- le Ministre de la Fonction Publique et du Travail ;
- le Secrétaire Général du Gouvernement ;
- deux membres du Parlement.

Article 22 : Le Conseil National de la Santé se réunit au moins une fois par an chaque fois que le besoin s'en fait sentir. Il est assisté d'un Comité Technique composé de :

Président : - Directeur Général de la Santé Publique ;

Membres : - le Directeur Général du Plan et de la Coopération ;

- le Directeur Général de la Condition féminine et des Affaires Sociales;

- le Directeur Général de l'Intérieur ;

- le Directeur Général des Finances ;

- le Directeur Général de l'Education Nationale ;

- le Directeur Général du Ministère chargé des Ressources en Eau

- le Directeur Général de la Fonction Publique et du Travail ;

- le Directeur des Services de Santé des Armées

Article 23 : Le Comité Technique du Conseil National se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son Président.

Article 24 : Le Comité Technique du Conseil National a pour attribution de :

- préparer l'ordre du jour du Conseil ;
- veiller à l'organisation des réunions du Conseil ;
- préparer les dossiers à soumettre au Conseil ;
- assurer le suivi des propositions retenues.

Article 25 : Les avis du Conseil National revêtent un caractère consultatif.

TITRE III : Dispositions Finales

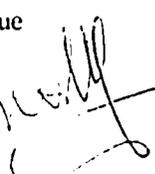
Article 26 : L'organisation et le fonctionnement des structures centrales, intermédiaires et régionales du Ministère de la Santé Publique sont définies par arrêté ministériel.

Article 27 : Le présent Décret abroge toutes dispositions antérieures contraires.

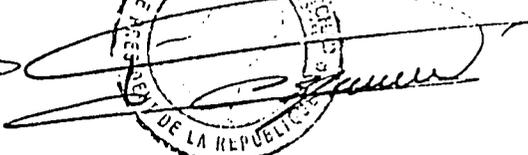
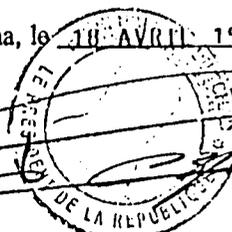
Article 28 : Le Ministre de la Santé Publique et le Ministre des Finances sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'application du présent Décret qui prend effet pour compter de la date de sa signature et sera enregistré et publié au Journal Officiel.

Fait à N'Djaména, le 10 AVRIL 1994

Par le Président de la République
Le Premier Ministre



Dr NOURADINE DIWA KASSIRE COUMAKOYE
Le Ministre de la Santé Publique



LE COLONEL IDRISSE DEBY

Le Ministre de la Santé Publique



Mahamat-Ahmad AL HABO
Le Ministre de la Santé Publique

BEST AVAILABLE COPY

ANNEXE D

**LISTE DES
FORMATIONS
SOCIO-SANITAIRES**

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE	GENRE	AFFILIATION OUI/NON	
** PREFECTURE BATHA						
1011010	ABOURDA	ATI	CSS	FB	SECADEV	OUI
1011001	ALIFA	ATI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1011003	AMBASSATNA	ATI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1011101	ATI	ATI	HOPITAL P	PS	MSPAS	OUI
1011201	ATI	ATI	CESO	FB	MSPAS	OUI
1011002	ATI	ATI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1011501	ATI	ATI	MOBIL	FB	MSPAS	OUI
1011004	BIRNY	ATI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1011005	DJEDDA	ATI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1011006	KOUNDJOUROU	ATI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1011007	N'DJAMENA BILALA	ATI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1011008	SIEGO	ATI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1011009	YAO	ATI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1021001	ADJOP	OUM HADJER	CSS	FB	MSPAS	OUI
1021002	AM SACK	OUM HADJER	CSS	FB	MSPAS	OUI
1021003	ASNET	OUM HADJER	CSS	FB	MSPAS	OUI
1021004	ASSAFICK	OUM HADJER	CSS	FB	MSPAS	OUI
1021005	ASSARTINI	OUM HADJER	CSS	FB	MSPAS	OUI
1021010	BIRKET FATIME	OUM HADJER	CSS	FB	MSPAS	OUI
1021006	DOP DOP	OUM HADJER	CSS	FB	MSPAS	OUI
1021007	HARAZE DJOMBO	OUM HADJER	CSS	FB	MSPAS	OUI
1021008	KOUNDJAR	OUM HADJER	CSS	FB	MSPAS	OUI
1021101	OUM HADJER	OUM HADJER	HOPITAL D	PS	MSPAS	OUI
1021009	OUM HADJER	OUM HADJER	CSS	FB	MSPAS	OUI
1021501	OUM HADJER	OUM HADJER	MOBIL	FB	MSPAS	OUI
** Subtotal **						

BEST AVAILABLE COPY

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
 PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE	GENRE	AFFILIATION OUI/NON	
** PREFECTURE B.E.T.						
1211001	BARDAI	BORKOU-TIBESTI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1211002	BATANADJENE	BORKOU-TIBESTI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1211101	FAYA	BORKOU-TIBESTI	HOPITAL P	PS	MSPAS	OUI
1211201	FAYA	BORKOU-TIBESTI	CESO	FB	MSPAS	OUI
1211003	FAYA	BORKOU-TIBESTI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1211050	FAYA GARNISON	BORKOU-TIBESTI	CSS	FB	MINDEF	NON
1211004	KIRDIMI	BORKOU-TIBESTI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1211005	KOUBA	BORKOU-TIBESTI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1211006	WOUR	BORKOU-TIBESTI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1211007	YEBBIBOU	BORKOU-TIBESTI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1211008	ZOUAR	BORKOU-TIBESTI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1211009	ZOUMRI	BORKOU-TIBESTI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1221001	BAO	ENNEDI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1221002	FADA	ENNEDI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1221003	GOURO	ENNEDI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1221004	KALAIT	ENNEDI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1221005	OUNIANGA-KEBIR	ENNEDI	CSS	FB	MSPAS	OUI
** Subtotal **						

BEST AVAILABLE COPY

224

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE	GENRE	AFFILIATION OUI/NON	
** PREFECTURE BILTINE						
1111001	ARADA	BILTINE	CSS	FB	MSPAS	OUI
1111101	BILTINE	BILTINE	HOPITAL P	PS	MSPAS	OUI
1111201	BILTINE	BILTINE	CESO	FB	MSPAS	OUI
1111002	BILTINE	BILTINE	CSS	FB	MSPAS	OUI
1111003	GOURMAKA	BILTINE	CSS	FB	MSPAS	OUI
1121001	AMZOER	GUEREDA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1121002	ARANKOLE	GUEREDA	CSS	FB	MSPAS	NON
1121003	GUEREDA	GUEREDA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1121004	IRIBA	GUEREDA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1121005	TINE	GUEREDA	CSS	FB	MSPAS	NON
** Subtotal **						

BEST AVAILABLE COPY

225

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
PREFECTURE ET PAR DISTRICT

237

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE	GENRE	AFFILIATION	OUI/NON
** PREFECTURE CHARI BAGUIRMI						
1311001	ABGODE	BOKORO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1311002	ARBOUTCHATAK	BOKORO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1311101	BOKORO	BOKORO	HOPITAL D	PS	MSPAS	OUI
1311003	BOKORO	BOKORO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1311009	FALE	BOKORO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1311004	MAIGAMA	BOKORO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1311005	MOITO	BOKORO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1311006	NGAMA	BOKORO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1311007	NGOURA	BOKORO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1311008	OULED-BELLI	BOKORO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1321001	BA-ILLI	BOUSSO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1321002	BOURAM	BOUSSO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1321101	BOUSSO	BOUSSO	HOPITAL D	PS	MSPAS	OUI
1321003	BOUSSO	BOUSSO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1321004	DARADJA	BOUSSO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1321006	MBARLE	BOUSSO	CSS	FB	SECADEV	OUI
1321005	WILTOU	BOUSSO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1331001	BOORO	DOURBALI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1331002	DOURBALI	DOURBALI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1331050	DOURBALI	DOURBALI	CSS	FB	MINDEF	NON
1331003	MASSENYA	DOURBALI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1341001	GREDAYA	MASSAKORY	CSS	FB	MSPAS	OUI
1341002	KARME	MASSAKORY	CSS	FB	MSPAS	OUI
1341003	MASSAGUET	MASSAKORY	CSS	FB	MSPAS	OUI
1341101	MASSAKORY	MASSAKORY	HOPITAL D	PS	MSPAS	OUI
1341004	MASSAKORY	MASSAKORY	CSS	FB	MSPAS	OUI
1341005	SIDJE	MASSAKORY	CSS	FB	SECADEV	OUI
1341006	TOURBA	MASSAKORY	CSS	FB	MSPAS	OUI
** Subtotal **						

BEST AVAILABLE COPY

226

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
 PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE	GENRE	AFFILIATION OUI/NON	
** PREFECTURE GUERA						
1411001	ABIGYOUR	BITKINE	CSS	FB	MSPAS	OUI
1411002	BITKINE	BITKINE	CSS	FB	MSPAS	OUI
1411050	BITKINE	BITKINE	CSS	FB	ACT	NON
1411003	DADOUAR	BITKINE	CSS	FB	MSPAS	OUI
1411004	KORBO	BITKINE	CSS	FB	MSPAS	OUI
1411005	MOUKOULOU	BITKINE	CSS	FB	MSPAS	OUI
1421001	GOGMI	MELFI	CSS	FB	ACT	OUI
1421002	MELFI	MELFI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1431001	BARO	MONGO	CSS	FB	SECADEV	OUI
1431002	EREF	MONGO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1431003	MANGALME	MONGO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1431101	MONGO	MONGO	HOPITAL P	PS	MSPAS	OUI
1431201	MONGO	MONGO	CESO	FB	MSPAS	OUI
1431004	MONGO	MONGO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1431005	NIERGUI	MONGO	CSS	FB	MSPAS	OUI
** Subtotal **						

BEST AVAILABLE COPY

227

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
 PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE SYRUCTURE GENRE		AFFILIATION OUI/NON	
** PREFECTURE KANEM						
1511001	AM DOBAK	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1511015	BOUROUNKOU	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1511016	ILILI	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1511014	KEKEDINA	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1511017	LIGRA	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1511101	MAO	MAO	HOPITAL P	PS	MSPAS	OUI
1511201	MAO	MAO	CESO	FB	MSPAS	OUI
1511002	MAO	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1511050	MAO-GARMISON	MAO	CSS	FB	MINDEF	NON
1511013	MAO-MOSQUEE	MAO	CSS	FB	ISLAMIQUE	OUI
1511003	MAO-MOTO	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1511004	MELLEA	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1511005	NICHEHIRE	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1511006	MONDO	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1511007	MOTOA	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1511009	N'TIONA	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1511018	NGALI	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1511008	NOKOU	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1511051	NOKOU	MAO	CSS	FB	MINDEF	NON
1511010	RIG-RIG	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1511011	WADJIGUI	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1511012	ZIGUEY	MAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1521001	CHEDDRA	MOUSSORO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1521002	MOUSSORO	MOUSSORO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1521003	SALAL	MOUSSORO	CSS	FB	MSPAS	OUI
** Subtotal **						

BEST AVAILABLE COPY

228

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
 PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE	GENRE	AFFILIATION OUI/NON	
** PREFECTURE LAC						
1611001	BAGASOLA	BOL	CSS	FB	MSPAS	OUI
1611101	BOL	BOL	HOPITAL P	PS	MSPAS	OUI
1611201	BOL	BOL	CESO	FB	MSPAS	OUI
1611002	BOL	BOL	CSS	FB	MSPAS	OUI
1611003	KISKAMA	BOL	CSS	FB	MSPAS	OUI
1611004	LIWA	BOL	CSS	FB	MSPAS	OUI
1611005	NGARANGOU	BOL	CSS	FB	MSPAS	OUI
1621001	AMERON	NGOURI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1621002	DIBINENTCHI	NGOURI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1621003	DJIGUIDADA	NGOURI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1621004	DOUN-DOUN	NGOURI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1621005	ISSEIRON	NGOURI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1621006	KOULOUDIA	NGOURI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1621007	N'GOURI	NGOURI	CSS	FB	MSPAS	OUI
1621008	WATTA	NGOURI	CSS	FB	MSPAS	OUI
** Subtotal **						

BEST AVAILABLE COPY

229

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
 PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE	GENRE	AFFILIATION OUI/NOH	
** PREFECTURE LOGONE OCCIDENTAL						
1711001	BAO	BEBALEM	CSS	FB	MSPAS	OUI
1711101	BEBALEM	BEBALEM	HOPITAL D	PS	EET	OUI
1711002	BEBALEM	BEBALEM	CSS	FB	EET	OUI
1711003	BELADJIA	BEBALEM	CSS	FB	EET	OUI
1711301	BENOYE	BEBALEM	HANDICAPES	FB	BELACD	-
1711004	BENOYE	BEBALEM	CSS	FB	MSPAS	OUI
1711005	BIRAMANDA	BEBALEM	CSS	FB	BELACD	OUI
1711006	SARGOYEM	BEBALEM	CSS	FB	EET	OUI
1721001	BEINAMAR	LAOKASSY	CSS	FB	EET	OUI
1721002	BEISSA	LAOKASSY	CSS	FB	MSPAS	OUI
1721004	DOGUINDI	LAOKASSY	CSS	FB	BELACD	OUI
1721003	DOITI	LAOKASSY	CSS	FB	BELACD	OUI
1721005	KRIM KRIM	LAOKASSY	CSS	FB	MSPAS	OUI
1721006	LAOKASSY	LAOKASSY	CSS	FB	MSPAS	OUI
1721007	TAPOL	LAOKASSY	CSS	FB	MSPAS	OUI
1731001	BAH	MOUNDOU	CSS	FB	MSPAS	OUI
1731010	BESSEYE II	MOUNDOU	CSS	FB	MSPAS	OUI
1731050	BRASSERIE	MOUNDOU	CSS	FB	BDL	OUI
1731051	COTONTCHAD	MOUNDOU	CSS	FB	COTONTCH	OUI
1731002	DELI	MOUNDOU	CSS	FB	MSPAS	OUI
1731003	DOUALA PAYSANNAT	MOUNDOU	CSS	FB	EET	OUI
1731052	HUILERIE	MOUNDOU	CSS	FB	COTONTCH	OUI
1731011	MARGARETTE	MOUNDOU	CSS	FB	MSPAS	OUI
1731005	MBALKABRA	MOUNDOU	CSS	FB	MSPAS	OUI
1731009	MBALKABRA	MOUNDOU	CSS	FB	BELACD	OUI
1731004	MBALLA	MOUNDOU	CSS	FB	MSPAS	OUI
1731053	MCT	MOUNDOU	CSS	FB	MCT	OUI
1731054	MILITAIRE	MOUNDOU	CSS	FB	MINDEF	NOH
1731101	MOUNDOU	MOUNDOU	HOPITAL P	PS	MSPAS	OUI
1731201	MOUNDOU	MOUNDOU	CESO	FB	MSPAS	OUI
1731055	MOUNDOU	MOUNDOU	CSS	FB	PRIVE	OUI
1731006	MOUNDOU 15 ANS	MOUNDOU	CSS	FB	MSPAS	OUI
1731007	MOUNDOU-VILLE	MOUNDOU	CSS	FB	MSPAS	OUI
1731008	NGONDONG	MOUNDOU	CSS	FB	MSPAS	OUI
** Subtotal **						

BEST AVAILABLE COPY

230

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
 PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE	GENRE	AFFILIATION OUI/NON	
** PREFECTURE LOGONE ORIENTAL						
1811101	BEBEDJIA	BEBEDJIA	HOPITAL D	PS	BELACD	OUI
1811001	BEBEDJIA	BEBEDJIA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1811050	BEBEDJIA	BEBEDJIA	CSS	FB	IRCT	NON
1811002	BEBEDJIA	BEBEDJIA	CSS	FB	BELACD	OUI
1811003	BOY BESSAO	BEBEDJIA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1811004	DANGDILI	BEBEDJIA	CSS	FB	EET	OUI
1811005	DOMIA	BEBEDJIA	CSS	FB	BELACD	OUI
1811006	HOLLO	BEBEDJIA	CSS	FB	MBM	OUI
1811007	MBAIKORO	BEBEDJIA	CSS	FB	BELACD	OUI
1811008	MBIKOU	BEBEDJIA	CSS	FB	MBM	OUI
1811009	MIANDOUM	BEBEDJIA	CSS	FB	MBM	OUI
1811010	MILADI	BEBEDJIA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1811011	MILADI	BEBEDJIA	CSS	FB	MBM	OUI
1811012	MOUKASSA	BEBEDJIA	CSS	FB	BELACD	OUI
1821002	ANDOUM	BESSAO	CSS	FB	PENTECOT	OUI
1821004	BAIBOKOUM	BESSAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1821003	BAM	BESSAO	CSS	FB	BELACD	OUI
1821005	BESSAO	BESSAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1821006	DODANG II	BESSAO	CSS	FB	MEU	OUI
1821007	KOUMAO	BESSAO	CSS	FB	BELACD	OUI
1821008	LARAMANAYE	BESSAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1821009	MANANG	BESSAO	CSS	FB	BELACD	OUI
1821D10	MINI	BESSAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1821011	OUDOUMTAN	BESSAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1821012	OULI BANGALA	BESSAO	CSS	FB	BELACD	OUI
1821013	PAO	BESSAO	CSS	FB	MSPAS	OUI
1831001	BEBOTO	DOBA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1831002	BEBOTO	DOBA	CSS	FB	MBM	OUI
1831003	BEGADA	DOBA	CSS	FB	MBM	OUI
1831016	BEMBARE	DOBA	CSS	FB	E. E. T	OUI
1831004	BENGANGA	DOBA	CSS	FB	MBM	OUI
1831005	BETI	DOBA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1831006	BODO	DOBA	CSS	FB	MBM	OUI
1831007	BODO	DOBA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1831101	DOBA	DOBA	HOPITAL P	PS	MSPAS	OUI
1831201	DOBA	DOBA	CESO	FB	MSPAS	OUI
1831008	DOBA	DOBA	CSS	FB	MBM	OUI
1831009	DOBA	DOBA	CSS	FB	COTONTCH	OUI
1831010	DOBA	DOBA	CSS/LEPROSERIE	FB	MSPAS	OUI
1831011	DOSSAITI	DOBA	CSS	FB	MBM	OUI
1831012	GORE-NORD	DOBA	CSS	FB	MBM	OUI
1831013	KARA	DOBA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1831014	MADANA	DOBA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1831017	MAIBOMBAYE	DOBA	CSS	FB	ACT	OUI
1831015	NDABA	DOBA	CSS	FB	MBM	OUI
18410D1	BEKAN	GORE	CSS	FB	MSPAS	OUI
1841008	BELYA	GORE	CSS	FB	MBM	OUI
1841002	DOBITI	GORE	CSS	FB	MSPAS	OUI

BEST AVAILABLE COPY

231

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE GENRE		AFFILIATION OUI/NON	
1841003	GORE	GORE	CSS	FB	MSPAS	OUI
1841004	GORE	GORE	CSS	FB	BELACD	OUI
1841005	KABA ROANGAR	GORE	CSS	FB	BELACD	OUI
1841006	TIMBERI	GORE	CSS	FB	BELACD	OUI
1841007	YAMODO	GORE	CSS	FB	MSPAS	OUI
** Subtotal **						

BEST AVAILABLE COPY

232

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE GENRE		AFFILIATION OUI/NON	
** PREFECTURE MAYO KEBBI						
1911001	BILIAM OURSI	BONGOR	CSS	FB	MSPAS	OUI
1911101	BONGOR	BONGOR	HOPITAL P	PS	MSPAS	OUI
1911201	BONGOR	BONGOR	CESO	FB	MSPAS	OUI
1911002	BONGOR	BONGOR	CSS	FB	MSPAS	OUI
1911013	BONGOR-SIEKE	BONGOR	CSS	FB	MSPAS	OUI
1911003	ERE	BONGOR	CSS	FB	MSPAS	OUI
1911004	GUELENDENG	BONGOR	CSS	FB	MSPAS	OUI
1911005	HAM	BONGOR	CSS	FB	MEU	OUI
1911006	KATOA	BONGOR	CSS	FB	MSPAS	OUI
1911007	KIM	BONGOR	CSS	FB	MSPAS	OUI
1911008	KOYOM	BONGOR	CSS	FB	ACT	OUI
1911009	MOULKOU	BONGOR	CSS	FB	MSPAS	OUI
1911012	HANGUIGOTO	BONGOR	CSS	FB	MSPAS	OUI
1911010	NGAM	BONGOR	CSS	FB	MSPAS	OUI
1911011	SILIA	BONGOR	CSS	FB	MEU	OUI
1921009	BOGO NDARANGUE	FIANGA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1921101	FIANGA	FIANGA	HOPITAL D	PS	MSPAS	OUI
1921301	FIANGA	FIANGA	HANDICAPES	FB	BELACD	-
1921001	FIANGA	FIANGA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1921002	GAMBA	FIANGA	CSS	FB	EET	OUI
1921003	KACURANG	FIANGA	CSS	FB	EET	OUI
1921004	KOUPOR	FIANGA	CSS	FB	BELACD	OUI
1921005	LALLE	FIANGA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1921006	MOULFOUDEYE	FIANGA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1921007	SERE	FIANGA	CSS	FB	BELACD	OUI
1921008	TIKEM	FIANGA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1931001	BEREM	GOUNOU-GAYA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1931002	DJAMANE-BARISSOU	GOUNOU-GAYA	CSS	FB	EET	OUI
1931003	DJODO-GASSA	GOUNOU-GAYA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1931004	DOMO-DAMBALI	GOUNOU-GAYA	CSS	FB	BELACD	OUI
1931007	GOUNOU-GAN	GOUNOU-GAYA	CSS	FB	BELACD	OUI
1931101	GOUNOU-GAYA	GOUNOU-GAYA	HOPITAL D	PS	MSPAS	OUI
1931005	GOUNOU-GAYA	GOUNOU-GAYA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1931006	GOUNOU-GAYA	GOUNOU-GAYA	CSS	FB	COTONTCH	NON
1931010	LEO-MBASSA	GOUNOU-GAYA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1931008	PONT-CAROL	GOUNOU-GAYA	CSS	FB	ACT	OUI
1931009	TAGAL	GOUNOU-GAYA	CSS	FB	BELACD	OUI
1941001	BINDER	LERE	CSS	FB	MSPAS	OUI
1941006	GUEGOU	LERE	CSS	FB	MSPAS	OUI
1941002	LAGON	LERE	CSS	FB	MSPAS	OUI
1941101	LERE	LERE	HOPITAL D	PS	MSPAS	OUI
1941003	LERE	LERE	CSS	FB	MSPAS	OUI
1941004	LERE	LERE	CSS	FB	SCMS	?
1941050	LERE	LERE	CSS	FB	COTONTCH	NON
1941051	LERE	LERE	CSS	FB	COMMUNAU	OUI
1941007	TRENE	LERE	CSS	FB	MSPAS	OUI
1941005	ZAGUERE	LERE	CSS	FB	MSPAS	OUI
1951001	BISSI-MAFOU	PALA	CSS	FB	BELACD	OUI

BEST AVAILABLE COPY

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE GENRE		AFFILIATION OUI/NON	
1951002	DARI	PALA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1951003	GAGAL	PALA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1951007	KOURAYADJE	PALA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1951004	NDJIKET	PALA	CSS	FB	ACT	OUI
1951101	PALA	PALA	HOPITAL D	PS	MSPAS	OUI
1951301	PALA	PALA	HANDICAPES	FB	BELACD	OUI
1951005	PALA	PALA	CSS	FB	MSPAS	OUI
1951006	TORROCK	PALA	CSS	FB	MSPAS	OUI
** Subtotal **						

BEST AVAILABLE COPY

234

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
 PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE	GENRE	AFFILIATION OUI/NON	
** PREFECTURE MOYEN CHARI						
2011001	BENDANA	DANAMADJI	CSS	FB	BELACD	OUI
2011002	DANAMADJI	DANAMADJI	CSS	FB	MBM	OUI
2011006	DANAMADJI	DANAMADJI	CSS	FB	MSPAS	NON
2011003	KOUMOGO	DANAMADJI	CSS	FB	MSPAS	OUI
2011004	HARO	DANAMADJI	CSS	FB	MSPAS	OUI
2011005	MOUSSAFOYO	DANAMADJI	CSS	FR	BELACD	OUI
2021101	GOUNDI	GOUNDI	HOPITAL D	PS	BELACD	OUI
2021001	GOUNDI-EST	GOUNDI	CSS	FB	BELACD	OUI
2021002	GOUNDI-OUEST	GOUNDI	CSS	FB	BELACD	OUI
2021003	GUIDITI	GOUNDI	CSS	FB	BELACD	OUI
2021004	KOUMAYE	GOUNDI	CSS	FB	BELACD	OUI
2021005	MAHIM-TOKI	GOUNDI	CSS	FB	BELACD	OUI
2021006	MATEKAGA	GOUNDI	CSS	FB	MSPAS	OUI
2021007	MOUROUM-GOULAYE	GOUNDI	CSS	FB	MBM	OUI
2021008	NGANGARA	GOUNDI	CSS	FB	BELACD	OUI
2031001	BEBOPEN	KOUMRA	CSS	FB	MSPAS	OUI
2031002	BEDAYA	KOUMRA	CSS	FB	MSPAS	OUI
2031003	BEDJONDO	KOUMRA	CSS	FB	MSPAS	OUI
2031004	BEDJONDO	KOUMRA	CSS	FB	MBM	OUI
2031005	BEKAMBA	KOUMRA	CSS	FB	BELACD	OUI
2031050	BEKAMBA	KOUMRA	CSS	FB	COTONTCH	NON
2031006	BESSADA	KOUMRA	CSS	FB	MSPAS	OUI
2031007	DOH	KOUMRA	CSS	FB	BELACD	OUI
2031101	KOUMRA	KOUMRA	HOPITAL D	PS	MSPAS	OUI
2031102	KOUMRA	KOUMRA	HOPITAL	PS	MBM	?
2031201	KOUMRA	KOUMRA	CESO	FB	MSPAS	OUI
2031401	KOUMRA	KOUMRA	ORPHELINAT	FB	BELACD	?
2031051	KOUMRA	KOUMRA	CSS	FB	COTONTCH	NON
2031008	KOUMRA-NORD	KOUMRA	CSS	FB	MSPAS	OUI
2031010	KOUMRA-OUEST	KOUMRA	CSS	FB	MSPAS	OUI
2031009	KOUMRA-SUD	KOUMRA	CSS	FB	?	OUI
2031012	NDERGUIGUI	KOUMRA	CSS	FB	MBM	OUI
2031011	PENI	KOUMRA	CSS	FB	BELACD	OUI
2041002	BALTOUBAYE	KYABE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2041001	BIOBE-SINGAKO	KYABE	CSS	FB	BELACD	OUI
2041003	BOLI	KYABE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2041004	BOUM-KEBIR	KYABE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2041005	DONIO	KYABE	CSS	FB	MBM	OUI
2041101	KYABE	KYABE	HOPITAL D	PS	MSPAS	OUI
2041006	KYABE	KYABE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2041007	NGONDEYE	KYABE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2041008	RORO	KYABE	CSS	FB	MBM	OUI
2051001	BARA II	MOISSALA	CSS	FB	MSPAS	OUI
2051002	BEBORO	MOISSALA	CSS	FB	BELACD	OUI
2051003	BEKOUROU	MOISSALA	CSS	FB	MBM	OUI
2051012	BOUNA	MOISSALA	CSS	FB	MBM	OUI
2051004	DEMBO	MOISSALA	CSS	FB	MSPAS	OUI
2051011	GOHONGO	MOISSALA	CSS	FB	MSPAS	OUI

BEST AVAILABLE COPY

235

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
 PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE	GENRE	AFFILIATION OUI/NON	
2051005	GOM	MOISSALA	CSS	FB	MSPAS	OUI
2051101	MOISSALA	MOISSALA	HOPITAL D	PS	MSPAS	OUI
2051201	MOISSALA	MOISSALA	CESO	FB	BAHAIE	OUI
2051013	MOISSALA	MOISSALA	CSS	FB	BAHAIE	OUI
2051006	MOISSALA-NORD	MOISSALA	CSS	FB	BAHAIE	OUI
2051007	MOISSALA-SUD	MOISSALA	CSS	FB	MBM	OUI
2051008	NGABIAN	MOISSALA	CSS	FB	MSPAS	OUI
2051009	NGALO	MOISSALA	CSS	FB	MSPAS	OUI
2051010	TAKAWA	MOISSALA	CSS	FB	BAHAIE	OUI
2061001	BAGUIRMI	SARH	CSS	FB	ONG	OUI
2061002	BALIMBA	SARH	CSS	FB	MBM	OUI
2061003	BEGOU	SARH	CSS	FB	MSPAS	OUI
2061004	DJOLI	SARH	CSS	FB	MSPAS	OUI
2061050	DOYABA	SARH	CSS	FB	MSPAS	NON
2061005	KASSAI I	SARH	CSS	FB	MSPAS	OUI
2061006	KASSAI II	SARH	CSS	FB	MSPAS	OUI
2061007	KOKAGA	SARH	CSS	FB	MSPAS	OUI
2061008	KORBOL	SARH	CSS	FB	MSPAS	OUI
2061101	SARH	SARH	HOPITAL P	PS	MSPAS	OUI
2061201	SARH	SARH	CESO	FB	MSPAS	OUI
2061051	SARH-CCL	SARH	CSS	FB	BELACD	NON
2061052	SARH-CET	SARH	CSS	FB	MSPAS	NON
2061053	SARH-COTONTCHAD	SARH	CSS	FB	COTONTCH	NON
2061054	SARH-GARNISON	SARH	CSS	FB	MINDEF	NON
2061056	SARH-HYGIENE SCOLAIR	SARH	CSS	FB	MSPAS	NON
2061055	SARH-SMI/BEF	SARH	SERV.SPEC.	FB	MSPAS	NON
2061057	SARH-SONASUT	SARH	CSS	FB	SONASUT	NON
2061058	SARH-STT	SARH	CSS	FB	STT	NON
** Subtotal **						

BEST AVAILABLE COPY

236

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
 PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE	GENRE	AFFILIATION	OUI/NON
** PREFECTURE N'DJAMENA						
1351001	ALSALAMA	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	CONFESSI	OUI
1351009	AMTOUKOUI	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	MSPAS	OUI
1351205	ANTENNE SOC.DIGUEL	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CESO	FB	MSPAS	?
1351050	ASECNA	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	ASECNA	NON
1351002	BOLOLO	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	MSPAS	OUI
1351201	CENTRE SOCIAL N°1	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CESO	FB	MSPAS	?
1351202	CENTRE SOCIAL N°2	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CESO	FB	MSPAS	?
1351203	CENTRE SOCIAL N°3	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CESO	FB	MSPAS	?
1351204	CENTRE SOCIAL N°4	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CESO	FB	MSPAS	?
1351301	CNAR	N'DJAMENA-CENTRE/ES	HANDICAPES	FB	MSPAS	-
1351051	CNPS(M.DAFACK)	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	CNPS	NON
1351003	FAYCAL	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	CONFESSI	OUI
1351004	GAOUI	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	MSPAS	OUI
1351052	GARNISON	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	MHDEF	NON
1351061	GOUJJI	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	CNPS	OUI
1351101	HOPITAL CENTRAL	N'DJAMENA-CENTRE/ES	HOPITAL N	PS	MSPAS	OUI
1351053	HYGIENE SCOLAIRE	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	MSPAS	NON
1351054	JACQUES	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	PRIVE	NON
1351055	MAIRIE	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	MSPAS	NON
1351056	MAISON D'ARRET	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	MSPAS	NON
1351057	MASRA	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	PRIVE	NON
1351005	NGUETTO	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	MSPAS	OUI
1351058	PAPAZIAN	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	PRIVE	NON
1351006	PLACE NORD	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	MSPAS	OUI
1351102	POLYCLINIQUE	N'DJAMENA-CENTRE/ES	HOPITAL D	PS	MSPAS	OUI
1351007	POLYCLINIQUE	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	MSPAS	OUI
1351008	RIDIMA	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	MSPAS	OUI
1351059	ST JULIEN	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	PRIVE	NON
1351060	STEE	N'DJAMENA-CENTRE/ES	CSS	FB	STEE	NON
1361001	ABOUGAWE	N'DJAMENA-NORD	CSS	FB	MSPAS	OUI
1361002	BALTRAM	N'DJAMENA-NORD	CSS	FB	MHDEF	OUI
1361201	CENTRE SOCIAL	N'DJAMENA-NORD	CESO	FB	MSPAS	?
1361050	CNPS-F.ARCHA	N'DJAMENA-NORD	CSS	FB	CNPS	NON
1361003	DANOUNA	N'DJAMENA-NORD	CSS	FB	MSPAS	OUI
1361004	DJINTILO	N'DJAMENA-NORD	CSS	FB	MEU	OUI
1361005	DOUGUIA	N'DJAMENA-NORD	CSS	FB	MSPAS	OUI
1361006	FARCHA	N'DJAMENA-NORD	CSS	FB	MSPAS	OUI
1361051	FIGUIER	N'DJAMENA-NORD	CSS	FB	PRIVE	NON
1361007	KARAL	N'DJAMENA-NORD	CSS	FB	SECADEV	OUI
1361008	MANI	N'DJAMENA-NORD	CSS	FB	MSPAS	OUI
1361009	MILEZI	N'DJAMENA-NORD	CSS	FB	MSPAS	OUI
1361010	NAALA	N'DJAMENA-NORD	CSS	FB	MSPAS	OUI
1361011	N'DJAMENA-NORD	N'DJAMENA-NORD	CSS	FB	MSPAS	OUI
1361012	NGUEITO	N'DJAMENA-NORD	CSS	FB	MSPAS	OUI
1361052	PNUD	N'DJAMENA-NORD	CSS	FB	PNUD	NON
1361053	SOMASUT	N'DJAMENA-NORD	CSS	FB	PRIVE	OUI
1371001	ABENA	N'DJAMENA-SUD	CSS/lproserie	FB	MSPAS	OUI
1371101	ASSIAM VANTOU	N'DJAMENA-SUD	CSS/rfrance	PS	MSPAS	OUI

BEST AVAILABLE COPY

237

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE	GENRE	AFFILIATION OUI/NON	
1371003	BOUGOUMENE	N'DJAMENA-SUD	CSS	FB	MSPAS	OUI
1371201	CENTRE SOCIAL N°3	N'DJAMENA-SUD	CESO	FB	MSPAS	?
1371202	CENTRE SOCIAL N°7	N'DJAMENA-SUD	CESO	FB	MSPAS	?
1371004	CHAGOUA	N'DJAMENA-SUD	CSS	FB	MSPAS	OUI
1371050	COLOMBE	N'DJAMENA-SUD	CSS	FB	PRIVE	NON
1371005	HOLLEH	N'DJAMENA-SUD	CSS	FB	MSPAS	OUI
1371301	KABALAYE	N'DJAMENA-SUD	HANDICAPES	FB	SECADEV	-
1371401	KOUNDOUL	N'DJAMENA-SUD	ORPHELINAT	FB	?	-
1371006	LINIA	N'DJAMENA-SUD	CSS	FB	MSPAS	OUI
1371007	LOGONE GANA	N'DJAMENA-SUD	CSS	FB	MSPAS	OUI
1371008	LOUMIA	N'DJAMENA-SUD	CSS	FB	MINDEF	OUI
1371009	MAILAO	N'DJAMENA-SUD	CSS	FB	MSPAS	OUI
1371010	MANDELIA	N'DJAMENA-SUD	CSS	FB	MSPAS	OUI
1371011	NDA(CHAGOUA)	N'DJAMENA-SUD	CSS	FB	SECADEV	OUI
1371012	WALLIA	N'DJAMENA-SUD	CSS	FB	SECADEV	OUI
** Subtotal **						

BEST AVAILABLE COPY

238

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
 PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE	GENRE	AFFILIATION OUI/NOM	
** PREFECTURE OUADDAI						
2111001	ABDI	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111201	ABECHE	ABECHE	CESO	FB	MSPAS	OUI
2111401	ABECHE	ABECHE	ORPHELINAT	FB	PROTESTA	?
2111101	ABECHE	ABECHE	HOPITAL P	PS	MSPAS	OUI
2111002	ABECHE-A.E.BEDAWI	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111017	ABECHE-DJATINIE	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111004	ABECHE-ISLAMIQUE	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111005	ABECHE-KAHINA	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111006	ABECHE-SALAMAT	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111018	ABKER	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111008	ABKHOUTA	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111007	ABOUGOUDAM	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111009	AM-DAM	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111010	AM-LEOUNA	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111011	BIERE	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111012	CHOKOYANE	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111013	KATAFA	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111014	KOIBO	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111015	MAGRAHE	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111016	MARFA	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2111003	TAIBA	ABECHE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2121101	ADRE	ADRE	HOPITAL D	PS	MSPAS	OUI
2121001	ADRE	ADRE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2121050	ADRE	ADRE	CSS	FB	MINDEF	OUI
2121006	ALLACHA	ADRE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2121007	DJOROKO	ADRE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2121008	GOUNGOUR	ADRE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2121002	HADJER-HADID	ADRE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2121003	KAWA	ADRE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2121004	MABROHE	ADRE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2121005	MOLOU	ADRE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2131002	DAGASSA	GOZ-BEIDA	CSS	FB	MSPAS	?
2131007	DOROTI	GOZ-BEIDA	CSS	FB	MSPAS	OUI
2131101	GOZ-BEIDA	GOZ-BEIDA	HOPITAL D	PS	MSPAS	?
2131001	GOZ-BEIDA	GOZ-BEIDA	CSS	FB	MSPAS	?
2131003	HADRE	GOZ-BEIDA	CSS	FB	MSPAS	?
2131008	KERFI	GOZ-BEIDA	CSS	FB	MSPAS	OUI
2131004	KOUKOU	GOZ-BEIDA	CSS	FB	MSPAS	?
2131005	MODEINA	GOZ-BEIDA	CSS	FB	MSPAS	?
2131006	TIORO	GOZ-BEIDA	CSS	FB	MSPAS	?
** Subtotal **						

BEST AVAILABLE COPY

239

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE	GENRE	AFFILIATION OUI/NON	
** PREFECTURE SALAMAT						
2211060	AM-TIMAN	AM TIMAN	CSS	FB	MSPAS	OUI
2211001	ABOUDEIA	AM-TIMAN	CSS	FB	MSPAS	OUI
2211101	AM-TIMAN	AM-TIMAN	HOPITAL P	PS	MSPAS	OUI
2211201	AM-TIMAN	AM-TIMAN	CESO	FB	MSPAS	OUI
2211050	AM-TIMAN	AM-TIMAN	CSS	FB	MINDEF	OUI
2211002	AM-TIMAN NORD	AM-TIMAN	CSS	FB	MSPAS	OUI
2211004	AM-TIMAN SUD	AM-TIMAN	CSS	FB	MSPAS	OUI
2211005	GOZ DJARAT	AM-TIMAN	CSS	FB	MSPAS	OUI
2211003	HARAZE-MANGUEIGNE	AM-TIMAN	CSS	FB	MSPAS	OUI
** Subtotal **						

BEST AVAILABLE COPY

240

REPARTITION DES CENTRES DE SANTE PAR
 PREFECTURE ET PAR DISTRICT

CODE	LOCALITE	NOM DU DISTRICT	TYPE DE STRUCTURE GENRE		AFFILIATION OUI/NON	
** PREFECTURE TANDJILE						
2311101	BERE	BERE	HOPITAL D	PS	ADVENTIS	OUI
2311201	BERE	BERE	CESO	FB	MSPAS	OUI
2311001	BERE	BERE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2311002	BERE/BEDELE	BERE	CSS	FB	MEU	OUI
2311003	DALE	BERE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2311004	DELBIAN	BERE	CSS	FB	MEU	OUI
2311005	KOLON	BERE	CSS	FB	MSPAS	OUI
2321001	BAKTCHORO	KELO	CSS	FB	BELACD	OUI
2321601	BAYAKA	KELO	LEPROSERIE	FB	BELACD	OUI
2321011	BAYAKA	KELO	CSS	FB	MSPAS	OUI
2321003	BOLOGO	KELO	CSS	FB	MSPAS	OUI
2321004	DOGOU	KELO	CSS	FB	MSPAS	OUI
2321101	KELO	KELO	HOPITAL D	PS	MSPAS	OUI
2321201	KELO	KELO	CESO	FB	MSPAS	OUI
2321005	KELO	KELO	CSS	FB	MSPAS	OUI
2321010	KELO	KELO	CSS	FB	COTONTCH	OUI
2321006	KROUMBLA	KELO	CSS	FB	MEU	OUI
2321002	M'BITIKIM	KELO	CSS	FB	MEU	OUI
2321007	MBALA	KELO	CSS	FB	MEU	OUI
2321008	MONOGOY	KELO	CSS	FB	MSPAS	OUI
2321009	HANGASSOU	KELO	CSS	FB	BELACD	OUI
2331001	BOUMO	LAI	CSS	FB	MSPAS	OUI
2331002	DERESSIA	LAI	CSS	FB	ACT	OUI
2331003	DOMCUGOU	LAI	CSS	FB	MSPAS	OUI
2331004	DONMANGA	LAI	CSS	FB	MSPAS	OUI
2331005	GABRI-NGOLO	LAI	CSS	FB	MSPAS	OUI
2331006	GAMA	LAI	CSS	FB	BELACD	OUI
2331007	GUIDARI	LAI	CSS	FB	BELACD	OUI
2331008	KIMRE	LAI	CSS	FB	MEU	OUI
2331009	KOBLAGUE	LAI	CSS	FB	MEU	OUI
2331101	LAI	LAI	HOPITAL P	PS	MSPAS	OUI
2331201	LAI	LAI	CESO	FB	MSPAS	OUI
2331010	LAI	LAI	CSS	FB	MSPAS	OUI
2331011	LAI	LAI	CSS	FB	OHVSD	OUI
2331012	MEBIGUE	LAI	CSS	FB	MEU	OUI
2331013	MISSERE	LAI	CSS	FB	ACT	OUI
2331014	MOUROUM-TOULOUN	LAI	CSS	FB	MSPAS	OUI
2331016	TCHAGUINE NGOLO	LAI	CSS	FB	MEU	OUI
2331015	TCHAKANDJILI	LAI	CSS	FB	ACT	OUI
2331017	TER	LAI	CSS	FB	MEU	OUI
** Subtotal **						

BEST AVAILABLE COPY

241

ANNEXE E

**ARRETE REGISSANT
LA RECONNAISSANCE ET LA CREATION DES
FORMATIONS SOCIO-SANITAIRES**

REPUBLICQUE DU TCHAD

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
 ET DES AFFAIRES SOCIALES

SECRETARIAT D'ETAT *du*

 DIRECTION GENERALE *M*

 DIRECTION DE LA PLANIFICATION
 ET DE LA FORMATION *X*

ARRETE N° *005* MSPAS/SE/DG/DPF/93

INSTITUANT UNE REGLEMENTATION
 RELATIVE A LA CREATION ET LA
 RECONNAISSANCE DES CENTRES
 SOCIO-SANITAIRES AU TCHAD

LE MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
 ET DES AFFAIRES SOCIALES

- VU LA CHARTE NATIONALE DE LA REPUBLIQUE;
- VU LE DECRET N°001/PR/91 DU 1ER MARS 1991, PORTANT PUBLICATION DE LA CHARTE NATIONALE;
- VU LE DECRET N°002/PR/91 DU 4 MARS 1991, PORTANT NOMINATION DU PREMIER MINISTRE;
- VU LE DECRET N°1259/PR/91 PORTANT REMANIEMENT MINISTERIEL;
- VU LE DECRET N°060/PR/91 DU 15 MAI 1991, PORTANT ORGANISATION DU GOUVERNEMENT;
- VU LE DECRET N°061/PR/91 DE MAI 1991, PORTANT ATTRIBUTION DU PREMIER MINISTRE;
- VU LE DECRET N°062/PR/91 DU 15 MAI 1991, PORTANT DELEGATION DE POUVOIRS AU PREMIER MINISTRE ET AUX MINISTRES;
- VU LE DECRET N°519/PR/MSPAS/SE/DG/91 DU 24 AOUT 1991, PORTANT ORGANISATION DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE;
- VU L'URGENCE DE LA SITUATION ET LES NECESSITES DE SERVICE.

ARRÊTÉ

Article 1 Il est institué une réglementation relative à la création et à la reconnaissance des Infrastructures Socio-Sanitaires au Tchad.

Article 2 La réglementation a pour but de rationaliser la répartition des structures socio-sanitaires dans le pays, en vue d'assurer la couverture la meilleure possible et de la façon la plus efficace.

Article 3 Toute demande de création ou de reconnaissance d'une Structure Socio-Sanitaire initiée par la communauté locale ou un organisme de Coopération multilatérale, bilatérale ou une ONG doit respecter le plan de couverture et la planification socio-sanitaire élaborée par la délégation préfectorale.

Alinéa 1 Toute demande de création ou de reconnaissance d'une Structure Socio-Sanitaire introduite par une ONG, ou un Organisme de Coopération bilatérale ou multilatérale doit être initiée en collaboration avec le Délégué préfectoral en association avec les autorités locales et les populations concernées.

Article 4 La demande doit comporter les informations suivantes:

- Le mode de gestion de la Structure Socio-Sanitaire;
- Son affiliation;
- La description de la zone de responsabilité; (population, village, étendue...);
- Les raisons qui motivent la demande.

Article 5 Toute demande établie par la communauté locale ou par une ONG locale, doit recueillir chronologiquement les avis suivants :

Alinéa 1 Niveau périphérique.

- a) Avis du Chef de Canton
- b) Avis du Chef de P.A, le cas échéant
- c) Avis du Sous-Préfet
- d) Avis du Médecin-Chef de District qui donne son accord si le projet respecte le plan de couverture et s'intègre au plan de développement de son district socio-sanitaire; il est alors transmis au Délégué de la Préfecture Socio-Sanitaire. Dans le cas contraire, où le projet n'est pas conforme au plan de développement du district, il est rejeté.

Alinéa 2 Niveau intermédiaire.

Le Délégué de la préfecture Socio-Sanitaire reçoit la demande et l'envoie au Préfet avec son appréciation technique pour avis avant de la transmettre au niveau Central.

Alinéa 3 Niveau central.

- a) Le Ministre reçoit la demande et la transmet avec instructions au Directeur Général.
- b) Le Directeur Général la transmet à la Direction de la Planification et de la Formation (Division de la Planification) pour étude et proposition conséquente.
- c) Une fiche à l'attention du Ministre est alors établie par la Direction de la Planification et de la Formation (Division Planification) justifiant l'opportunité ou l'inadéquation du projet par rapport à la politique nationale de Santé pour décision.
- d) Si la demande est acceptée, le Ministre saisit la Direction des Etablissements Socio-Sanitaires (Division de la législation) pour préparer le projet d'arrêté portant création ou reconnaissance du Centre Socio-Sanitaire.

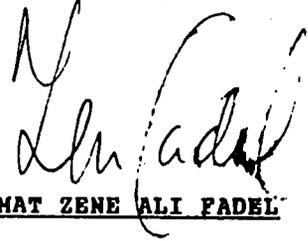
ARTICLE 6 Toute demande dans le cadre d'un projet de Coopération bilatérale et multilatérale qui est soumise au niveau central sera envoyée pour étude au D.P.S.S, qui contactera le niveau périphérique comme décrit à l'alinéa 1 de l'article 5.

Article 7 Le Directeur Général, le Directeur des Etablissements Socio-Sanitaires, le Directeur de la Planification et de la Formation, les délégués Socio-Sanitaires préfectoraux sont tenus de veiller à la bonne application du présent arrêté par leurs services respectifs.

Article 8 Le présent arrêté qui prend effet pour compter de la date de sa signature sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera.

N'Djaména, le

Le Ministre de Santé Publique
et des Affaires Sociales



ALI MAHAMAT ZENE ALI FADEL

AMPLIATIONS

- Présidence de la République 2
- Préfecture 2
- Préfets 14
- Délégués de Préfectures
- Socio-Sanitaires 14
- Médecins-Chefs de districts 46
- MSPAS 2
- Secrétariat d'Etat 2
- Direction Générale 1
- Direction Générale Adjointe 1
- Chrono Division Planif 2

ANNEXE F

**LISTE DES PARTICIPANTS
A L'ELABORATION DE L'ANNUAIRE DE
STATISTIQUES 1993**

Cet annuaire de statistiques sanitaires a été réalisé par l'équipe de la Division du Système d'Information Sanitaire (DSIS) et par celle de la Division de la Planification; ces deux divisions font partie de la Direction de la Planification et de la Formation du Ministère de la Santé Publique.

Elles sont composées de:

- Mr Nabia Kana, chef de division DSIS
- Dr Bernard François, conseiller Technique
- Mr Mayangar David, chef de division planification
- Mr Djingarti Mouana, technicien supérieur en épidémiologie
- Mr Katymia Ezéchiél, inspecteur sanitaire
- Mr Neldjibaye Tingata, informaticien
- Mr Asndaye Namoudjingar, informaticien
- Mr Tedang Robert, informaticien
- Mr Brahim Gombo, division planification
- Me Dingamyo née Nodjikouambaye, secrétaire administrative
- Me Marie Namgongar, secrétaire
- Me Haoua Djouerie, secrétaire
- Me Dounia née Tormal Horio, secrétaire

Nous remercions Mr Félix Lee, du projet FEWS-USAID, qui nous a aidé à sortir les trois derniers tableaux en D-Base IV pour la réalisation des tomes B préfectoraux.

Pour la première fois, l'ensemble des cartes a été produit par l'équipe des informaticiens de la DSIS.

Nous remercions chaleureusement les trois lecteurs de la première épreuve de cet annuaire 1993, à savoir:

- Dr Emile Jeannée, chef de projet Institut Tropical Suisse
- Dr Pascale Fristch, UNICEF
- Dr Marc Lejars, chef de projet 7e-FED Santé/AEDES

pour les remarques et critiques qu'ils nous ont prodigué.