REPUBLIQUE DU TCHAD

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

RAPPORT TECHNIQUE DE L'ATELIER NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD

(24 Janvier - 5 Février 1994)

Celule Technique de Suivi
Table Ronde Sectorielle "Santé/Affaires Sociales"
PNUD/OMS/CHD/93/007

N'Djaména, Mars 1994

TR-ABU-711

REPUBLIQUE DU TCHAD

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

RAPPORT TECHNIQUE DE L'ATELIER NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD

(24 Janvier - 5 Février 1994)

Celule Technique de Suivi
Table Ronde Sectorielle "Santé/Affaires Sociales"
PNUD/OMS/CHD/93/007

N'Djaména, Mars 1994

2

TABLE DES MATIERES

		PAGES
INTRODUCTION		3
PROBLEMATIQUE DU DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE		7
OBJECTIFS DE L'ATELIER NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD		9
METHODOLOGIE ET PROGRAMME DE L'ATELIER		11
RESUME DES EXPOSES PRESENTES		13
RESULTATS DES TRAVAUX DES GROUPES		33
GROUPE I :	PLANS DE DOTATION ET DE REDEPLOIEMENT DU PERSONNEL	35
GROUPE II:	CANEVAS D'ADMINISTRATION ET DE GESTION DU PERSONNEL	53
GROUPE III :	LA FORMATION INITIALE DES CADRES MOYENS ET INTERMEDIAIRES DE LA SANTE	73
GROUPE IV :	LA FORMATION INITIALE DES CADRES SUPERIEURS DE LA SANTE	97
GROUPE V :	LA FORMATION CONTINUE DU PERSONNEL DE SANTE	117
PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ATELIER		157
RECOMMANDATIONS GENERALES		163
ANNEXES		167

INTRODUCTION

PLAN DU RAPPORT

INTRODUCTION

HISTORIQUE DE LA CONSULTATION SECTORIELLE SANTE/AFFAIRES SOCIALES ET LE ROLE DE LA CELLULE TECHNIQUE DE SUIVI

PROBLEMATIQUE DU DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD

OBJECTIFS DE L'ATELIER NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD

METHODOLOGIE ET PROGRAMME DE L'ATELIER

RESUME DES EXPOSES PRESENTES

RESULTATS DES TRAVAUX DE GROUPE :

GROUPE I: PLANS DE DOTATION ET DE REDEPLOIEMENT DU PERSONNEL

Liste des participants
Résultats attendus
Résultats présentés
Synthèse des discussions en plénière

GROUPE II: CANEVAS D'ADMINISTRATION ET DE GESTION DU PERSONNEL

Liste des participants
Résultats attendus
Résultats présentés
Synthèse des discussions en plénière

GROUPE III: LA FORMATION INITIALE DES CADRES MOYENS ET INTERMEDIAIRES DE LA SANTE

Liste des participants
Résultats attendus
Résultats présentés
Synthèse des discussions en plénière

GROUPE IV: LA FORMATION INITIALE DES CADRES SUPERIEURS DE LA SANTE

Liste des participants
Résultats attendus
Résultats présentés
Synthèse des discussions en plénière

GROUPE V: LA FORMATION CONTINUE DU PERSONNEL DE SANTE

Liste des participants
Résultats attendus
Résultats présentés
Synthèse des discussions en plénière

PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ATELIER

RECOMMANDATIONS GENERALES

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Effectif du personnel en activité au MSP au Tchad.

Annexe 2 : Personnel de santé pour 100.000 habitants par préfecture.

Annexe 3 : Personnel en instance d'intégration au MSP.

Annexe 4 : Etudiants en formation à la FACSS.

Annexe 5 : Etudiants en formation initiale à l'étranger.

Annexe 6 : PMA et PCA du district sanitaire.

Annexe 7 : Allocution d'ouverture du Représentant de l'OMS au Tchad.

Annexe 8 : Allocution d'ouverture du Ministre de la Santé Publique.

Annexe 9 : Discours de clôture du Représentant de l'OMS.

Annexe 10 : Discours de clôture du Ministre de la Santé Publique.

Annexe 11 : Liste des abréviations.

Annexe 12 : Programme de l'atelier.

Annexe 13 : Liste des participants.

Annexe 14 : Documents de référence utilisés par thème et par groupe.

HISTORIQUE DE LA CONSULTATION SECTORIELLE SANTE/AFFAIRES SOCIALES ET LE ROLE DE LA CELLULE TECHNIQUE DE SUIVI

1) Le processus des Consultations Sectorielles (CS*) a été choisi par le Gouvernement du Tchad comme mécanisme de mobilisation et de coordination de l'aide extérieure. A l'issue de la CS* dans le domaine de la Santé et des Affaires Sociales (Janvier 1993), il a été décidé de mettre en place une Cellule Technique de Suivi (CTS) pour aider à la préparation de la programmation opérationnelle du secteur Santé/Affaires Sociales.

2) La mise en place de la CTS ainsi que son rôle sont définis dans un Projet d'Assistance Préparatoire à la Programmation Opérationnelle du Secteur Santé/Affaires Sociales, financé par le Programme des Nations-Unies pour le Développement (PNUD) et dont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est l'agence d'exécution.

Le but du projet est la réalisation de dossiers techniques sur huit sujets prioritaires dans le domaine de la santé publique et des affaires sociales ainsi que l'élaboration du programme-cadre d'appui du PNUD au secteur. Les données complémentaires ainsi collectées doivent aider les différents bailleurs de fonds à mieux programmer leurs interventions auprès du Ministère de la Santé Publique (MSP) et du Ministère de la Condition Féminine et des Affaires Sociales (MCFAS). L'aide à la décision ainsi fournie doit permettre aux différentes agences multilatérales, bilatérales, et non gouvernementales d'intervenir d'une manière plus efficace et plus efficiente en répondant à deux critères :

1) la mise en place de programmes respectant les orientations de politique sanitaire et sociale énoncées par le Ministère du Plan et de la Coopération (tome I du rapport de la TRS, p.47-71) ;

2) la coordination spatiale et temporelle entre agences.

Parmi ces études, le redéploiement du personnel de santé et des Affaires Sociales constitue une priorité. Il en est de même de la formation initiale et continue du personnel de santé et des Affaires Sociales.

Pour ces études, la CTS devrait être aidée par deux (2) consultants internationaux, spécialistes en gestion des ressources humaines et des services de santé.

Vu sous l'angle de la gestion globale des ressources humaines, le redéploiement du personnel doit se situer dans le cadre du concept de Développement Coordonné des Ressources Humaines pour la Santé (DCRHS). Ainsi, on ne peut parler d'un plan de redéploiement sans parler d'un plan de dotation en personnel des infrastructures socio-sanitaires; ce qui a conduit la CTS à proposer de traiter de façon simultanée les thèmes du plan de redéploiement et celui de formation initiale et continue au cours d'un même atelier intitulé Atelier National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé.
Le Ministère de la Santé Publique (dont relève la CTS), en collaboration avec l'OMS, a convenu d'organiser cet Atelier pour aider à l'élaboration des plans de redéploiement et de formation initiale et continue du personnel socio-sanitaire.

PROBLEMATIQUE DU DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD

PROBLEMATIQUE DU DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD

Selon l'inventaire de la Division du système d'Information Sanitaire (DSIS) de 1992 et les informations fournies par la Division des Ressources Humaines (DRH), le MSP emploie actuellement (1993) 3346 agents de santé de toutes catégories (Voir annexe 1).

En ce qui concerne les problèmes liés à ces personnels, nous distinguons la problématique liée au redéploiement du personnel de santé et la problématique liée à la formation initiale et continue du personnel.

PROBLEMATIQUE DU REDEPLOIEMENT DU PERSONNEL

Les principaux problèmes identifiés dans le domaine des ressources humaines pour la santé sont:

-une concentration excessive du personnel administratif et technique dans la capitale au détriment des niveaux intermédiaires (la préfecture socio-sanitaire) et périphériques (le district). Environ 1700 (soit 36%) parmi les 4800 agents (toutes catégories et affiliations confondues) sont dans la capitale, alors que 10% seulement de la population y vit.

-une répartition très inégale par préfecture. (Voir annexe 2).

-une prédominance du personnel dans quelques hôpitaux.

-une absence de normes réalistes de besoins en personnel au niveau des différentes infrastructures socio-sanitaires.

-une absence de planification, production, administration, et gestion des personnels.

PROBLEMATIQUE DE LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE DU PERSONNEL AU TCHAD

Les principaux problèmes identifiés dans le domaine de la formation du personnel sont:

-une très faible qualification du personnel concernant les aspects curatifs, préventifs, et promotionnels essentiels au développement du district socio-sanitaire.

-une absence de définition précise des différentes catégories de personnel socio-sanitaire nécessaire.

-une absence de définition précise des tâches et des fonctions des différentes catégories de personnel.

-une absence de planification de la formation initiale et continue du personnel.

-une absence de coordination des formations continues.

OBJECTIFS DE L'ATELIER NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD

OBJECTIFS DE L'ATELIER NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD

Les objectifs principaux du Projet d'appui à la Programmation Opérationnelle du Secteur Santé/Affaires Sociales dans le domaine des ressources humaines sont les suivants:

1. Elaborer un plan à moyen terme (1994-2000) de dotation en personnels de Santé et un plan de redéploiement de personnels.

2. Elaborer un plan à moyen terme (1994-2000) de formation initiale des personnels de Santé.

3. Elaborer un plan à moyen terme (1994-2000) de formation continue des personnels de Santé.

4. Elaborer un canevas d'administration et de gestion des personnels de Santé.

Pour atteindre ces objectifs principaux, la CTS a choisi comme stratégie la tenue d'un atelier national basé sur la participation du plus grand nombre de hauts responsables du Ministère et des partenaires au développement.

Les objectifs spécifiques de l'atelier sont :

1. Obtenir un consensus le plus large possible sur les grandes orientations dans le domaine de la planification, la production, l'administration, et la gestion du personnel de santé.

2. Obtenir les données suffisantes pour permettre l'atteinte des objectifs principaux ci-dessus mentionnés.

Ainsi, les plans de redéploiement et de formation seront élaborés sur la base des résultats de l'Atelier avec l'aide d'experts internationaux.

11

METHODOLOGIE ET PROGRAMME DE L'ATELIER

METHODOLOGIE ET PROGRAMME DE L'ATELIER

La méthodologie de travail de l'Atelier a consisté en :

- des exposé-débats (cf. programme en annexe 12) sur :

  . le système sanitaire national et le plan de couverture;

  . le développement coordonné des ressources humaines pour la santé avec les trois composantes essentielles : planification, production, gestion;

  . la planification sanitaire du personnel;

  . le plan de dotation en personnel et le plan de redéploiement, à partir des études déjà menées dans le pays;

  . l'administration et la gestion du personnel de santé avec la problématique des personnels;

  . le secteur social et sa problématique;

  . la formation initiale à l'ENASS et à la FACSS;

  . la formation continue.

- des travaux de groupe selon les thèmes suivants :

  . Plans de dotation et de redéploiement du personnel (**Groupe I**);

  . Canevas d'Administration et de gestion du personnel (**Groupe II**);

  . Formation Initiale des cadres moyens et intermédiaires de la santé (**Groupe III**);

  . Formation Initiale des cadres supérieurs de la santé (**Groupe IV**);

  . Formation Continue du personnel de la santé (**Groupe V**).

- des discussions en séances plénières :

  . Les discussions en séances plénières se sont penchées sur les résultats des travaux de groupe, ainsi que sur les recommandations formulées par ceux-ci.

RESUME DES EXPOSES PRESENTES

RESUME DES EXPOSES PRESENTES

Plusieurs exposés ont été présentés en séances plénières les trois premiers jours de l'Atelier (cf. programme en annexe 12); La plupart par les hauts responsables du Ministère de la Santé Publique et de l'OMS.

1) Le premier exposé a été donné par le Directeur Général du Ministère de la Santé Publique, le Dr HASSAN MAHAMAT HASSAN sur le thème : "LE SYSTÈME SANITAIRE NATIONAL ET LE PLAN DE COUVERTURE SANITAIRE NATIONAL".

* L'intervenant, après avoir présenté le pays de façon sommaire a relevé quelques indicateurs démographiques et socio-économiques :

- Taux brut de natalité :	42,3 pour 1000
- Taux brut de mortalité :	19,1 pour 1000
- Espérance de vie à la naissance :	47 ans
- PNB par habitant :	200$ US en 1990

* La situation sanitaire reste très précaire. Les principaux indicateurs sanitaires sont :

- Taux de mortalité infantile :	129 pour 1000
- Taux de mortalité maternelle :	800 à 1.000 pour 100.000 naissances vivantes.

Les causes principales de mortalité et de morbidité sont la malnutrition, les maladies infectieuses et parasitaires, les complications liées à la grossesse.

* La politique sanitaire définie par le Tchad, basée sur les soins de santé primaires selon la Déclaration d'Alma-Ata, met l'accent sur le développement des districts sanitaires pour assurer essentiellement a la population l'accès à des services de base de qualité.

Ainsi, la fourniture des soins de qualité tant curatifs, préventifs que promotionnels par un Paquet Minimum d'Activites (PMA) au 1er échelon et un Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) au 2ème échelon, permettront de résoudre les principaux problèmes de santé des communautés tchadiennes.

Le PMA et le PCA ont été définis à l'occasion du séminaire préparatoire de la Consultation Sectorielle Santé/Affaires Sociales de janvier 1993 (Annexe 6).

* L'organisation du système de santé est basée sur le "scénario du développement sanitaire en trois (3) phases" de l'OMS; cette structure à trois niveaux est appelée la pyramide sanitaire comportant :

- un niveau central :
  . le Ministère et son cabinet
  . les directions centrales
  . les Institutions nationales
  . les programmes sanitaires nationaux

- un niveau intermédiaire (la préfecture) avec :
  . la délégation préfectorale
  . l'hôpital central de préfecture.

- un niveau périphérique (le district) avec :
  . la direction de district
  . l'hôpital de district
  . les centres de santé

Le district est composé de plusieurs zones de responsabilité.

* Après avoir défini les rôles et les fonctions de chaque niveau du système, l'orateur a décrit le plan de couverture sanitaire du pays. Ce plan est basé sur le "scénario de développement sanitaire en trois (3) phases" précédemment décrit.

Ainsi au niveau central, il y a l'Hôpital Central appelé maintenant hôpital général de référence nationale.

Les quatorze (14) préfectures administratives ont chacune :

- une délégation préfectorale sanitaire
- un hôpital central de préfecture

Les quatorze (14) délégations préfectorales sont découpées en 46 districts sanitaires (DS) selon des critères définis par le Ministère.

Chacun des districts sanitaires comprend :
- une direction de district
- un hôpital de district

Chaque DS est à son tour découpé en zone de responsabilité (ZR) au nombre de 633 prévues pour l'ensemble du pays. Chaque zone de responsabilité est dotée d'un centre de santé.

Le Directeur Général a relevé qu'il y a à l'heure actuelle :
- 24 DS fonctionnels sur 46, soit 52,17%.
- 329 zones de responsabilité fonctionnelles, soit 52,05%.

* Quant aux ressources humaines pour le secteur, après avoir relevé quelques chiffres en personnel de santé, l'orateur a dégagé la problématique du personnel à savoir :

- une très faible qualification du personnel pour réaliser le PMA et le PCA des DS,

- une absence de définition précise des différentes catégories de personnel sanitaire,

- une absence de définition précise des tâches et des fonctions des différentes catégories de personnel,

- une absence de planification de la formation et une absence de coordination des formations continues.

* Le Directeur Général du Ministère a conclu son exposé en soulignant le peu de ressources financières nationales par rapport à l'aide extérieure dont l'Etat est tributaire, avant de citer quelques programmes sanitaires principaux et les principaux intervenants (organismes multilatéraux, bilatéraux et ONG) dans le secteur Santé/Affaires Sociales.

2) Le deuxième exposé fait par le Représentant de l'OMS au Tchad, le Docteur Cyprien HAKIZIMANA portait sur le thème : "LE DÉVELOPPEMENT COORDONNÉ DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ (DCRHS)",

Ce terme a été préféré à celui de "développement intégré des systèmes et des personnels de santé" parce qu'il englobe toutes les catégories d'agents de santé des trois niveaux : supérieur ou central, intermédiaire et périphérique.

Le concept de Développement Coordonné des Ressources Humaines pour la Santé englobe à la fois les politiques d'éducation, de formation, de planification et de gestion. Ces fonctions essentielles devraient être coordonnées le plus étroitement possible dans le cadre du système de santé. Une telle coordination est le seul moyen de garantir que les personnels seront capables de s'acquitter des tâches qui leur seront assignées.

Le DCRHS implique donc que le système de santé du pays assure toutes les activités de nature à promouvoir la santé et une meilleure qualité de vie, notamment la promotion de la santé, la prévention et le traitement des maladies et des incapacités.

L'orateur a relevé les nombreux problèmes (au nombre de 12) que le groupe d'étude de l'OMS a recensés au niveau des trois composantes du processus national de DCRHS en ce qui concerne l'adaptation de celui-ci aux stratégies nationales de la santé pour tous. Les 12 domaines principaux où les problèmes pourraient se poser sont les suivants :

- la prise de décision à différents niveaux,
- le soutien politique et financier,
- la définition du problème,
- la capacité de planification,
- le système de données (informations),
- la participation,
- les coûts,
- la gestion des ressources humaines,

- la technologie,
- le développement parallèle des systèmes de santé et des ressources humaines,
- le leadership,
- la recherche sur le développement des ressources humaines.

Tous ces obstacles à la mise en oeuvre du DCRHS doivent être identifiés et des solutions rationnelles doivent être trouvées à chaque niveau.

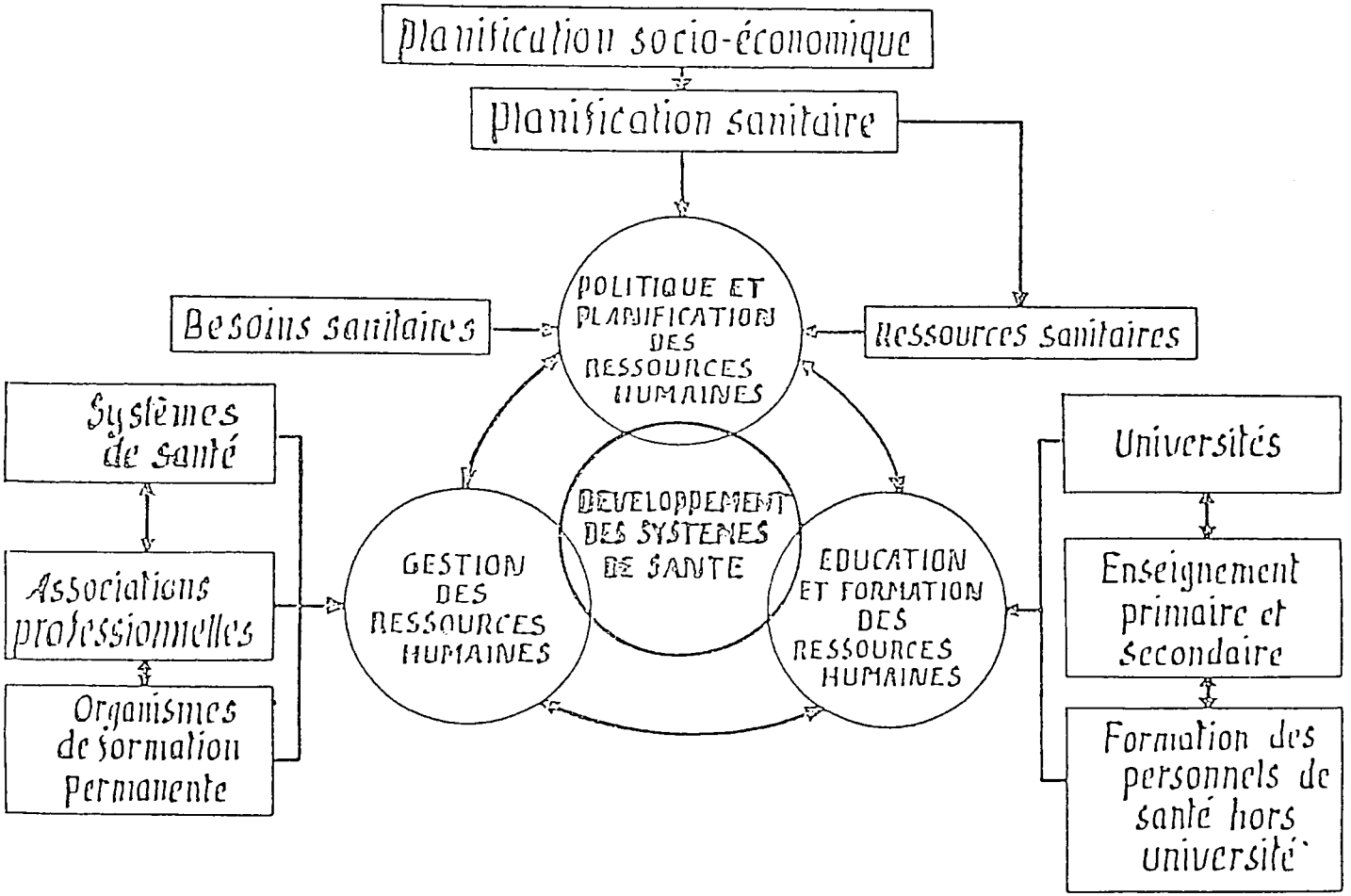
Les éléments essentiels à la réussite du DCRHS ont été relevés :

- un consensus sur les principaux problèmes à traiter et sur leurs causes;
- une volonté politique de mettre en oeuvre le changement;
- une participation active de toutes les personnes concernées;
- un leadership stable et persuasif;
- une coordination des efforts;
- un personnel qualifié et bien géré;
- des ressources suffisantes pour mettre en oeuvre le changement.

Enfin, l'efficacité du système de santé dépendra principalement du degré de synchronisation de développement des ressources humaines et des systèmes de santé et de leur coordination qui doit être la plus étroite possible.

Le schéma suivant (p. 17) montre l'articulation du développement des systèmes de santé et des ressources humaines, laquelle articulation est indispensable pour le succès du DCRHS.

ARTICULATION DU DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES DE SANTE ET DES RESSOURCES HUMAINES



REPRESENTATION SCHEMATIQUE DE CINQ METHODES D'ESTIMATION DE BESOINS FUTURS DE PERSONNEL.

POPULATION A DESSERVIR

METHODES	AVANTAGES	INCONVENIENTS
Besoins de santé = Opinions d'Experts	- Attractif - réalloue les ressources pour satisfaire les objectifs d'équité et d'impact	- Futurologie assez peu faible - Planification extrêmement détaillée - Ignore réalités économiques
Ratio-staff/population = normes internationales zone privilégiée	- Facile à utiliser pour une première analyse grossière - Facile à interpréter	- Difficile à utiliser si services inadéquats - Pas outil de changement - Pas une analyse de l'adéquation des services aux problèmes sanitaires - Choix arbitraire = conséquences graves
Objectifs de service ou de prestations - Experts, priorités, besoins sanitaires, possibilités techniques, administratives et financières	- Orienté vers l'amélioration concrète des services de la productivité, de la composition de l'équipe, de la répartition des tâches - Facile à utiliser - Facile à interpréter	- Erreurs de formulation des objectifs = conséquences graves - verticalisation si objectifs trop restreints
Demande sanitaire (extrapolation) ="Demande économique"	- Répartition sur différentes catégories de personnes - Réaliste au point de vue économique - Estime la croissance démographique de la demande	- données sophistiquées = coûteux !! - ignore les déséquilibres dans la distribution des soins - ignore changements politiques et sociaux
Utilisation des Services	- Utilisation effective des services	- Performance de la prestation - Services rationalisés - Bonne accessibilité - Equité - Bonne couverture

3) Le troisième exposé de la première journée a été fait par le Dr GRANGA DAOUYA, Coordonnateur National de la CTS sur le thème "LA PLANIFICATION DU PERSONNEL DE SANTE".

- La planification du personnel est un élément de la planification sanitaire et elle constitue la base pour la programmation générale et la planification détaillée.

- Elle est le fruit d'un travail d'équipe.

- Pour bien planifier le personnel de santé, il faut disposer au préalable des données solides et fiables relatives à la situation prévalente.

- L'estimation des besoins futurs en personnel nécessite plusieurs méthodes dont les principales sont :
(Voir le tableau page 18).

. méthode basée sur les besoins de santé,
. méthode basée sur les rapports effectifs/population,
. méthode basée sur les objectifs de service,
. méthode basée sur l'extrapolation de la demande économique,
. méthode basée sur l'utilisation des services.

Il est à souligner qu'il n'existe pas d'approche méthodologique de planification du personnel de santé qui soit la meilleure pour toutes les structures nationales. Chaque approche a ses avantages et ses inconvénients et il convient d'adapter celles qui existent, au besoin combiner plusieurs selon les circonstances du pays (disponibilité des données, orientation politique, ressources financières et humaines etc...).

- La méthode actuelle utilisée par la Division du système d'information sanitaire (DSIS) basée sur la charge de travail et le nombre des consultations totales devra donc être pondérée car basée sur l'utilisation non optimum des services (PMA et PCA).

- La planification du personnel doit porter à la fois sur les aspects qualitatifs et quantitatifs.

- Lors de la planification du personnel de santé, il faudra surtout tenir compte :

. des rôles et fonctions des différentes catégories du personnel,

. de la composition des équipes de santé,

. des relations entre les différents niveaux de système de santé.

4) Le quatrième exposé a été présenté par le Dr Bruno BOUCHET, Conseiller Technique Principal de la CTS sur la "SYNTHÈSE DES ÉTUDES SUR LE PLAN DE DOTATION EN PERSONNEL ET SUR LE REDÉPLOIEMENT DU PERSONNEL SOCIO-SANITAIRE".

- Cinq (5) études ont été réalisées dans le pays dans le cadre de l'estimation des besoins en personnel de santé des différentes structures afin d'en déterminer les normes :

Etude n°1. Une commission de redéploiement du personnel a été créée en Janvier 93, appuyée par une sous-commission technique créée en Juillet 93. Celle-ci a élaboré des normes en personnel pour les différents niveaux de structures, selon une approche basée sur la charge de travail :

* centres de santé
  - jusqu'à 1.000 consultations totales (CT) par mois : 3 personnes
    1 IDE ou 1 SFDE
    1 auxiliaire
    1 manoeuvre

  - entre 1.000 et 2.000 CT par mois : 5 personnes
    1 IDE ou 1 SFDE
    1 IB ou AT
    2 auxiliaires
    1 manoeuvre

  - au-delà de 2.000 CT par mois et par tranche de 1.000 consultations supplémentaires :
    1 infirmier et 1 auxiliaire supplémentaires.

* hôpitaux de district/préfecture : 23 personnes
  2 médecins
  7 infirmiers (labo, anesthésie, chirurgie, sage-femme, consultations de référence, pharmacie, hospitalisation, garde)
  7 auxiliaires
  3 manoeuvres
  1 gardien
  1 gestionnaire
  1 assistant d'administration
  1 secrétaire

Concernant les infirmiers, et seulement eux, le nombre de 7 correspond à 30 lits occupés à 100%. Par conséquent, ce nombre augmente de 7 tous les 30 lits supplémentaires occupés à 100%.

* grands hôpitaux (Abéché, Moundou, Sarh, N'Djaména) : une approche empirique au cas par cas est suggérée. Cette étude n'est pas terminée.

Selon l'étude de cette sous-commission technique, les besoins seraient de 610 infirmiers pour 900 actuellement existants soit un surplus de 290 infirmiers. Cela tient compte uniquement des structures existantes et non pas du plan de couverture théorique.

Etude n°2. Le document de politique sanitaire de la table ronde (Janvier 93) a estimé les besoins, "selon une approche normative basée sur les tâches et activités", à 6.000 personnes toutes catégories confondues. La mauvaise répartition géographique est à nouveau constatée et le niveau central est pléthorique de 410 personnes alors que les préfectures et district manquent de 418 personnes. Les zones de responsabilité disposeraient de 198 IB en trop et auraient besoin de 520 IDE supplémentaires. Le plan d'effectif d'un hôpital de district est estimé à 22 personnes, et celui d'un centre de santé à 4. Aucune explication n'est donnée sur le mode de calcul des normes.

Etude n°3. Une troisième source d'information est le rapport de la mission d'une consultation sur la couverture hospitalière de la ville de N'Djaména qui retient les normes de 25 personnes pour l'hôpital de district, et 50 personnes pour l'hôpital préfectoral. Cette étude a été réalisée en Février 93.

Etude n°4. Les médecins délégués des préfectures sanitaires, réunis en atelier par le projet AEDES/6° FED en Juin 1990, ont estimé le temps nécessaire à l'infirmier pour réaliser le PMA dans une zone de responsabilité de 10.000 habitants entre 103 à 167 heures par semaine. Compte-tenu du temps de travail d'un infirmier estimé à 35h/semaine, cela revient à doter chaque zone de responsabilité de 3 à 5 personnels infirmiers. Il faut remarquer que la prise en charge des lépreux, les activités communautaires, et l'éducation sanitaire n'ont pas été incluses dans ce calcul.

Etude n°5. Une étude réalisée par CHEMA et CSET en Avril 92 sur la budgétisation de la couverture sanitaire retenait les normes suivantes : 3 ou 4 personnes pour le centre de santé, 14 pour un hôpital de district, 50 pour l'hôpital préfectoral, et 6 pour la direction préfectorale.

NORMES EN PERSONNEL SELON DIFFERENTES ETUDES.

	ETUDE 1	ETUDE 2	ETUDE 3	ETUDE 4	ETUDE 5
Hôpital national		120			
Direction préfectorale		19			6
Hôpital central de préfecture		50	50		50
Direction de district		7			
Hôpital de district	23 personnes 7 infirmiers de plus pour chaque 30 lits occupés à 100%	22	25		14 à 18
Centre de santé	3 minimim 2 de plus pour chaque 1000 CT de plus	4, y compris l'agent social		3 à 5	3 ou 4

Ces cinq études préconisent des normes différentes selon les différents niveaux de système de santé sauf pour l'hôpital central de préfecture où les chiffres sont les mêmes, c'est-à-dire 50 personnes.

Ceci est certainement lié à la méthode employée pour estimer le nombre en personnel et à la façon dont on définit les catégories du personnel socio-sanitaire.

Fn effet, la classification du personnel socio-sanitaire varie selon les sources d'information comme le montre le tableau suivant.

NOMBRE DE PERSONNEL DE SANTE

PERSONNEL	SELON DRH	SELON DSIS	DIFFERENCE ABSOLUE
Médecins	105	146	41
Pharmaciens	11	25	14
Dentistes		4	
IDE	211	182	29
SFDE	143	89	54
Techniciens d'Assainissement	225	177	48
IB	346	*	
AT de santé	382	*	
AT principaux	37	*	
Ingénieurs sanitaires	6		
Infirmiers titulaires	113		
Assistants et Techniciens Supérieurs	70		
Laborantins	25		
Nutritionnistes	15		
Kinésithérapeutes et Orthopédistes	6		
Contractuels nationaux	238		
Administrateurs	81	**	
Commis des SAF	38	**	
Agents main d'oeuvre	1.287	676	611
Chauffeurs		74	
Personnel non qualifié		200	
Personnel sans formation		799	
Cadres supérieurs/Autres		167	
TOTAL	**3.339**	**3.252**	**87**

Les contractuels nationaux sont constitués principalement de personnel d'entretien.
* la DSIS regroupe les IB, AT, et EM en 564 personnels.
** la DSIS regroupe le personnel administratif en 149 personnels.

En conclusion, l'intervenant a proposé 3 pistes de réflexion pour les travaux de groupes sur le sujet à savoir :

. identifier les catégories de personnel nécessaire pour le système de santé.

. définir le nombre de personnel nécessaires aux différents niveaux du système de santé.

. proposer des mesures d'accompagnement incitatives afin de rendre attractifs les postes dans les districts.

5) Le cinquième exposé présenté par le Dr DJEKOUNDADE, Directeur de l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux a porté sur "LA FORMATION INITIALE A L'ENASS".

* Créée au lendemain de l'indépendance en 1964, l'Ecole Nationale de Santé Publique et du Service Social (ENSPSS), devenue depuis le 11 décembre 1993 Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS) est la seule institution nationale de formation initiale du personnel paramédical du pays. Celle-ci a formé depuis 1987 jusqu'à 1992 environ 1012 diplômés, toutes catégories confondues (IDE, SFDE, IB, Assistant sociaux, etc...).

* L'ENASS, institution nationale, doit disposer avec les nouveaux textes adoptés (loi portant réforme de l'ENASS et Décret portant statut de l'ENASS) d'une autonomie financière, d'un Conseil d'Administration et d'un Conseil Technique Pédagogique, tandis que l'organisation pédagogique avec les filières existantes (Santé et Sociales) montre au niveau des programmes des insuffisances notoires :

- pas d'évaluation ni de révision profonde des programmes par manque de définition des tâches professionnelles et des profils des agents de tous niveaux;

- inadéquation des programmes par rapport aux besoins de santé des populations;

- absence quasi totale de programmes au niveau des filières sociales (aides ou adjointes et assistantes sociales)

* Bien que l'Ecole dispose d'un minimum de ressources humaines et matérielles, les moyens logistiques et financiers font défaut par manque d'adoption de programmes conséquents tenant compte de la nouvelle politique socio-sanitaire axée sur le développement des districts.

* L'ENASS est installée dans ses nouveaux locaux depuis janvier 1993 mais les concours d'entrée sont suspendus depuis 1991. La reprise des activités pédagogiques à l'ENASS ne pourra se faire qu'après l'élaboration des plans de redéploiement (qui aidera à déterminer les besoins en formation et effectifs à former) et de formation (pour l'aspect qualitatif de la formation).

* Quant aux perspectives d'avenir de l'ENASS, l'année 1994 sera mise à profit pour sa réorganisation sur la base des nouveaux textes adoptés en décembre 1993 :

- Réorganisation de l'Administration avec les différents textes d'application.

- Définition des filières prioritaires à maintenir ou à créer.

- Etablissement d'un plan de formation à l'ENASS.

- Etablissement d'un plan de formation des formateurs.

- Identification des enseignants permanents à maintenir et/ou à affecter à l'ENASS selon les filières retenues.

- Détermination des programmes prioritaires à élaborer etc...

6) L'exposé du Dr PATALE, représentant le Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé (FACSS) a porté sur "LA FORMATION DES MEDECINS A LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE"

* Rattachée au Ministère de l'Education Nationale mais gardant des liens organisationnels horizontaux avec le Ministère de la Santé Publique, la FACSS a été créée depuis 1990 par Décret Présidentiel et se trouve dans sa quatrième année.

* La situation actuelle est la suivante :

- Sur le plan des effectifs des étudiants : Première promotion de 50 étudiants recrutés en 1990.

  . 36 étudiants en 2è année
  . 6 étudiants en 3è année
  . 34 étudiants en 4è année

- Sur le plan des enseignants :

  . 4 professeurs de rang magistral
  . 9 enseignants permanents ayant un rang de maître-assistant
  . 19 enseignants visiteurs de l'Université du Tchad
  . 11 vacataires

- Le programme de formation a été défini au cours d'un atelier tenu à N'Djaména du 16 au 19 septembre 1991. Les grandes lignes du programme de formation dispensée actuellement mettent l'accent sur :

une formation médicale en fonction du profil du Médecin généraliste, profil souhaité par le Ministère utilisateur, c'est-à-dire Ministère de la Santé Publique; il s'agit de former des médecins de type "Médecin-chef de district" exerçant au Tchad, incluant une forte orientation en santé publique,

orientation communautaire de la formation avec des fonctions de gestionnaire/administrateur de district, fonction de formateur/éducateur et fonction de chercheur.

Il est à noter que les premières promotions sortiraient en 1996/1997. Dans l'immédiat, cette Faculté de Médecine ne pourra pas répondre aux besoins. Depuis la création de la FACSS, il a été organisé deux concours de recrutement.

* L'orateur a souligné néanmoins les problèmes réels de la FACSS qui sont d'ordre structurel, technique et financier; en effet, la FACSS rencontre de graves difficultés dans son fonctionnement, pour des contraintes tant financières qu'en personnels enseignants, compromettant à brève échéance son existence.

* L'intervenant a fait trois recommandations pertinentes :

- la révision du programme de formation en faveur de l'orientation communautaire,
- la résolution des problèmes d'ordre institutionnel,
- l'organisation d'un symposium national sur la FACSS pour élaborer un nouveau plan de développement et aplanir les divergences.

Il est a noter toutefois que l'Atelier n'avait pas les compétences nécessaires pour se prononcer sur la FACSS, mais néanmoins pourrait formuler des recommandations ou faire des propositions d'alternatives au Ministère de tutelle.

Ayant constaté qu'environ 2/3 des médecins ou Techniciens Supérieurs Tchadiens formés à l'extérieur ne sont pas rentrés jusqu'à ce jour, des efforts devraient être faits pour inciter ceux-ci à rentrer au pays, de même les problèmes techniques et financiers doivent retenir l'attention des plus hautes autorités du pays pour que la FACSS soit viable à terme.

7) Les exposés présentés par Monsieur ADJID OUMAR, Directeur de la Planification et de la Formation ont porté sur trois thèmes à savoir :

- "LA FORMATION INITIALE A L'ETRANGER";
- "LA SYNTHESE DES INFORMATIONS SUR L'ADMINISTRATION ET LA GESTION DU PERSONNEL DE SANTE";
- "LA PROBLEMATIQUE DU DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES".

* Concernant la formation initiale à l'étranger, selon la Direction de l'Enseignement Supérieur et des Bourses du Ministère de l'Education Nationale, il y aurait 118 étudiants en Médecine générale, 11 spécialistes, 6 en Pharmacie et 19 Techniciens Supérieurs dans divers pays, la plupart africains (cf. Annexe 5).

Ainsi un potentiel important de médecins formés pourraient rentrer au pays chaque année. Cependant, l'on constate que très peu de ceux-ci rentrent effectivement au Tchad à l'issue de leurs études.

* Quant à la synthèse des informations sur l'administration et la gestion du personnel de santé, l'orateur a relevé qu'il existe actuellement 3.520 agents dont 79 expatriés au Ministère de la Santé Publique. Il y a également 145 agents en instance d'intégration dont 48 effectivement en activité mais non intégrés (cf. Annexe 3).

- Mr ADJID OUMAR, après avoir cité les deux catégories de textes régissant les fonctionnaires et agents contractuels, et les agents de la main d'oeuvre, a dégagé les mécanismes de gestion du personnel de santé à savoir :

- la titularisation et les avancements
- les affectations
- le mise en disponibilité et le détachement
- le régime disciplinaire
- la retraite.

- Le problème du gel d'intégration du personnel de santé et des affaires sociales a été posé. En effet, certains risquent d'atteindre la limite d'âge pour entrer à la Fonction Publique fixée à 35 ans.

Il serait donc nécessaire de prendre en considération la date à laquelle les agents formés seront rentrés au pays ou ont fini leurs études pour résoudre le problème.

* Le troisième thème exposé par l'intervenant est relatif à la problématique du développement des ressources humaines. S'agissant de la formation initiale et continue des personnels de santé, celle-ci souffre de deux problèmes principaux :

. absence d'une politique de formation,
. manque de coordination.

En effet, il a été constaté que le manque d'une politique de formation a entraîné l'absence de plan de formation. Ceci constitue un handicap majeur non seulement pour les disponibilités futures et pour la demande sanitaire, mais aussi pour une gestion saine et efficace des personnels.

De façon particulière, le manque de plan de formation est accompagné d'une absence totale de coordination de toutes les activités de formation.

- Il a été relevé par ailleurs que la coordination des formations de courte durée et des stages est assurée par le Ministère du Plan et de la Coopération, mais aucun ministère n'a envoyé à cette commission un plan de formation et les demandes arrivent d'une manière désordonnée. Par contre, l'attribution des bourses d'études de longue durée par le Ministère de l'Education Nationale échappe au contrôle du Ministère de la Santé Publique, car ce dernier n'est même pas associé à la Commission Nationale des Bourses.

- L'analyse des besoins en formation des personnels sanitaires à tous les niveaux fait ressortir un grand écart entre le personnel soignant et la population, comparée aux normes de l'OMS. Ainsi, il y a au Tchad actuellement 1 Médecin pour 38.700 habitants (1 pour 10.000 à N'Djaména, proche de 1 pour 100.000 habitants pour les préfectures) alors que l'OMS prévoit 1 médecin pour 10.000 habitants.

De même, il y a au Tchad 1 IDE pour 43.000 habitants au Tchad alors l'OMS prévoit 1 pour 5000 habitants. Toutefois ces normes OMS sont à adapter selon les besoins des pays.

- Ainsi, après avoir souligné les différents problèmes rencontrés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et au niveau de toutes les catégories des personnels de santé, l'orateur a proposé de renforcer le secteur des ressources humaines par :

. une coordination accrue au niveau central et au niveau du terrain,

. une formation/recyclage pour l'amélioration des prestations,

. une formation privilégiée des infirmiers et des médecins avec orientation vers les soins de santé primaires.

Plus concrètement, il a été proposé la création d'une Cellule d'Appui Pédagogique au Ministère de la Santé Publique, rattachée à la Division de la Formation, avec des tâches bien précises, s'occupant aussi bien de la formation initiale que de la formation continue.

Cette Cellule Pédagogique assurerait la coordination nationale de la formation, de même qu'une coordination déconcentrée auprès des Délégués préfectoraux de santé.

8) Le thème : "PERSONNEL SOCIAL : PROBLEMATIQUE DU SECTEUR" a été présenté par Monsieur BLAGUE ADOUM Laurent, Chef du Bureau d'Etudes et de Planification au Ministère de la Condition Féminine et des Affaires Sociales (MCFAS).

* Les grandes orientations politiques du MCFAS ont été présentées :

- pourvoir aux besoins fondamentaux des groupes défavorisés,

- organiser et encourager les initiatives communautaires,

répondre aux besoins des femmes, les intégrant dans le processus de développement, les conseillant et les informant sur les problèmes sociaux et le travail communautaire.

* L'on se rappelera qu'il existe à l'heure actuelle

- sur le plan institutionnel :
  . une Direction générale
  . deux directions techniques : Direction des Affaires Sociales (DAS) et Direction de la Promotion Féminine (DPF).

La DAS est constituée des services suivants à vocation plutôt urbaine (centres sociaux):

- Service de la Promotion et de la Protection Familiale,
- Service de l'Assistance Sociale Spécialisée,
- Service de l'Education Préscolaire

La DPF, à vocation surtout rurale, a deux services :

- Service de la Promotion et de la Coordination des activités féminines,
- Service du Développement communautaire de l'Action Coopérative.

- Sur le plan des ressources humaines pour le secteur :

  . 588 agents de toutes catégories confondues dont 438 personnels techniques

  . disproportion entre le nombre d'agents (effectif pléthorique) et les structures existantes surtout à N'Djaména.

  . absence d'une politique de formation et de promotion des cadres supérieurs.

  . personnel féminin peu qualifié

* Les problèmes soulevés au niveau structurel se résument ainsi :

- centralisation excessive et absence de coordination entre les directions techniques,

- absence d'une définition très nette des rôles,

- absence d'objectifs définis à atteindre par le MCFAS,

- manque de coordination entre les différents ministères dans le secteur social, entraînant l'inefficacité du MCFAS dans certaines activités.

L'intervenant a terminé ses propos en sollicitant l'apport des séminaires pour enrichir ses réflexions car le Ministère est en pleine restructuration actuellement.

En effet, des débats qui s'en sont suivis, l'on retiendra que :

. il reste à définir ou à confirmer le profil exact d'un agent social formé à l'ENASS.

. le personnel à 80% féminin se trouve en pléthore à N'Djaména.

. les fréquentes séparations et fusions entre le Ministère de la Santé Publique et celui de la Condition Féminine et des Affaires Sociales ont porté préjudice au développement de ce dernier.

. le suivi des enfants abandonnés pose toujours problème par manque de structures d'accueil appropriées.

. enfin le niveau de collaboration technique entre les agents des deux Ministères n'est pas encore clairement défini (niveau périphérique ou préfectoral de santé ?).

9) Enfin le dernier exposé théorique présenté à l'assistance fut "LA FORMATION CONTINUE : PRESENTATION SOMMAIRE" faite par le Coordonnateur National de la CTS, le Dr GRANGA DAOUYA.

Ce dernier a relevé tout d'abord l'importance particulière de la Formation Continue (FC), surtout en période de changements accélérés, comme ceux que connaissent aujourd'hui, les pays qui s'efforcent de réorienter leurs systèmes de santé vers les soins de santé primaires, condition essentielle pour parvenir à la Santé pour tous, avant de dégager quelques problématiques dans ce volet de la formation. En effet, il est reconnu malheureusement que la FC est jusqu'à présent organisée par les différents projets ou programmes intervenant dans le pays et qu'aucune instance n'est réellement chargée de la coordination. En outre, il n'existe pas actuellement non plus un système national de Formation Continue dans le secteur.

L'orateur, a décrit les conditions à satisfaire pour permettre la mise en place d'un bon système de FC avec les différents éléments qui interagissent les uns sur les autres avant de souligner la nécessité du système. Celui-ci requiert plusieurs approches possibles d'efficacité différente.

L'approche suggérée au cours de l'Atelier consiste à élaborer un "Système" de Formation Continue. Un système est la représentation schématique d'une réalité complexe comportant plusieurs éléments : les activités pédagogiques, les structures organiques qui ont pour but d'appuyer et de gérer ces activités, et surtout les liens qui existent entre ces activités, leur gestion et les organismes extérieurs participant à la prestation des soins. Le système doit donc reposer sur un programme coordonné d'envergure nationale dans lequel techniques et ressources sont utilisées au mieux.

Ensuite l'intervenant a situé le rôle de l'Atelier dans l'élaboration du système de FC, à savoir :

- l'identification de la situation actuelle de la FC au Tchad et la problématique relative à ce secteur,

- l'exploration de diverses approches pour trouver les solutions aux problèmes identifiés et/ou des voies d'amélioration de la situation actuelle,

Viendront après d'autres étapes qui sont :

. la planification de la FC comprenant les plans opérationnels thématisés et localisés,

. le plan d'évaluation de l'ensemble du système de FC,

. le plan d'action pour mener à bien la mise en place d'un système de FC.

Le présentateur, pour terminer, a cité quelques exemples d'orientation et de problématique liés à la FC au Tchad (ex. la situation de la formation des médecins de districts) avant de passer en revue les différentes fiches des projets des organismes et programmes nationaux.

RESULTATS
DES TRAVAUX DE GROUPE

GROUPE I

PLANS DE DOTATION ET DE REDEPLOIEMENT DU PERSONNEL

GROUPE I : PLANS DE DOTATION ET DE REDEPLOIEMENT DU PERSONNEL

LISTE DES PARTICIPANTS

NOM ET PRENOM	FONCTION
1. Mr ABAKAR SOU	- Coordonnateur du PRSSP/BAD
2. Mr ABDELKERIM Nedjim	- Chef DAHM/DACS
3. Mr ADOUM DJIBRINE	- Coordonnateur PSP/BM
4. Dr ADRINKAYE ALLOA Dounia	- Directeur Santé Militaire
5. Dr BAROUM Jacques	- Coordonnateur médical/CNPS
6. Dr BANDUSHA Jean	- CTP/SSP
7. Dr BRAHIM HAMIT	- MCD Oum-Hadjer
8. Dr DJIMADOUM Nadjinangar	- DPS/Chari-Baguirmi
9. Dr FRITSCH Pascale	- Chargée Programme Santé/UNICEF
10. Dr FRANCOIS Bernard	- CTP/DSIS
11. Dr LANDREAU Dominique	- Chef Projet Santé/FAC
12. Dr MAHAMAT SALÉ Younous	- DPS/BET
13. Mme MBOUNA Anne-Marie	- SFDE/Bousso
14. Mr MAYANGAR David	- Chef Division Planif./MSP
15. Mr NGARMADJIGAYE Ngaradjé	- DES/MSP
16. Dr RODRIGUEZ Isabel	- Coordonnatrice médicale/SECADEV

RESULTATS ATTENDUS

- Tableau sur la structure actuelle du personnel.
- Tableau de couverture sanitaire et normes en personnel par poste.
- Tableau des différentes catégories de personnel de santé dont le pays a besoin pour la période 1994-2000.
- Tableau indiquant le nombre d'agents nécessaires par catégorie de personnel et par poste.
- Tableau indiquant les critères principaux d'une répartition optimale du personnel de santé.
- Tableau indiquant les contraintes et les difficultés, pour le redéploiement.
- Tableau d'affectation du personnel.
- Tableau du personnel à redéployer.
- Plan de redéploiement et stratégies (mesures d'accompagnement).
- Tableau indiquant les ressources nécessaires pour le plan de dotation et le plan de redéploiement du personnel.
- Tableau indiquant les principales recommandations pour l'implantation des plans de dotation et de redéploiement.

RESULTATS PRESENTES

1 - Liste des catégories de personnel nécessaires et leur répartition dans les différents niveaux du système de santé (**Tableau I.A**).

2 - Normes stratégiques et opérationnelles en personnel pour les niveaux suivants du système de santé :

. Niveau Périphérique :

- Centre de santé (**Tableau I.B**)
- Direction de district (**Tableau I.C**)
- Hôpital de district (**Tableau I.D**)

. Niveau Intermédiaire:

- Délégation préfectorale (**Tableau I.E**)
- Hôpital central de préfecture (**Tableau I.F**)

. Niveau Central :

- Hôpital Général de référence nationale (**Tableau I.G**)

3. Liste des contraintes au redéploiement du personnel (p.47).

4. Propositions de mesures d'accompagnement sociales, économiques, et politiques ou redéploiement (p.48).

TABLEAU I.A :CATEGORIES DE PERSONNEL NECESSAIRES AU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE

NIVEAU DU SYSTEME	PERIPHERIQUE		INTERMEDIAIRE	CENTRAL
CATEGORIE DE PERSONNEL	PREMIER ECHELON	DEUXIEME ECHELON		
Médecin Généraliste		X	X	X
Médecin Gynéco-Obstétricien			X	X
Médecin interniste			X	X
Pédiatre			X	X
Médecin Anesthésiste-Réanimateur			X	X
Médecin Ophtalmologiste			X	X
Médecin O.R.L.			X	X
Médecin de Santé Publique			X	
Autres Médecins Spécialistes				X
Chirurgien Généraliste			X	X
Chirurgien Spécialisé				X
Chirurgien-Dentiste			X	X
Technicien Dentiste		X		
Pharmacien			X	X
Préparateur en Pharmacie		X		
T.S. en Anesthésie		X	X	X
T.S. en Kinésithérapie				X
T.S. de Laboratoire			X	X
T.S. de Maintenance			X	X

TABLEAU I.A (Suite).

NIVEAU DU SYSTEME	PERIPHERIQUE		INTERMEDIAIRE	CENTRAL
CATEGORIE DE PERSONNEL	PREMIER ECHELON	DEUXIEME ECHELON		
T.S. en Ophtalmologie			X	X
T.S. en Pharmacie				X
T.S. en Psychiatrie				X
T.S. de Radiologie			X	X
T.S. en Santé Publique			X	
T.S. en Soins Infirmiers		X	X	X
T.S. en Stomatologie				X
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)	X	X	X	X
Infirmier Breveté (IB)	X	X	X	X
Sage-Femme Diplômée d'Etat (SFDE)	X	X	X	X
Technicien de Laboratoire		X		
Adjoint-Technicien de Laboratoire	X			
Technicien de Radiologie		X		X
Kinésithérapeute			X	X
Prothésiste			X	X
Ingénieur Sanitaire			X	
T.S. d'Assainissement			X	
Technicien d'Assainissement		X		X
Assistant d'Assainissement	X			

TABLEAU I.A (Suite).

NIVEAU DU SYSTEME / CATEGORIE DE PERSONNEL	PERIPHERIQUE		INTERMEDIAIRE	CENTRAL
	PREMIER ECHELON	DEUXIEME ECHELON		
Gestionnaire		X	X	X
Planificateur/Statisticien			X	
Informaticien				X
Comptable				X
Agent Administratif				X
Secrétaire		X	X	X
Ouvrier Spécialisé			X	X
Cuisinier			X	X
Manoeuvre/Gardien/Planton	X	X	X	X
Chauffeur		X	X	X
Assistant Social		X	X	X
Adjoint Social	X			

TABLEAU I.B : NORMES EN PERSONNEL DU CENTRE DE SANTE

CATEGORIES	NORMES STRATEGIQUES	NORMES OPERATIONNELLES	
	CS*	CS Rural	CS urbain
IDE	1	1	1
IB	1	1	1
SFDE	1	0	1**
Assistant.d'assain.	1	0	0
Adjoint-techn. Labo	1	0	0
Adjoint social	1	1	1
Gérant pharmacie***	1	1	1
Caissier***	1	1	1
Gardien***	1	1	1
Manoeuvre	2	1	1
TOTAL	**11**	**7**	**8**

* CS = Centre de Santé.
** = tenir compte de la population selon 1 ratio de 1 SFDE/10000 habitants pour chaque Chef-lieu de district.
*** = Personnel pris en charge par le Comité de Santé.

TABLEAU I.C : NORMES EN PERSONNEL DE LA DIRECTION DE DISTRICT

CATEGORIES	NORMES STRATÉGIQUES	NORMES OPÉRATIONNELLES
Médecin Chef	1	1
Superviseur formateur *	1	0
Techn. d'assainissement	3	3
Gestionnaire	1	1
Secrétaire	1	1
Chauffeur	1	1
Manoeuvre	1	1
Gardien	1	0
TOTAL	**10**	**8**

* : il s'agit d'un technicien supérieur en soins infirmiers.

TABLEAU I.D : NORMES EN PERSONNEL DE L'HOPITAL DE DISTRICT

CATEGORIES	NORMES STRATÉGIQUES	NORMES OPÉRATIONNELLES
Médecin chef	1	1
Médecin traitant	1	1
Technicien dentiste	1	1
Préparateur en pharmacie	1	1
Techn. sup. en anesthésie	1	1
Techn. de laboratoire	2	1
Techn. de radiologie	1	1
IDE	4	4
IB	6	6
SFDE	2	2
Gestionnaire *	1	0
Assistant social	1	0
Secrétaire *	1	0
Chauffeur *	1	0
Manoeuvre	3	3
Gardien	1	1
TOTAL	**28**	**23**

* = même personnel que celui de la direction de district.

Ces normes correspondent à 50 lits occupés à 100% ou 70 lits occupés à 70%.

TABLEAU I.E : NORMES EN PERSONNEL DE LA DELEGATION PREFECTORALE

CATEGORIES	NORMES STRATEGIQUES	NORMES OPERATIONNELLES
DPS	1	1
Gestionnaire	1	1
Planificateur	1	1
Techn. Sup. Assain.	1	1
Techn. Sup.en Santé Publique	1	1
Ingénieur Sanitaire	1	1
Superviseur/Formateur*	2	1
Secrétaire	2	1
Chauffeur	2	1
Planton	1	1
Manoeuvre	2	1
Gardien	1	1
TOTAL	**16**	**12**

* = Technicien supérieur en soins infirmiers.
DPS = Délégué de Préfecture Sanitaire.

TABLEAU I.F: NORMES EN PERSONNEL DE HOPITAL CENT. DE PREFECTURE

CATEGORIES	NORMES STRATEGIQUES	NORMES OPERATIONNELLES
Médecin Généraliste	3	2
Chirurgien	1	1
Interniste	1	1
Pédiatre	1	1
Gynécologue/Obstétricien	1	0
Ophtalmologue	1	0
ORL	1	0
Anesthésiste Réanimateur	1	1
Chirurgien-dentiste	1	1
Pharmacien	1	1
Kinésithérapeute	1	1
Prothésiste	1	1
Technicien Sup. d'Assain.	1	1
IDE*	20	7
IB*	20	10
SFDE	6	3
Technicien Sup. en Anesthésie	2	1
Technicien Sup. Ophtal.	2	1
Technicien Sup. Labo.	2	2
Technicien Sup. Radio	2	2
Technicien Sup.en maintenance	1	1
Gestionnaire	1	1
Secrétaire	2	2
Ouvrier Spécialisé	6	4
Planton	2	2
Chauffeur	2	2
Gardien	2	2
Manoeuvre/Cuisinier	10	8
Assistante sociale	2	2
TOTAL	**97**	**61**

* : pour 100 lits

TABLEAU I.G : NORMES EN PERSONNEL DE L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE NATIONALE. NB : à titre indicatif.

STRATEGIES	NORMES STRATEGIQUES	NORMES OPERATIONNELLES
1. MEDECINS SPECIALISTES :		
* Interniste	10	6
* Gastro-entérologue	2	1
* Cardiologue	2	1
* Pneumologue	2	1
* Néphrologue	1	1
* Hématologue	1	0
* Chirurgien :		
- Généraliste	6	4
- Traumatologiste	4	2
- Urologue	4	2
- Thoracique	2	1
- Plasticien	2	1
- Vasculaire	1	0
* Pédiatre	5	3
* Néo-natologiste	4	2
* Dermatologue	2	1
* Neuro-psychiatre	[illegible]	2
* Anesthésiste-réanimateur	6	4
* Gynéco-obstétricien	8	6
* ORL	2	1
* Ophtalmologiste	3	2
* Odonto-satomato	2	1
* Rééducation fonctionnelle	2	1
* Médecin légiste	2	1
* Radiologue	3	2
* Biologiste	3	2
* Hygiéniste	2	1

TABLEAU I.G : (suite)

CATEGORIES	NORMES STRATEGIQUES	NORMES OPERATIONNELLES
2. PHARMACIENS	3	2
3. MEDECINS GENERALISTES	3*	12
4. MEDECINS NUTRITIONISTES	2	2
5. ANATOMO-PATHOLOGISTES	2	1
6. CHIRURGIENS DENTISTES	3	2
7. TECHNICIENS SUPERIEURS		
- Psychiatrie	4	2
- Anesthésie	18	12
- Ophtalmologie	12	6
- Radiologie	6	4
- Laboratoire	12	10
- Stomatologie	10	10
- Soins infirmiers	20	15
- Kinésithérapie	8	3
- Pharmacie	3	3
8. IDE **	120	60
9. IB **	120	42
10.SFDE ***	25	32
11.TECHNICIENS D'ASSAINISSEMENT	10	6
12.AGENTS SOCIAUX	8	5
13.MANIPULATEURS RADIO	5	3

* : Remplacement progressif des généralistes par des spécialistes.
** : 10 IDE/100 lits, étant donné sa fonction d'encadrement, 7 IB/100 lits, l'hôpital général a besoin de plus d'IDE que d'IB.
*** : SFDE progressivement réparties dans les hôpitaux de district.

TABLEAU I.G (suite)

CATEGORIES	NORMES STRATEGIQUES	NORMES OPERATIONNELLES
14. SERVICE ADMINISTRATIF ET ENTRETIEN		
- Planificateur	1	1
- Gestionnaire administrat.	1	1
- Médecin direction techn.	2	1
- Comptable	1	1
- Agent administratif	6	4
- Secrétaire	3	2
- Informaticien/Statisticien	2	1
- Equipe de maintenance	12	10
- Planton	3	2
- Chauffeur	6	4
- Manoeuvres/Cuisiniers	80	60
- Gardien/Sécurité	15	10
- Surveillant général	2	2
TOTAL	**613**	**380**

CONTRAINTES ET DIFFICULTES LIEES AU REDEPLOIEMENT DU PERSONNEL

- Absence de plan de carrière favorisant les fonctionnaires affectés en périphérie
- Mobilité limitée pour les fonctionnaires mariés.
- Problèmes de scolarisation des enfants en province.
- Problèmes de logement du personnel.
- Environnement parfois hostile pour des raisons ethniques.
- Insécurité.
- Conditions de travail mauvaises (insuffisance de moyens).
- Etat de santé déficient sans possibilité de recours à proximité.
- Irrégularité de perception des salaires.
- Perte des liens avec sa communauté.
- Non respect des procédures d'affectation.
- Népotisme de certaines autorités locales.
- Eloignement et isolement géographique.

PROPOSITIONS DE MESURES D'ACCOMPAGNEMENT AU REDEPLOIEMENT

1. Mesures sociales immédiates

- Affecter en fonction des possibilités de scolarisation des enfants.
- Créer un comité interministériel pour l'affectation des couples, sous tutelle du Ministère de la Fonction Publique et du travail.
- Fournir un logement ou des indemnités de logement au personnel affecté en périphérie.
- Mettre en application les arrêtés existants sur les plans de carrière.
- Favoriser la promotion professionnelle des personnels affectés en province (avancement plus rapide).

2. Mesures économiques

- Payer les salaires régulièrement.
- Offrir des primes d'incitation pour les postes en province.
- Donner des indemnités de transport.
- Donner des indemnités de responsabilité.

3. Mesures politiques

- Décentraliser la politique de redéploiement aux délégations préfectorales.
- Respecter les procédures d'affectation.
- Former les infirmiers au niveau des régions.

SYNTHESE DES DISCUSSIONS EN PLENIERE

1.1 La nécessité de différencier deux (2) types de normes a fait l'objet d'un large consensus. Ainsi, les normes stratégiques représentent la situation théoriquement idéale et constituent un but ultime à long terme sans échéance précise. Alors que les normes opérationnelles, plus modestes, tiennent compte des réalités du cadrage macro-économique et de la capacité de production du personnel planifié d'ici l'horizon 2000.

1.2 Seul le personnel nécessaire au niveau des structures de santé a été considéré. C'est pourquoi, compte tenu des activités à réaliser selon les niveaux (PMA et PCA), du personnel d'assainissement et du personnel social a été considéré. La planification du personnel social exerçant des activités dans des structures différentes ou non directement liées à la santé n'était pas dans les attributions de cet atelier.

1.3 La définition des normes s'est concentrée sur les niveaux périphériques et intermédiaires afin de favoriser le redéploiement en province pour appuyer la politique de développement des districts.
Au niveau central, seul l'hôpital général a été considéré et les normes données ne sont qu'indicatives. Il a été admis que la définition de normes au niveau des Directions Centrales et des Institutions Nationales est de l'attribution du Ministère de la Santé Publique.

1.4 Les normes proposées sont des normes moyennes, modulables en fonction de l'activité ou de la capacité d'accueil des structures concernées. Ainsi, malgré de larges variations dans le nombre de lits et le taux moyen d'occupation entre hôpitaux centraux de préfecture, il a été décidé de ne pas distinguer de petits et de grands hôpitaux à vocation régionale. En effet, la notion d'hôpital régional n'existe pas dans l'organisation du système de santé.

1.5 Il a été constaté une absence d'informations récentes et fiables sur le personnel existant actuellement, ce qui rend aléatoire l'élaboration d'un plan de redéploiement. Néanmoins, les données collectées auprès des DPS permettront d'avoir une idée des déséquilibres entre les délégations de préfectures sanitaires. Il est donc attendu du plan de redéploiement d'avantage un cadre conceptuel utile aux DPS et au MSP qu'une évaluation précise des mouvements de personnel nécessaires.

1.6 L'assemblée a remarqué que le pool de personnel a redéployer se trouve à N'Djaména, mais néanmoins les données sur la catégorisation de ce personnel montre que le personnel non formé, ou sans qualification, ou manoeuvre est prédominant. En tout état de cause, il s'agit de personnel dont le redéploiement aura peu d'effets sur la qualité des prestations de soins et les indicateurs de santé de la population.

1.7 Les normes définies lors de cet atelier sont remarquablement proches du plan d'effectif proposé lors de la table ronde, ce qui renforce la pertinence du travail accompli.

1.8 Le groupe I a retenu, pour la définition des normes, une méthode qui combine plusieurs approches :

- l'approche normative qui considère le ratio effectif/population;
- le calcul de la charge de travail, effectuée précédemment par la sous-commission technique au redéploiement;
- le calcul des postes de travail, en partant des activités à réaliser à chaque niveau du système de santé.

Cette approche combinée est celle conseillée par les experts.

1.9 Il a été constaté que plus le niveau du système de santé se rapproche du niveau central, et moins les activités sont clairement définies. Ainsi, si le PMA et le PCA définissent les activités dévolues au district, il n'en n'est pas de même du niveau préfectoral où la seule indication est que l'hôpital est chargé d'y offrir des prestations plus spécialisées. Ceci rend plus difficile la définition des normes en personnel.

1.10 Le groupe a proposé de supprimer les catégories d'infirmiers qui ne sont pas des IDE et de former une nouvelle catégorie appelée "auxiliaire". Il s'agissait de personnel recruté au niveau BEPC + 2 ans. L'assemblée n'a pas trouvé de consensus sur ce terme et la dénomination "IB" a été maintenue. Par contre, l'assemblée a retenue l'idée d'augmenter le niveau d'entrée à l'ENASS à celui de Terminale.

1.11 L'unanimité des participants a reconnu la nécessité de développer un plan de redéploiement qui ne soit pas une redistribution quantitative ponctuelle, mais qui s'intègre dans une politique d'amélioration de la qualité des soins à long terme.
La stratégie à développer est de rendre plus attractifs, pour les catégories qualifiées, les postes en périphérie. D'où l'importance des mesures d'accompagnement.

1.12 Il a été noté une confusion fréquente entre les termes de la Fonction Publique qui se réfèrent à un statut, et les catégories de personnel qui se réfèrent à une formation/qualification. Ainsi, le terme "Agent Technique de Santé" a été contesté car il complique la classification du personnel sans aider à définir la formation nécessaire. L'assemblée a reconnu la nécessité d'une simplification de la catégorisation du personnel basée sur la suppression des catégories peu qualifiées. Ainsi, l'idéal pour les infirmiers serait d'avoir des IDE uniquement , ceci dans un souci de relever les standards de qualité. Néanmoins, compte tenu de l'impossibilité de recycler tous les IB en IDE, et des nécessités de couvrir le territoire en infirmiers, cette catégorie IB est maintenue à moyen terme.

GROUPE II

CANEVAS D'ADMINISTRATION ET DE GESTION DU PERSONNEL

GROUPE II : CANEVAS D'ADMINISTRATION ET DE GESTION DU PERSONNEL

LISTE DES PARTICIPANTS

NOMS ET PRENOM	FONCTION
1. Dr ALLADOUMADJI Bolngar	- DPS/Kanem
2. Mr ANOUE Dingaoubeye	- Directeur des Etudes
3. Mr CABOT Charles	- Gestionnaire Projet Santé/FAC
4. Mr DJEDOSSOUM N.	- Chef DRH/MSP
5. Mr DJOUAWE Laurent	- Chef bureau Ressources
6. Dr LEJARS Marc	- Chef de Projet 7ème FED
7. Dr MADJITOLOUM	- MCH/Moundou
8. Dr MAHAMAT Pierre	- DPS/Mayo-Kebbi
9. Dr MANGDAH B.	- DGA/MSP
10. Mme MARIAM MAHAMAT Nour	- BASE
11. Mr NABIA Kana	- Chef DSIS
12. Mr TEBARA Wodaï	- IDE/Moïssala
13. Mr WELBA Raïwe	- Chef DILA

RESULTATS ATTENDUS

- Tableau récapitulatif des procédures, lois et règlements devant régir l'administration des personnels de Santé.

- Tableau synthétique des mécanismes de gestion efficace des personnels (recrutement, affectation, suivi, évaluation, régime salarial, plan de carrière, conditions de travail, sécurité sociale, hygiène et sécurité du travail, régime disciplinaire ...).

- Tableau récapitulatif des facteurs d'optimisation du rendement de l'équipe de santé au Tchad.

- Tableau des ressources nécessaires et des sources de financement.

- Tableau des stratégies d'amélioration de l'administration et de la gestion du personnel de santé et recommandations utiles.

RESULTATS PRESENTES

1. Liste des textes officiels régissant l'administration et la gestion des personnels de santé **(Tableau II.A)**

2. Classification des problèmes d'administration et de gestion du personnel de santé, ainsi que leurs causes et les solutions proposées :

   - problèmes communs aux niveaux central et périphérique **(Tableau II.B)**

   - problèmes spécifiques au niveau central **(Tableau II.C)**

   - problèmes spécifiques au niveau périphérique **(Tableau II.D)**

3. Stratégies d'implantation des solutions proposées : Ministères et services concernés **(Tableau II.E)**.

4. Estimation du coût de mise en oeuvre des solutions proposées **(Tableau II.F)**.

TABLEAU II.A : PROCEDURES ET TEXTES APPLICABLES AUX PERSONNELS DE SANTE

ACTES				PROCEDURES							
N°	NATURE	FORME	CATEGORIE AGENTS CONCERNES	MSP (Constitution)	MFPT (Elaboration projet &visa)	MFI (visa)	SGG (Visa)	MFPT (Signature)	SGG (N° & Tirage)	(Visa)	TEXTES
1	Intégration Normale	Arrêté	Fonctionnaire	1	2	3	4	5	6		Ord.n°015/PR/86 du 20/9/86 portant statut général des fonctionnaires
2	Intégration Exceptionnelle	Décret	Fonctionnaire	1	2	3	4	5 (Présidence)	6		
3	Titularisation (après 1 an de stage)	Décret	Fonctionnaire	1	2	3	4	5 (Présidence)	6		Décret n°524/PR/MFP/86 du 18/10/86. Déterminant les appellations et fixant les Indices
4	Avancement (tous les 2 ans)	Arrêté	Fonctionnaire	1	2	3	4	5	6		
5	Recrutement	Contrat d'engagement	Agent contractuel	1	2	3	5	6		4	Convention collective de 1958
6	Recrutement	Contrat d'engagement	Agent de la main d'oeuvre	1(élaboration)5 (sign)		2	4			3	Convention collective de 1971

- MSP = Ministère de la Santé Publique
- MFPT = Ministère de la Fonction Publique et du Travail
- MFI = Ministère des Finances et de l'Informatique
- SGG = Secrétariat Général du Gouvernement
- I. T. = Inspection du Travail

AUTRES TEXTES :

7. Décret n° 108/PR/MTJ/DTPS du 18 Mai 1967 déterminant les modalités de calcul et d'attribution de l'indemnité de licenciement et de l'indemnité pour services rendus.

8. Décret n° 220/PC du 14 Décembre 1961 fixant le régime de rémunération des fonctionnaires de la République du Tchad.

9. Circulaire n° 029/F23 du 11 Juillet 1963 relative aux transport du personnel administratif et de ses bagages.

10. Arrêté n° 004/MSP/DG/94 du 08-01-94 relatif au plan de carrière des Médecins.

11. Arrêté n° 005/MSP/DG/94 du 08-01-94 au plan de carrière du personnel paramédical.

12. Projet de statut particulier des agents de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

TABLEAU II.B : PROBLEMES DE GESTION ET D'ADMINISTRATION IDENTIQUES AUX NIVEAUX CENTRAL ET PERIPHERIQUE

PROBLEMES	CAUSES	SOLUTIONS
A/<u>Problèmes de procédure</u>		
1/ Problèmes relatifs à l'administration :		
- Insuffisances dans la description des tâches	- Manque de réflexion politique - Objectifs non définis - Travail inachevé	- Elaborer des textes appropriés ou compléter ce qui existe - Décrire les postes sous forme d'un cahier des charges par catégorie de personnel
- Non suivi des dossiers du personnel	- Mauvaises conditions de travail - Démotivation du personnel	- Réorganiser la Division des Ressources Humaines - Redynamiser la division des ressources au niveau préfectoral - Redéfinir les relations fonctionnelles avec les autres secteurs administratifs préfectoraux et sous-préfectoraux
- Manque de planification et non application des mesures d'accompagnement dans les procédures de mutation	- Mauvaise situation financière - Absence de plan de mutation bien chiffré	- Mettre en application les textes regissant le mouvement du personnel - Mettre en application les textes relatifs aux mesures d'accompagnement
2/ Problèmes relatifs à la gestion :		
- Gel du recrutement défini par la loi des finances 1992	- Difficultés financières compromettant le paiement des salaires - Gestion inadéquate des finances publiques	- Prendre une décision politique courageuse permettant de reprendre le recrutement gagé sur le départ de personnels incompétents, inaptes et les agents ayant atteint la limite d'âge pour la mise en retraite - Assurer une gestion saine des finances publiques - Faire appel aux bailleurs de fonds

TABLEAU II.B (Suite)

PROBLEMES	CAUSES	SOLUTIONS
- Manque de connaissance en matière d'administration et de gestion du personnel	- Absence de formation en administration/gestion des responsables	- Identifier et former le personnel cadre en gestion et administration du personnel
	- Manque de délégation de pouvoirs aux gestionnaires	- Déléguer l'autorité de l'administration/gestion des personnels aux gestionnaires responsables
- Inadéquation entre la formation et l'emploi	- Manque de planification et de définition de poste Manque de recherche de l'adéquation entre la formation et l'emploi	- Affecter en fonction du profil des compétences
- Présence de nombreux personnels inaptes et incompétents	- Ingérence extérieure - Faiblesse de l'administration	- Procéder au dégagement sur des critères objectifs
- Nombre important de personnels non qualifiés (bénévoles, secouristes, manoeuvres)	- Insuffisance de personnels qualifiés - Recrutement anarchique - Sous-emploi important	- Procéder au dégagement du personnel non qualifié. - Former en fonction des potentiels
- Non transparence des procédures administratives pour les notations du personnel	- Considération subjective dans les notations du personnel	- Instaurer une possibilité de recours pour les agents contestant leur notation

TABLEAU II.B (Suite) :

PROBLEMES	CAUSES	SOLUTIONS
B/ **Problèmes liés aux conditions de vie/travail et à la motivation.**		
- Gel des effets financiers des avancements	- Situation économique et financière défavorable	- Assurer une gestion saine des finances publiques
- Manque d'encadrement et de suivi du personnel	- Insuffisance manageriale du niveau central et intermédiaire	- Réorganiser les divisions des ressources humaines - Renforcer la compétence en gestion des responsables - Doter les divisions des ressources humaines en moyens adéquats de travail
- Manque de motivation	- Mauvaises conditions de travail : moyens insuffisants. - Mauvaises conditions de vie : . retard de salaires . pas de logement . pas de moyen de déplacement . insécurité	- Reconnaître le mérite(avancement, témoignage de satisfaction, prime...) - Planifier le développement des moyens de travail - Payer régulièrement les salaires - Assurer le logement et le déplacement
C/**Problèmes liés à la Promotion.**		
- Absence de promotion interne pour certaines catégories : . Infirmiers brevetés . Infirmiers titulaires . Aides sociales	- Suppression du concours de promotion interne - Absence des textes y afférent	- Réinstaurer le concours interne - Inclure dans le projet de statut particulier des dispositions relatives à des bonifications indiciaires
- Pas d'effets financiers des compétences acquises après formation continue		

TABLEAU II.C : PROBLEMES D'ADMINISTRATION ET DE GESTION SPECIFIQUES AU NIVEAU CENTRAL

PROBLEMES	CAUSES	SOLUTIONS
A. <u>Problèmes de procédures</u> **1. Problèmes relatifs à l'administration :**		
- Affectation directe du personnel à l'intérieur d'un district ou d'une préfecture.	- Non respect du principe de décentralisation dans les affectations du personnel	- Mettre à la disposition des délégués, le personnel à affecter conformément aux textes en vigueur (décret 519)
- Perte de contrôle et d'autorité sur le personnel.	- Laxisme du niveau central en matière de sanctions du personnel	- Déléguer le pouvoir de sanctions (avertissement, blâme,...) aux DPS
2. Problèmes relatifs à la gestion :		
- Personnel de santé en position irrégulière dans un autre département ministériel (agent d'assainissement)	- Conflits de compétence liés à un manque de coordination avec d'autres départements dans la gestion du personnel d'assainissement	- Redéfinir la position statutaire de ces agents (détachement, affectation).
- Personnel de santé en effectif pléthorique au niveau central	- Absence de plan d'ensemble dans la gestion du personnel (dotation, affectation, redéploiement)	- Redéployer le personnel avec toutes les mesures d'accompagnement nécessaires. - Appliquer les plans de carrière (arrêté 004 et 005). - Réduire le nombre d'années pour l'avancement des personnels travaillant dans certains postes
	- Insécurité salariale	- Assurer la régularité de salaire : . paie sur les recettes locales . réduction du circuit administratif . participation des bailleurs dans la zone donnée . participation communautaire

TABLEAU II.C (suite)

PROBLEMES	CAUSES	SOLUTIONS
	- Ingérence extérieure dans les décisions d'affectation	- Instaurer un mécanisme transparent d'affectation
- Manque de coordination dans les affectations des couples	- Absence de procédures spécifiques	- Créer une commission pour la mobilité professionnelle
	- Situation familiale	
- Les affectations des lauréats de l'ENASS ne répondent pas aux besoins de la périphérie	- Absence de procédures transparentes d'affectation des lauréats de l'ENASS.	- Faire signer un engagement écrit au moment de constituer les dossiers de candidature pour le concours d'entrée à l'école (cf article du plan de carrière paramédical) - Affecter les personnels à la sortie de l'école en fonction du rang de classement dans le cadre d'une liste de postes proposée aux lauréats.
B. <u>Problèmes liés aux conditions de vie et de travail</u>		
- Manque et/ou insuffisance de communication avec les préfectures et les districts	- Manque de volonté du niveau central	- Renforcer le rôle de la Direction Générale dans le développement des districts
	- Manque de moyens financiers	- Rechercher des financements internes et externes pour des moyens de communication

TABLEAU II.D : PROBLEMES SPECIFIQUES A LA PERIPHERIE

PROBLEMES	CAUSES	SOLUTIONS
A. Problèmes de procédures		
- Sous-effectif sectoriel (en effectif et en répartition géographique)	- Absence d'un plan de dotation en personnel	- Définir et adapter des normes en personnel - Mettre en place une planification de la production de personnel - Adapter et planifier un plan de redéploiement
B. Problèmes lies aux conditions de vie et de travail		
- Manque et/ou insuffisance de moyens de communication entre les préfectures et les districts	- Manque de financement des moyens de communication	- Solliciter les bailleurs de fonds - Inclure ces moyens dans les plans de développement des districts en ratio - Doter en radio les districts

TABLEAU II.E : STRATEGIE D'IMPLANTATION DES SOLUTIONS ET SERVICES CONCERNES

SOLUTIONS PROPOSEES	AIDES EXT.	MFPT	GNT	MFI	MINT	SGG	CEN	DRH	DILA	DPL	DAS	INT	PER
-Elaboration de textes appropriés		X				X		X	X	X			
-Réalisation du cahier des charges				X			X					X	X
-Réorganisation interne de la DRH	X					X	X					X	
-Relations fonctionnelles avec les autres secteurs adm.préf. et s/préf.							X	X		X		X	X
-Textes sur les mouvements du personnel							X						
-Textes sur les mesures d'accompagnement				X			X						
-Décisions politiques courageuses, gestion saine des finances publiques et appel aux bailleurs	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X

65

TABLEAU II.E (suite)

SOLUTIONS PROPOSEES	AIDES EXT.	MFPT	GNT	MFI	MINT	SGG	CEN	DRH	DILA	DPL	DAS	INT	PER
-Formation du personnel responsable en gestion	X						X	X		X	X	X	X
-Affectation en fonction du profil après formation							X	X	X	X		X	X
							X	X		X		X	X
-Dégagement des inaptes et incompétents	X	X	X	X			X	X		X		X	X
-Formation du personnel non qualifié	X						X	X		X		X	X
-Gel du recrutement des bénévoles							X	X					
-Dotation en moyens adéquats de travail	X						X					X	X
-Reconnaissance des mérites		X	X	X		X	X	X				X	X
-Restauration du concours interne	X	X		X		X	X	X		X		X	X
-Bonification indiciaire après formation		X	X	X		X	X	X	X				
-Mise à la disposition du DPS du personnel à affecter							X	X					
-Délégation d'autorité sur le personnel de santé au DPS			X		X	X	X	X					
-Redéfinition de la position statuaire des agents d'assainissement		X					X	X					

TABLEAU II.E (suite)

SOLUTIONS PROPOSEES	AIDES EXT.	MFPT	GMT	MFI	MINT	SGG	CEN	DRH	DILA	DPL	DAS	INT	PER
-Redéploiement du personnel + mesures d'accompagnement	X			X	X		X	X		X		X	
-Paiement régulier des salaires	X		X				X						X
-Planification de la gestion du personnel							X	X		X		X	
-Réduction du nombre d'année pour avancement		X	X	X			X	X	X			X	
-Commission pour la mobilité professionnelle			X				X						
-Engagement écrit des lauréats de l'ENASS							X			X			
-Affectation des lauréats en sortie de l'ENASS							X	X		X			
-Dotation en moyens radio	X				X		X					X	

AIDES EXT. = Aides Extérieures
GNT = Gouvernement
MINT = Ministère de l'Intérieur
MSP = Ministère de la Santé Publique
DRH = Division des Ressources Humaines
DPL = Division de la Planification
INT = Niveau Intermédiaire

MFPT = Ministère de la Fonction Publique et du Travail
MFI = Ministère des Finances et de l'Informatique
SGG = Secrétariat Général du Gouvernement
CEN = Niveau Central
DILA = Division Inspection, Législation, et Archives
DAS = Direction des Affaires Sociales
PER = Niveau Phériphérique

TABLEAU II.F : ESTIMATION DES COUTS DES SOLUTIONS PROPOSEES

SOLUTIONS PROPOSEES	COUTS	MONTANTS EN FCFA
Départ des personnels ayant atteint la limite d'âge pour la retraite ou le dégagement	-Fonctionnaires (50 personnes) : * prime de 3 mois de congé libéral * pension d'une année 20.000.000 FCFA, soit pour 6 ans -Contractuels (100) et manoeuvres (100) * indemnités pour services rendus: .contractuels .manoeuvres	 9.500.000 120.000.000 40.000.000 25.000.000
Dégagement des personnels incompétents et inaptes	550 personnes, soit environ 20%	112.000.000
Formation des personnels en gestion des services de santé (niveaux central, intermédiaire et périphérique) : 100 personnes	* Formation sur place de 15 jours de : . 72 personnels santé . 28 personnels affaires sociales	 10.000.000

TABLEAU II.F (suite)

SOLUTIONS PROPOSEES	COUTS	MONTANTS EN FCFA
Dotation des moyens adéquats de travail	-Niveau périphérique :	
	* 28 véhicules pour les supervisions	420.000.000
	* coût de supervision	
	. perdiems, 20.000.000/an, soit 6 ans	120.000.000
	. carburant, 32.000.000/an, soit pour 6 ans	192.000.000
	* fonctionnement courant des districts 46.000.000/an, soit pour 6 ans	276.000.000
	-Niveau intermédiaire :	
	* fonctionnement courant, 17.000.000/an, soit pour 6 ans	144.000.000
	-Niveau central :	
	* construction d'un local pour abriter la DHR	13.000.000
	* acquisition de matériel informatique	20.000.000
	* acquisition de 2 motos chaque 2 ans, 1.000.000, soit pour 6 ans	3.000.000
	* matériel de bureau (10 bureaux + matériel)	15.000.000
	* fonctionnement courant, 3.000.000/an, soit pour 6 ans	18.000.000
	* acquisition d'un photocopieur	6.000.000
	* entretien du photocopieur, 1.000.000/an pour 6 ans	6.000.000

TABLEAU II.F (Suite)

SOLUTIONS PROPOSEES	COUTS	MONTANTS EN FCFA
Amélioration des conditions de travail et de vie des médecins	Construire des logements pour les médecins-chefs de district (15 districts) 20.000.000/district, soit pour les 15 districts	300.000.000
Réinstauration du concours de promotion interne pour les : -infirmiers brevetés -infirmiers titulaires -aides sociales (environ 460 personnes)	Coûts d'organisation du concours pour 460 personnes	200.000
Dotation des 46 districts en radio	Coût par radio = 3.500.000, soit pour 46 radios	161.000.000
	TOTAL DES COUTS POUR LES 6 ANNEES	**2.010.700.000**

SYNTHESE DES DISCUSSIONS EN PLENIERE

2.1 L'ensemble des mesures proposées comme solutions aux problèmes identifiés représentent une liste assez large parmi lesquelles une priorisation s'avère nécessaire. L'unanimité des participants a reconnu le fait que la première condition est un paiement régulier des salaires sans lequel aucune motivation du personnel ou autorité du Ministère ne peut exister.
L'amélioration des conditions de vie et de travail en province devrait faire partie intégrante d'un plan de développement des districts.

2.2 Bien que le groupe reconnaisse le paiement des salaires comme une priorité, il s'est senti limité dans l'élaboration de stratégies visant à solutionner ce problème. L'appel provisoire aux bailleurs de fonds a été évoqué mais ceux-ci ont exprimé une réticence à s'engager dans cette voie.
Néanmoins l'assemblée a convenu que c'est bien à l'Etat que revient la responsabilité de payer les salaires de ses employés. Les participants ont soulevé le besoin d'une analyse méthodique des causes pouvant expliquer le non-paiement des salaires, afin de faire la part entre l'insuffisance des moyens alloués à la santé et la mauvaise gestion des finances publiques. Etant donné la sensibilité politique de cet aspect, la réflexion ne s'est pas approfondie.

2.3 Les mesures d'accompagnement proposées pour l'amélioration des conditions de vie et de travail visent avant tout à rendre plus attractifs les postes en province, condition sine qua none d'une pérennité des effets à long terme d'une mesure ponctuelle de redistribution du personnel. En ce sens, elles appuient la réflexion du groupe I en rendant possible un redéploiement qui viserait à un rééquilibrage des effectifs de santé entre préfectures et entre districts.

2.4 Le dégagement du personnel inapte a été demandé unanimement. Ce personnel a été estimé entre 15 et 20% du personnel de santé. Les critères d'inaptitude ont été évoqués par l'assemblée (âge limite, toxicomanie, alcoolisme, incompétence reconnue, etc...) mais la décision doit être prise dans la transparence. Ceci implique une évaluation objective de l'inaptitude selon une grille de critères. Le groupe a évoqué la création d'une commission nationale qui statuerait sur les dossiers d'inaptitude proposée par les DPS après évaluation de la qualité de leur personnel. Cette mesure aurait pour effet de dégager une masse salariale utilisable alors pour l'intégration des jeunes médecins de district dans la fonction publique. Des textes officiels définissant les critères d'inaptitude existent déjà au niveau du MSP et du SGG.

2.5 L'assemblée a reconnu que de nombreux textes régissaient l'administration et la gestion du personnel, mais que le problème se situait au niveau de leur application. Un certain sentiment d'impuissance a été ressenti vis-à-vis du caractère arbitraire de certaines décisions. Les participants ont donc posé le problème de la moralité des décideurs. Une suggestion générale de laisser la décision à une commission au lieu d'un seul individu a été identifiée comme un moyen de rationaliser les décisions.

2.6 La majorité des décisions suggérées par l'assemblée relèvent d'une volonté politique très ferme d'accélérer la décentralisation effective de l'autorité, de la responsabilité, et des moyens, auprès des DPS.

2.7 Le budget d'estimation des coûts des solutions ne reprend pas toutes les solutions proposées. Par exemple, l'incidence des bonifications indiciaires ou de la formation continue du personnel non qualifié n'a pas été chiffré. Il faut néanmoins remarquer que certaines des solutions n'engagent aucun moyen financier supplémentaire (Comité interministériel d'affectation).

2.8 Une insuffisance des plans de carrière existants a été constaté. Afin de rendre les postes en province plus attractifs, un avancement indiciaire rapide est suggéré. Néanmoins, le groupe n'a pas envisagé dans le détail s'il fallait considérer différemment certains postes ou appliquer un système d'avancement uniforme pour tous les postes situés à l'intérieur du pays.

2.9 La création d'un comité interministériel d'affectation semble particulièrement appropriée pour les couples dont l'un des conjoints est fonctionnaire à N'Djaména. Il a été suggéré que les maris puissent suivre leurs femmes en province aussi bien que l'inverse, mais il semble que des barrières culturelles existent.

2.10 Un moyen efficace de rendre les affectations effectives est de créer des postes budgétaires en fonction du lieu. C'est ainsi qu'un poste de sage-femme à N'Djaména pourrait être fermé et un autre ouvert en province. L'intéressé(e) ne serait alors intégré(e) et payé(e) que s'il (elle) occupe effectivement ce poste.

GROUPE III

LA FORMATION INITIALE DES CADRES MOYENS ET INTERMEDIAIRES DE LA SANTE

GROUPE III : LA FORMATION INITIALE DES CADRES MOYENS ET INTERMEDIAIRES DE LA SANTE

LISTE DES PARTICIPANTS

NOMS ET PRENOMS	FONCTION
1. Mr AHMAT Karifen	- IDE/Oum-Hadjer
2. Mlle ALZOUMA Zénéba	- CTP/OMS/ENASS
3. Mme BALBANGUI Lydie	- Coordinat. fil. santé ENASS
4. Mr BLAGUE Adoum	- Chef du BEP
5. Dr DJEKOUNDADE	- Directeur ENASS
6. Mr DOUZAKA Nicolas	- Chef Mat./Div. Génie Sanitaire
7. Mr MAHAMAT Adjid	- Direct. Planification/Formation
8. Mr NDEIKOUNDAM Gilbert	- Coordinat.fil. sociale ENASS
9. Mr RAMADANE Karifen	- Chef Labo. Biologie de l'HGRN

RESULTATS ATTENDUS

- Tableau indiquant les catégories prioritaires à former entre 1994-2000, les effectifs nécessaires, le lieu de formation, et la durée de formation.

- Tableau indiquant les différentes catégories par poste, leurs fonctions et tâches, et leur profil de sortie synthétique.

- Tableau regroupant les orientations et les principales indications par type de formation concernant les étudiants, les programmes, la méthodologie, les professeurs, les autres ressources pédagogiques, et l'évaluation des apprentissages et des programmes.

- Tableau synthétique de la formation initiale à l'étranger (Spécialistes et Techniciens supérieurs) : thèmes, cibles, nombre, lieu, durée, budget de financement.

- Tableau récapitulatif des ressources nécessaires pour la formation initiale et l'estimation de son budget.

- Tableau des stratégies d'implantation du plan de formation initiale et recommandations utiles.

- Calendrier d'exécution de cette formation initiale.

RESULTATS PRESENTES

1. Définition des activités, tâches et profils de sortie synthétiques des catégories de personnel nécessaires pour assurer le Paquet Minimum d'Activités au centre de santé **(Tableau III.A)**.

2. Définition des activités, tâches et profils de sortie synthétique des catégories de personnel nécessaires pour assurer le Paquet Complémentaire d'Activités à l'hôpital de district **(Tableau III.B)**.

3. Définition des activités, tâches et profils de sortie synthétiques des catégories de personnel social nécessaires pour assurer le PCA social au niveau du district **(Tableau III.C)**.

4. Liste des catégories prioritaires de personnel paramédical à former d'ici l'an 2000 **(Tableau III.D)**.

5. Liste des catégories prioritaires de personnel social à former d'ici l'an 2000 **(Tableau III.E)**.

6. Profil synthétique des catégories prioritaires de personnel paramédical et de personnel social (p.80).

7. Répartition des catégories de personnel paramédical par postes, fonctions, et tâches **(Tableau III.F)**.

8. Répartition des catégories de personnel social par postes, fonctions, et tâches **(Tableau III.G)**.

9. Principales orientations pour la formation des catégories prioritaires, concernant les programmes, les élèves, le contenu, les enseignants, l'administration, et les ressources **(Tableau III.H)**.

10. Principales orientations pour la formation initiale à l'étranger du personnel paramédical **(Tableau III.I)**.

11. Ressources et budget nécessaires pour la formation initiale du personnel paramédical à l'ENASS **(Tableau III.J)**.

12. Stratégies d'implantation du plan de formation initiale du personnel paramédical et social **(Tableau III.K)**.

TABLEAU III.A : ACTIVITES, TACHES ET PROFIL DE SORTIE SYNTHETIQUE DU PERSONNEL DEVANT ASSURER LE PMA DE SANTE

ACTIVITES	TACHES	PROFIL DE SORTIE SYNTHETIQUE	CATEGORIE APPROPRIEES
1. Consultations curatives	-Accueil -Prise des constantes -Interrogatoire -Examen clinique -Diagnostic/traitement /référence -Enregistrement des informations	-IEC/Conseils -Sémiologie -Thérapeutique -Système d'information	IDE
2. Dépistage des pathologies sociales	-Accueil -Interrogatoire -Prélèvements pour examen -Examens cliniques et paracliniques -Diagnostic/réfé-rence -Enregistrement des informations	-IEC/Conseils -Sémiologie -Système d'information	(IDE)/adjoint social
3. Consultation des enfants sains (0-4 ans)	-Accueil -Interrogatoire -Pesée -Mensuration -Exament clinique -Remplir les fiches et carnets -Vaccination -Conseils aux mères -Préciser les prochaines visites	-IEC/Conseils -Puériculture -Nursing -Système d'information	SFDE/IDE/IB /Adjoint social
4. Prise en charge des femmes en âge de procréer a) Consultation prénatale	-Accueil -Prise des constantes -Examen clinique, paraclinique et obstétrique -Vaccination -Enregistrement -Conseils -Traitement/ou référence -Préciser les prochaines visites	-IEC/Conseils -Gynéco-obstétrique -Nursing -Système d'information	SFDE/IDE/IB
b) Accouchements normaux	-Accueil -Installation -Prises des constantes -Surveillance du travail -Pratiquer l'accouchement et la délivrance -Soins mère et nouveau-né -Enregistrement -Conseils -Préciser les prochaines visites pour vaccination et consultation post-natale	IEC/Conseils -Nursing -Obstétrique	SFDE/IDE/IB

TABLEAU III.A (SUITE)

c) BEF	-Accueil -Conseils -Prise des constantes -Examen clinique, paraclinique et gynécologique -IEC -Traitement/prestation /référence -Enregistrement des carnets	IEC/Conseils -Nursing -Système d'information	SFDE/IDE/IB
5.Prise en charge des malades chroniques et manutris	-Accueil -Traitement -Suivi -Examen des sujets contacts -Visites à domicile -Enregistrer et tenir à jour les fiches	-IEC/Conseils -Sémiologie -Nursing -Système d'information	SFDE/IDE/IB
6.Education socio-sanitaire intégrée aux autres activités et communication avec les populations	-Sensibilisation -Mobilisation -Education -Visites à domicile	-IEC/Conseils	IDE/IB/SFDE Assistant d'assainissement/ adjoint social
7. Activités de développement communautaire	-Education sanitaire et nutritionnelle (groupes et familles) -Organisation des réunions -Alphabétisation -Etude du milieu -Analyse de situation	-IEC/Conseils -Pédagogie -Andragogie -Animation socio-culturelle -Cours de développement communautaire	IDE/IB/SFDE Assistant d'assainissement/ adjoint social
8. Système de référence et de contre-référence pour les patients ne pouvant pas être pris en charge au 1er échelon	-Connaissance/étude du milieu -Analyse de la situation -Identification des ressources -Possibilité de mise en place de structures en mécanismes (communauté villageoise) -Remplir les fiches de référence	-IEC/Conseils -Santé communautaire -Système d'information	IDE/SDFE/IB/ Adjoint social

TABLEAU III.B : ACTIVITES, TACHES, ET PROFILS DE SORTIE SYNTHETIQUES DU PERSONNEL DEVANT ASSURER LE PCA DE SANTE

ACTIVITES	TACHES	PROFIL DE SORTIE SYNTHETIQUE	CATEGORIES APPROPRIEES
1.Prise en charge des urgences médico-chirurgicales	-Accueil -Prise des constantes -Dossier malade -Préparation malade -Examens complémentaires -Soins -Surveillance -Conseils	-IEC/Conseils -Sémiologie -Nursing	IDE/IB/tech.labo/techl abo/techradio/ tech. d'anesthésie/instrumen tiste
2.Prise en charge des accouchements compliqués	-Accueil -Prise des constantes -Dossier malade -Préparation parturiente -Examens paracliniques -Soins et surveillance de la mère et du nouveau-né -Conseils	-IEC -Obstétrique -Pathologie néonatale -Nursing	SFDE/IDE/IB/Tech. labo
3.Hospitalisation	-Accueil -Installation -Dossier malade -Examens complémentaires -Prise des constantes -Soins -Surveillance -Conseils	IEC/Conseils -Sémiologie -Nursing -Hygiène -Système d'information	IDE/IB/tech.labo/IB/ IDE Adjt tech.labo
4.Fonction diagnostic de laboratoire	-Préparation du matériel -Accueil -Prélèvements -Examens -Remplissage des bulletins -Enregistrements des résultats -Entretien des appareils	-IEC/Conseils -Nursing -Microbiologie -Parasitologie -Sérologie -Hématologie -Biochimie -Entretien/maintenance	Tech labo/IB/IDE/Adjt tech. labo
5.Fonction diagnostic de radiologie	Accueil -Information -Préparation du matériel -Préparation du malade -Exécution des examens radiologiques -Résultats/ bulletins -Enregistrement des examens -Entretien des appareils	-IEC/Conseils -Notion d'entretien /maintenance -Technique de radiologie (abdomen, thorax, os, etc...)	Tech.radio/Adj. tech radio
6.Consultation de référence	-Accueil -Orientation	IEC/Conseils	IDE/SFDE

TABLEAU III.C : ACTIVITES, TACHES ET PROFIL DE SORTIE SYNTHETIQUE DU PERSONNEL NECESSAIRE POUR LE PCA SOCIAL

ACTIVITES	TACHES	PROFILS DE SORTIE SYNTHETIQUES	CATEGORIES APPROPRIEES
1.Activités de développement communautaire	-Education sanitaire et nutritionnelle -Organisation de réunions -Animation -Alphabétisation -Enseignement ménager -SMI	-IEC/Conseils -Puériculture -Economie familial -Pédagogie -Andragogie -Méth.en service social -Sociologie -Dévelop. communautaire	Assistant social
2.Promotion familiale			
a)Alphabétisation	-Cours d'alphabétisation fonctionnelle	-IEC/Conseils -Pédagogie -Andragogie	
b)Enseignement ménager	-Coupe/couture -Tricotage -Cuisine -Jardinage -Petit élevage -Hygiène	-IEC/couselling -Cours, accès sur les tâches -Adminis.-gestion	Assistant social monitrice d'ens.ménager/jardinière d'enfants
c)Promotion familiale et règlement des conflits conjugaux	-Accueil -Entretien -Conseils -Causerie -SMI/Pesée, suivi des enfants -Visites à domicile	-IEC/conseils -Psychologie -Droit civil -Méth.serv.soc. -Législ.sociale -Adminis./gestion -Déontologie	Assist.soc/aide soc/ moni. enseig.ménager/jardinière d'enfants
3.Réinsertion sociale a)Handicapés	-Accueil -Entretien -Causeries -Conseils -Démarches adm. et autres -Enquêtes	-IEC/Conseils -Psychologie -Psychiatrie -Méth.serv.social -Adminis./gestion -Législ. sociale	Assistant social /aide social
b)Jeunes délinquants	-Accueil -Entretien -Causeries -Démarches adm. -Enquêtes	-IEC/Conseils -Psychologie -Psychiatrie -Méth.serv.social	Educateur spécialisé
c)Alcooliques	-Accueil -Entretien -Causeries -Démarches adm. -Enquête	-IEC/conseils -Psychologie -Psychiatrie -Méth.serv.social	Assistant social/ aide sociale
4.Référence des centres socio-sanitaires et des hôpitaux de districts	-Accueil -Entretien -Conseils -Identification des problème de santé -Orientation	-IEC/conseils -Sémiologie (notion)	Assistant social/ aide sociale/ éducateur spécialisé

* Le groupe propose que l'alphabétisation soit assurée par des agents sociaux. Le programme de formation de ces agents sociaux doit en tenir compte.

TABLEAU III.D : CATEGORIES PRIORITAIRES DE PERSONNEL PARAMEDICAL A FORM ENTRE 1994-2000

CATEGORIES PRIORITAIRES		EFFECTIF ACTUEL	EFFECTIF SOUHAITE'	EFFECTIF A FORMER	DUREE	LIEU DE FORMATION
IDE		211	737	620	3 ans	ENASS
SFDE (ou IDE option gynéco-obstétrique)		143	242	100	3 ans	ENASS
Tech.de laboratoire		25	62	20	3 ans	ENASS
Adjt tech. de labo.				20	2 ans	ENASS
Tech.assain/assist. d'assainissement		225	149	?	3 ans	ENASS
Tech.de radiologie (manipulateur radio)		?	51	50	3 ans	Etranger Gabon, Algérie, Congo, Maroc, Ndjaména ENASS*
Préparateur en pharmacie		?	55	50	3 ans	ENASS*
Adjt, Aide, Assist. ou Techn.	-Anesthésiste	?	51	50	3 ans	ENASS NDJ
	-Instrumen-tiste					ENASS NDJ
IB		875	980	100	2 ans	ENASS NDJ

Source : MSP/RH (janvier 1994)
* : Possibilité de formation àl'ENASS
1 : moyenne calculée selon les normes retenues, le taux de déperdition (=20%), le nombre en co d'intégration, le nombre en cours de formation, l'hypothèse d'une couverture de 70% du territoire d' l'an 2000, et le taux d'attrition scolaire (8% par an).

TABLEAU III.E: CATEGORIES PRIORITAIRES DE PERSONNEL SOCIAL A FORMER ENTRE 19 2000 POUR LES SERVICES DU MSP

CATEGORIES PRIORITAIRES	EFFECTIF ACTUEL	EFFECTIF SOUHAITE	EFFECTIF A FORMER	DUREE	LIEU DE FORMATION
Assistant social	121	66	?	3 ans	ENASS
Adjoint social*	211	460	100	2 ans	ENASS

Source : Note de présentation MSP
* : L'ancienne appellation est "aide social".

PROFIL SYNTHETIQUE DES CATEGORIES PRIORITAIRES DE PERSONNEL PARAMEDICAL ET SOCIAL

PROFIL DE L'INFIRMIER DIPLOME D'ETAT

L'infirmier diplômé d'Etat est un personnel polyvalent qualifié pour maîtriser les activités essentielles définies dans le PMA au niveau des zones de responsabilité et ayant les compétences requises pour assurer des tâches curatives, préventives, promotionnelles et réadaptatives du PCA, s'adressant à l'individu, la famille, la communauté, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de santé du district ou du niveau de référence. Il aura aussi les compétences requises en soins infirmiers hospitaliers.

Il aura en outre les compétences nécessaires pour participer aux activités administratives et de gestion du centre de santé et du district, ainsi qu'à la supervision et formation continue des agents du 1er échelon.

PROFIL DE LA SAGE-FEMME

La sage-femme est une personne qualifiée pour maîtriser les activités essentielles définies dans le PMA se rapportant à la santé de la mère et de l'enfant et du bien-être familial, et ayant les compétences requises pour assurer des tâches curatives, préventives, promotionnelles et réadaptatives du PCA, en collaborant avec les autres membres de l'équipe de santé du district et niveau de référence. Elle aura aussi les compétences requises pour assurer les soins obstétricaux et paramédicaux et pédiatriques dans un hôpital préfectoral ou à l'hôpital général.

Elle aura en outre les compétences nécessaires pour participer aux activités administratives et de gestion d'un service de SMI ou d'une maternité, ainsi qu'à la supervision et formation des agents placés sous sa responsabilité;

PROFIL DE L'INFIRMIER BREVETE

L'infirmier breveté est un personnel polyvalent qualifié pour maîtriser les activités essentielles définies dans le PMA au niveau des zones de responsabilité et ayant les compétences requises pour assurer des tâches curatives, préventives, promotionnelles et réadaptatives du PCA, s'adressant à l'individu, la famille, la communauté, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de santé du district ou du niveau de référence. Il aura aussi les compétences requises en soins infirmiers hospitaliers.

PROFIL DE L'ASSISTANT SOCIAL

L'assistant social est un personnel polyvalent qualifié. Il est un agent de changement social capable d'aider les individus, les familles, les groupes, les communautés à identifier les problèmes prioritaires, à rechercher avec eux des solutions compte tenu de leurs possibilités et de leurs ressources en vue de l'amélioration de leur condition de vie, donc du

développement économique et socio-sanitaire du pays. Ceci, grâce aux activités de prévention et plus spécialement celles d'éducation sanitaire et nutritionnelle, d'action sociale et de développement communautaire en milieu rural et urbain.

Son champ d'intervention est :

- le centre social;
- la caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS);
- la justice;
- les entreprises publiques et privées;
- les établissements scolaires;
- les hôpitaux préfectoraux et de district;
- les centres de rééducation.

Il aura également les compétences nécessaires pour participer aux activités administratives et de gestion des centres sociaux, ainsi qu'à la formation continue des agents du 1er échelon.

PROFIL DU TECHNICIEN BIO-MEDICAL AU NIVEAU DU PMA ET DU PCA

Le technicien bio-médical (avec niveau technicien de laboratoire ou technicien de radiologie) est une personne ayant les qualifications requises pour maîtriser les fonctions de diagnostic de laboratoire ou diagnostic radiologie définies dans le PMA et le PCA.

Il participe avec l'équipe de santé à assurer les tâches curatives, préventives et promotionnelles dévolues au PCA.

Il aura également les compétences nécessaires pour assurer les activités administratives et de gestion de son service ainsi que la supervision et la formation des agents placés sous son autorité.

TABLEAU III.F : CATEGORIES DE PERSONNEL PARAMEDICAL PAR POSTES, FONCTIONS, ET TACHES

		IDE	SFDE	Tech.Labo	Tech.Assain.	Tech.Radio	Prép.Pharm.
POSTES	Centre de Santé	X	X				
	Hôpital de District	X	X	X		X	X
	Direction de District	X[1]			X		
	Hôpital central de Préfecture	X	X	X		X	X
	Délégation Préfectorale	X[1]			X		
	Hôpital Général	X	X	X	X	X	X
FONCTIONS	PMA	X	X				
	PCA	X	X	X		X	X
	Hospitalisation	X	X	X		X	X
	Administration	X	X	X	X	X	X
	Autres (ex: enseignement)	X	X	X	X	X	X
TACHES	Curatives	X	X	X		X	X
	Préventives	X	X	X	X		
	Promotion/Réhabilitation	X	X	X	X		
	Administration	X	X	X	X	X	X

TABLEAU III.F (suite)

		Tech. Anesthésie	Techn. Instrument.	Adjt.Techn. Labo	IB	Assistant Assainis.	Gestionnaire
POSTES	Centre de Santé			X	X	X	
	Hôpital de District	X	X	X	X	X	X
	Direction de District						X
	Hôpital central de Préfecture	X	X	X	X	X	X
	Délégation Préfectorale						X
	Hôpital Général	X	X	X	X	X	X
FONCTIONS	PMA		X	X	X	X	
	PCA	X	X	X	X	X	
	Hospitalisation	X	X	X	X		
	Administration						X
	Autres (ex: enseignement)	X	X	X	X	X	X
TACHES	Curatives	X	X	X	X		
	Préventives		X	X	X	X	
	Promotion/Réhabilitation				X	X	
	Administration						X

X : correspond aux possibilités d'affectation du personnel.
1 : l'IDE, spécialisé en soins infirmiers, assure la fonction de superviseur formateur.
Postes = lieu prédilectionnel d'affectation.
Fonctions = ensemble d'activités.
Taches = activité confiée à un individu.

TABLEAU III.G : CATEGORIES DE PERSONNEL SOCIAL PAR POSTES, FONCTIONS ET TACHES

		Assistant social	Adjoint social
POSTES	Centre de Santé	X	X
	Hôpital de District	X	X
	Direction de District		
	Hôpital central de Préfecture	X	X
	Délégation Préfectorale		
	Hôpital Général	X	X
FONCTIONS	PMA	X	X
	PCA	X	X
	Hospitalisation	X	X
	Administration	X	X
	Autres (ex:enseignement)	X	X
TACHES	Curatives	X	X
	Préventives	X	X
	Promotionnelles/Réhabilitation	X	X

TABLEAU III.H : ANALYSE DU SYSTEME ENSEIGNANT ACTUEL A L'ENASS

CATEGORIES PRINCIPALES INDICATIONS	IDE	SFDE	ASSISTANT SOCIAL
1.PROGRAMMES ACTUELS CT = cours théoriques CP = cours pratiques	Matières : 1e année :21 (nombre) 2e année :14 3e année :19 Volume horaire : 1e An.:CT : 465, CP :65 2e An.:CT : 435, CP :1640 CP :(Stage, permanence, garde) 3e An.:CT :395, CP :1600	Matières : 1e année :21 (nombre) 2e année :14 3e année :17 Volume horaire : 1e An.: CT : 465, CP :65 2e An.: CT : 420, CP :510 3e An.: CT : 280, CP :115	Matières : 1e année :29 (nombre) 2e année :13 3e année :14 Volume horaire : 1e An.: CT : 625, CP :65 2e An.: CT : 475, CP :390 3e An.: CT : 410, CP :520
2.ELEVES	-2 sexes -Pas de quota par sexe, par contre quota général fixé par arrêté interministériel -Age limite : 25 ans pour les candidats externes et 35 ans pour les internes (admis. en 2e année) -Recrutement par voie de concours : candidats externes officiels : bourse d'études candidats internes officiels : salaires perçus -Frais de scolarité pour les privés -Organisation du concours (matériel, confection des sujets, ventilation des épreuves, surveillance, correction)		
3. CONTENU	-Cours théorique) stages ruraux -Travaux pratiques) pour -Stage, gardes, permanence) les 3è Années -Evaluation continue (théorique et pratique) -Evaluation trimestrielle -Examen de fin d'année (passage et sortie) -Orientation à partir de la 2è année		Idem sauf pas de garde, permanence, stages ruraux.

TABLEAU III.H (suite)

4. ENSEIGNANTS	-Recrutement d'enseignants permanents	-3 enseignants dont 2 formés au CESSI et 1 volontaires des Nations Unies	**- 7 enseignants dont** *** 3 assistants sociaux** *** 1 psychologue** *** 1 psycho-pédagogue**
	-Après présélection par la Direction de l'Ecole, le recrutement par le CTP -Critère de recrutement : qualification, expérience professionnelle et disponibilité -Honoraire de vacation payé par les organismes jusqu'en 1991 avant de laisser la relève à l'Etat.		
5. ADMINISTRATION	-Conseil Technique Pédagogique (CTP) -Direction de l'Ecole -Service Administratif et Financier -Service Scolarité Examen -Bibliothèque -Coordination Pédagogique		
6. RESSOURCES	Manequin, instruments (pinces, ciseaux, ...), planches anatomiques, magnétoscope, téléviseur, projecteur de diapositives, caméra, flipchart, rétroprojecteur, machine à coudre, ouvrage de bibliothèque paramédical, ronéotypeuse, photocopieuse.		

NB : Tronc commun pour assistants sociaux, infirmiers diplômés d'Etat, et sages-femmes diplômées d'Etat en 1ère année, avec cependant quelques cours spécifiques à chacun.

TABLEAU III.I : FORMATION INITIALE A L'ETRANGER DU PERSONNEL PARAMEDICAL

THEMES	CIBLES	LIEU	DUREE	OBSERVATIONS
Radiologie	Tech. et Tech.adjoint de radiologie	-Gabon -Congo -France -Maroc ENASS ?	2 ans	Possibilités de formation à l'ENASS mais par cohorte en collaboration avec Goundi, Koumra et Bébalem
Laboratoire	Tech. et adjt Techn de Laboratoire	-Cameroun ENASS ?	2 ans 3 ans	Possibilité de formation à l'ENASS
Pharmacie	Préparateur en pharmacie	ENASS ?	3 ans	Possibilités de formation à l'ENASS mais en cohorte en collaboration avec Goundi, Koumra et Bébalem
Anesthésie	Techn.anesthésiste	ENASS ?	2 ans	Possibilité de formation à l'ENASS mais en cohorte en collaboration avec Goundi, Koumra et Bébalem
Instrumentation	Tech.instrumentiste	ENASS ?	2 ans	"

TABLEAU III.J : RESSOURCES ET BUDGET NECESSAIRES POUR LA FORMATION INITIALE DU PERSONNEL PARAMEDICAL A L'ENASS

OPTION	RESSOURCES HUMAINES	RESSOURCES MATERIELLES	RESSOURCES FINANCIERES
FILIERE SOCIALE	Quantité : -6 enseignants actuels Qualité : Assistant social Sociologue Psychologue Psycho-pédadagogue Professeur de français	* MEPS : - revues -matériel de couture -matériel de cuisine -matériel de jardinage -matériel d'élevage -matériel de jeux -matériel de dessin et danse -ouvrage filière sociale inexistant *Moyens logistiques de déplacement	*Salaires pris en charge par l'Etat * Fonctionnement : 29.100.000 CFA *Bourses : - interne officiel 14.400 fcfa élève/mois - interne, salaire indiciaire * Frais d'équipement 15.000 fca/élève interne et externe pendant la période de formation
PARAMEDICAUX (filière santé)	Quantité : 9 enseignants actuels Quanlité : Tech.sup CESSI Assistant médical Maîtrise en soins infirm/obstétrique Médecins* Anesthésistes Tech.sup. en soins intensifs Techn. sup en labo Ingénieur sanitaire Chimiste* Biologiste* Professeur de maths* Professeur de physique* Professeur de français	-matériel de réanimation -matériel médico-technique -matériel de démonstration médiatique -matériel de labo -bibliothèque (2000 livres actuels, 3000 souhaités) -revues pour infirmiers -revues pour SFDE -revues assainissement -revues laboratoire	*Frais d'inscription au concours - 2.500 fcfa internes - 1.500 fcfa externes (à reviser à la hausse) * frais maintenance et d'entretien des véhicules et engins à 2 roues

TABLEAU III.J (suite)

ADMINISTRATION	-Directeur (1) -Directeur Adjoint à nommer (1) -Gestionnaire (1) -Secrétaires (2) -Bibliothécaire (1) -Surveillants (2) à pourvoir		-Traitement Etat -Indemnité de responsabilité pour les Directeurs
AUTRES PERSONNELS	-Planton (1) -Chauffeurs : 2 actuels, 3 à prévoir dont 1 mécanicien -Personnel main d'oeuvres (2) actuels, (4) à prévoir -Electricien (1) à prévoir -Plombier (1) à prévoir		

NB (1) : L'école aura besoins de vacataires pour des matières spécifiques et de spécialité. Leur prise en charge (honoraire de vacation) est assurée par l'Etat. Souhaitable : intervention d'autres bailleurs de fonds.

NB (2) : Prévoir la formation des formateurs pour réduire au maximum le nombre des vacataires.

NB (3) : Prévoir les indemnités de sujétion aux permanents.

NB (4) : Evaluer les besoins en enseignants en fonction des filières à l'ENASS.

TABLEAU III.K : STRATÉGIE D'IMPLANTATION DU PLAN DE FORMATION INITIAL DU PERSONNEL PARAMÉDICAL ET SOCIAL.

STRATEGIES	RECOMMANDATIONS
1. Niveau Administration	
1.1 Actualisation/normalisation des postes de travail et des catégories de personnel requis.	• Recenser tous les postes de travail existant à chaque niveau et dans chacune des structures et institutions que comporte le système de santé. • Rédiger la description normalisée de chacun des postes identifiés. • Etablir la nomenclature normalisée de toutes les catégories de personnels occupant ces postes ou appelés à les occuper.
1.2 Evaluation des besoins et définition des profils.	• Finaliser la description des tâches de chaque personnel à chaque poste. • Déterminer les filières prioritaires à maintenir ou à ouvrir à l'ENASS et définir les effectifs à former par promotion et par catégorie.
1.3 Mise en place d'un plan de désengagement de l'assistance extérieure pour une prise en charge du fonctionnement de l'école par les ressources nationales.	• Constituer le conseil d'administration et autres organes et mécanismes pour mettre en place les différents textes d'application de la loi 001 94 du 11 Décembre portant réforme de l'ENSIPSS et du décret portant statut de l'ENASS. • Analyser le coût de fonctionnement de l'ENASS basé sur de nouvelles fonctions et programmes à développer. • Rédéfinir les conditions d'attribution des bourses et voir les conditions et modes de prise en charge des coûts de formation par les communautés rurales.

TABLEAU III.K (Suite)

STRATEGIES	RECOMMANDATIONS
2. Niveau Pédagogique 2.1 Révision des programmes existants (contenu, méthodes d'enseignement et systèmes d'évaluation) en les orientant vers la satisfaction des besoins de santé des communautés et selon PMA et PCA.	• Mettre en place des commissions techniques et évaluer le coût pour la révision des programmes selon les filières prioritaires retenues. • Revoir les filières à options et préciser le niveau d'orientation (après 1 an ou 2 ans de tronc commun). • Etudier la possibilité d'intégrer les stages ruraux dans certaines filières et évaluation du coût.
2.2 Officialisation des programmes révisés et harmonisation avec ceux des institutions privées (Goundi-Bébalem-Koumra).	• Poursuivre des contacts entre l'ENASS et les responsables de ces institutions privées (voir étude entamée en 1988-90).
2.3 Elaboration des programmes des nouvelles filières à créer à ENASS.	• Mettre en place des commissions techniques et évaluer le coût pour l'élaboration de ces nouveaux programmes.
2.4 Elaboration des manuels et autres supports pédagogiques	• Elaborer des manuels de techniques soins à l'usage des enseignants permanents et élèves infirmiers et sages-femmes. • Elaborer des modules selon les besoins définis à partir des programmes établis.
3. Niveau Général Harmonisation de la formation initiale avec la formation continue.	• Etablir des mécanismes de coordination entre l'ENASS et les structures chargées de la formation continue.

SYNTHESE DES DISCUSSIONS EN PLENIERE

3.1 Le personnel considéré ici correspond uniquement aux besoins des structures et services du système de santé national. Par conséquent, les besoins en personnel social dans son ensemble ne sont pas envisagés pour les activités purement sociales dont le lien n'est pas direct avec les activités des services de santé. Ainsi, seuls les adjoints et assistants sociaux sont considérés car le système de santé en reconnait les besoins au niveau de ses structures. Ceci ne doit pas limiter la formation de personnel social complémentaire au niveau de l'ENASS.

3.2 La capacité de formation de l'ENASS est une donnée importante pour la planification du personnel de santé d'ici l'an 2000. Actuellement, la capacité d'accueil de l'école est de 350 élèves par an. Ceci ne préjuge en rien de la répartition par catégories, toujours dépendantes du personnel d'encadrement disponible. Un plan de formation tiendra compte de cette donnée pour établir les effectifs à former dans chaque filière.

3.3 Le terme de "personnel paramédical" est de plus en plus souvent remplacé par le terme de "cadres moyens et intermédiaires de la santé". Dans ce rapport, les 2 terminologies sont utilisées de manière interchangeable.

3.4 Les tableaux III.A, III.B, et III.C listent dans l'ordre prioritaire de compétence les catégories de personnel susceptibles de réaliser une activité donnée. En ce sens, ils définissent les catégories pouvant occuper les postes. A l'inverse, les tableaux III.F et III.G définissent les postes d'affectation possible du personnel, les fonctions qu'ils peuvent occuper, et les tâches qu'ils peuvent effectuer.

3.5 Les effectifs à former présentés dans le tableau III.D ne sont qu'une estimation destinée à donner un ordre de grandeur. Les calculs seront affinés pour être présentés dans les plans de dotation et de redéploiement.

3.6 Compte tenu des capacités de formation, il est possible qu'une catégorie donnée de personnel ne puisse être formée en nombre suffisant pour la mise en oeuvre du plan de dotation. Dans ce cas, l'affectation de personnel de qualification immédiatement inférieure est possible conformément aux données des tableaux III.F et III.G. Le plan de formation pourra alors proposer l'alternative de combiner ces deux types de personnel dont l'un peut être produit en plus grande quantités d'ici l'an 2000 étant donné une durée de formation plus courte.

Ainsi, par exemple, si l'on constate qu'il n'est pas possible de former suffisamment de techniciens de laboratoire (durée de formation = 3ans), certains de ces postes seront occupés par des adjoint-techniciens de laboratoire dont la durée de formation est de 2 ans.

3.7 Le budget et les ressources nécessaires au fonctionnement de l'ENASS restent à définir dans le détail. Le tableau III.J ne représente qu'une estimation des besoins.

3.8 La polyvalence de l'IDE est une nécessité, afin de couvrir les activités du PMA. De même, la problématique de la couverture du pays en sage-femmes tient plus d'une difficulté d'affectation en province que d'une limitation de la production. L'assemblée a proposé qu'une filière de spécialisation des infirmiers soit créée afin que le personnel masculin, plus facile à affecter, comble les besoins en province. Néanmoins, des barrières culturelles existent dont il faut tenir compte.

3.9 La catégorie des infirmiers titulaires doit disparaître. Il ne faut, par conséquent, plus former de personnel infirmier en 1 an.

3.10 Les contenus des programmes de formation du personnel de santé et du personnel social doivent être bien différenciés. Ceci afin d'éviter un conflit de compétences sur le terrain où nombre de personnel social exécute des tâches dévolues au personnel de santé.

GROUPE IV

LA FORMATION INITIALE DES CADRES SUPERIEURS DE LA SANTE

GROUPE IV : LA FORM. TION INITIALE DES CADRES SUPERIEURS DE LA SANTE

LISTE DES PARTICIPANTS

NOMS ET PRENOMS	FONCTION
1. Dr ABOURMA K.	- Dentiste Hôpital Central
2. Dr ALLARANGAR Y.	- DPS Ouaddal
3. Dr MOHAMED Ibrahim Abdallah	- DACS
4. Pr NGOLET Arthur	- CTP/OMS/FACSS
5. Dr NOH Adaffana	- Directeur Ensei. Sup. et Bourses
6. Dr PAINEAU Dominique	- CTP/PNLC
7. Dr PATALE Tezeré	- Direct. Dép. Sciences Clini./FAC
8. Dr WELLINGER Marie-Thérèse	- MCD/Mongo

RESULTATS ATTENDUS

- Tableau indiquant les catégories prioritaires à former entre 1994-2000, effectifs nécessaires, lieu de formation, durée de formation.

- Tableau indiquant les différentes catégories par poste, leurs fonctions et tâches et leur profil de sortie synthétique.

- Tableau regroupant les orientations et les principales indications par type de formation concernant les étudiants, les programmes, la méthodologie, les professeurs, les autres ressources pédagogiques et l'évaluation des apprentissages et des programmes.

- Tableau synthétique de la formation initiale à l'étranger (Spécialistes et Techniciens supérieurs) : thèmes, cibles, nombre, lieu, durée, budget de financement.

- Tableau récapitulatif des ressources nécessaires pour la formation initiale et l'estimation de son budget.

- Tableau des stratégies d'implantation du plan de formation initiale et recommandations utiles.

- Calendrier d'exécution de cette formation initiale.

RESULTATS PRESENTES

1. Liste des catégories de médecins à former, avec classification en 4 niveaux de priorité pour les spécialistes et estimation des besoins (**Tableau IV.A**).

2. Liste des catégories de techniciens supérieurs et agents de maîtrise à former, avec classification en 4 niveaux de priorité et estimation des besoins (**Tableau IV.B**).

3. Durée et lieu de formation à l'étranger des médecins spécialistes d'ici l'an 2000 (**Tableau IV.C**).

4. Durée et lieu de formation à l'étranger des techniciens supérieurs et agents de niveau maîtrise d'ici l'an 2000 (**Tableau IV.D**).

5. Rôle et orientations souhaitées de la FACSS dans la formation des cadres supérieurs de la santé (p.103).

6. Programme de formation des médecins à la FACSS : matières enseignés et volume horaire par année (**Tableau IV.E**).

7. Liste des scénarios possibles pour définir le rôle de la FACSS dans la formation des cadres supérieurs de la Santé, ainsi que leurs avantages et inconvénients (p.108).

8. Propositions d'affectation des cadres supérieurs de la santé dans les différentes catégories d'hôpitaux (p.111).

9. Estimation comparée des coûts de formation selon la catégorie de personnel et le lieu de formation (**Tableau IV.F**).

TABLEAU IV.A: ESTIMATION DES BESOINS EN MEDECINS PAR ORDRE DE PRIORITE

CATEGORIES	BESOINS	EXISTANT	DEFICIT	A FORMER[1]	RANG DE PRIORITE
Généraliste	178	103	75	90	I
Anesthésiologiste	10	1	9	11	I
Chirurgien Généraliste	35	8	27	33	I
Internis'e	20	0	20	24	I
Neuro-psychiatre	6	0	6	7	I
Santé Publique	57	14	43	52	I
ORL	5	1	4	5	II
Stomatologue (chirurgien maxillo-facial)	5	0	5	6	II
Radiologue	13	0	13	16	II
Anatomo-pathologiste	1	0	1	2	II
Biologiste	4	1	3	4	II
Ophtalmologiste	8	2	6	7	III
Pédiatre	14	6	8	10	III
Gynéco-Obstétricien	13	4	9	11	III
Médecin du travail	1	0	1	2	IV
Penumologue	5	2	3	4	IV
Oncologiste	1	0	1	2	IV
Médecin Légiste	1	0	1	2	IV
Dermatologue	2	1	1	2	IV
Cardiologue	6	1	5	6	IV
Histologiste	1	0	1	2	IV
Rééducateur Fonctionnel	1	0	1	2	IV
TOTAUX	**387**	**144**	**243**	**300**	

Basé sur les besoins estimés des différents niveaux du système de santé, ce tableau exprime des normes stratégiques.

1: le nombre à former est supérieur au déficit constaté car il est appliqué un coefficient de 1,2 tenant compte du taux d'attrition scolaire de 20%

TABLEAU IV.B: ESTIMATION DES BESOINS EN TECHNICIENS SUPERIEURS ET AGENTS DE NIVEAU MAITRISE PAR ORDRE DE PRIORITE

SPECIALITE	BESOINS	EXISTANT	DEFICIT	A FORMER[1]	RANG DI PRIORITI
Ophtalmologie	45	8	37	44	
Odontologie	50	16	34	41	
Anesthésie-Réanimation	50	8	42	50	
Instrumentation	100	0	100	120	
Puériculture	71	0	71	85	
Economie/Administration de la santé	50	6	44	53	
Electro-Médical	14	0	14	17	
Radiologie	14	2	12	14	
ORL	14	2	12	14	
Pédagogie	10	0	10	12	
Soins infirmiers	80	12	68	82	
Nutrition	40	5	35	42	
Planification	5	1	4	5	
Secrétariat médical	14	0	14	17	
Bibliothécaire	10	0	10	12	
Génie sanitaire	50	16	34	41	
Affaires sociales	35	3	32	38	
Kinésithérapie	20	6	14	17	1
Prothèse	15	1	14	17	1
Sociologie	10	3	7	8	1
Entomologie	5	4	1	2	1
Obstétrique	10	2	8	10	1
TOTAUX	**712**	**95**	**617**	**741**	

Basé sur les besoins estimés des différents niveaux du système de santé, ce tableau exprime des normes stratégiques.

1: le nombre à former est supérieur au déficit constaté car il est appliqué un coefficient de 1,2 tenant compte du taux d'attrition scolaire de 20%.

TABLEAU IV.C: FORMATION DES MEDECINS SPECIALISTES A L'ETRANGER

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	A FORMER D'ICI L'AN 2000[1]	DUREE DE FORMATION (années)	LIEU DE FORMATION
Cardiologue	2	3	Afrique
Anesthésiste	5	3	Abidj/Ydé
Chirurgie générale	15	4	Abidj/Ydé
Dermatologue	2	3	Afrique
Radiologue	3	3	Afrique
Gynéco-obstétricien	12	3	Afrique
Interniste	10	4	Afrique
Pédiatre	10	4	Afrique
Pneumologue	2	4	Afrique
ORL	2	3	Bamako
Ophtalmologiste	2	3	Afrique
Neuro-psychiatre	2	3	Afrique
Stomato (chirurgie maxillo-faciale)	2	4	Afrique
Rééducation fonctionnelle	1	3	Afrique
Oncologiste	1	3	Europe
Biologiste	4	4	Afrique
Anatomo-pathologiste	2	4	Afr./Eur.
Histologiste	1	3	Europe
Légiste	1	3	France
Santé publique	20	1 à 4	Afrique
Médecin du travail	1	3	Afrique
TOTAL	**100**		

1: il s'agit d'une estimation minimale tenant compte des besoins prioritaires.

Abidj = Abidjan
Eur. = Europe
Ydé = Yaoundé
Afr. = Afrique

TABLEAU IV.D: FORMATION DES TECHNICIENS SUPERIEURS ET AGENTS DE NIVEAU MAITRISE A L'ETRANGER

SPECIALITES	CIBLE	A FORMER D'ICI L'AN 2000[1]	DUREE (ans)	LIEU
Ophtalmologie	IDE/Bac	18	1	Bamako
Laboratoire	Bac	10	3	Tch./Afrique
Radiologie	Bac T,S	10	2-3	Afrique
ORL	IDE	8	3	Afrique
Odontologie	IDE	20	3	Dakar/Ydé
Anesth-réanimation	IDE	20	2-3	Afrique
Soins infirmiers	IDE	25	2	Afrique
Nutrition	Bac	15	2	Afrique
Kinésithérapie	Bac/IDE	10	2	Afrique
SF principale	Bac/SFDE	8	3	Afrique
Instrumentation	IDE	20	3	Europe
Puériculture	IDE/SFDE	10	3	Maroc/Togo
Electro-médical	Bac T	10	3	Afrique
Génie sanitaire	Bac T	15	3	Afrique
Epidémiologie	IDE	15	3	Tchad
Statistique	Bac/AT	20	3	Brazza
Secrétar. médical	Bac	5	3	Europe
Entomologie	AT/IDE	2	3	CIESPAC/Brazza
Pédag./Educ.sanit.	Bac	20	3	Afrique
Bibliothécaire	Bac	4	3	Afrique
Ortho. prothèse	Bac/Kiné	16	3	Afrique
Planification	Bac	4	3	Afr./Eur.
Economie/Adm.santé	Bac	25	3	Afr./Eur.
TOTAL		**310**		

1: il s'agit d'une estimation minimale tenant compte des besoins prioritaires

AT = agent technique
T = technique
S = scientifique
Tch= Tchad
Brazza= Brazzaville
Afr.= Afrique
Eur.= Europe
Ydé = Yaoundé

ROLE ET ORIENTATIONS DE LA FACSS DANS LA FORMATION DES CADRES SUPERIEURS DE LA SANTE

Le groupe a proposé que la FACSS puisse participer à la formation des deux types de cadres supérieurs de la santé suivants:

-Les médecins généralistes
-Les techniciens supérieurs ou agents de niveau maîtrise

1. Formation des médecins généralistes à la FACSS

La filière médicale serait renforcée afin de former des omnipraticiens polyvalents ayant un profil spécifique de médecin de district. Cela ne signifie pas que ce médecin serait condamné à travailler dans une région rurale. Au contraire, ses compétences en management, prise en charge des urgences chirurgicales, et gynéco-obstétrique lui permettraient de remplir les fonctions suivantes :

-médecin-chef de district
-médecin-chef d'un hôpital de district
-médecin-chef d'un hôpital central de préfecture
-médecin traitant de l'hôpital général

Les conditions d'entrée souhaitées sont les suivantes :

-bac série scientifique
-concours annuel
-âge inférieur à 30 ans

Le détail des cours est donné au tableau IV.E. La santé publique y est introduite dès la première année, mais c'est réellement vers la fin des études que la spécificité de médecin de district est acquise.

La carrière proposée pour un médecin généraliste tchadien est la suivante:

-médecin de district au début
-médecin traitant-adjoint dans un hôpital central de préfecture après 5 ans dans un district et sur concours
-médecin traitant de l'hôpital général après 10 ans d'ancienneté

2. Formation des techniciens supérieurs et agents de niveau maîtrise à la FACSS

Cette filière est à créer car le groupe estime que la FACSS pourrait commencer à former ces agents dans les spécialités suivantes :

. Laboratoire
. Secrétariat médical
. Anesthésie
. Soins infirmiers
. Bloc opératoire : - instrumentation
- stérilisation
- management
. Génie sanitaire
. Nutrition

Le groupe voit la création de cette filière comme susceptible de motiver l'intérêt des bailleurs de fonds, plus que la filière des généralistes.

Le recrutement des étudiants se ferait au niveau minimum IDE.

CONTRAINTES RENCONTREES

Les contraintes au fonctionnement de la FACSS ont fait l'objet d'une présentation non exhaustive par le groupe :

Non respect par l'Etat de son engagement de ne plus envoyer en formation initiale à l'étranger.

Dégradation du climat social général et de la situation macro-économique du pays.

Manque d'engagement des principaux partenaires extérieurs.

Manque de confiance du corps médical tchadien dans la FACSS.

Manque de facteurs d'incitation à l'enseignement.

Manque de motivation du personnel d'encadrement.

Manque de coordination entre le MSP et MEN dont dépend la FACSS.

Un plateau technique insuffisant pour rendre les stages en hôpitaux validants et formateurs.

Un budget de fonctionnement théoriquement affecté mais jamais attribué.

LE CORPS ENSEIGNANT

Il est composé de:

Enseignants de Corps Magistral (agrégés et plus)

. 1 permanent (CTP)
. 7 visiteurs (2 OMS ; 5 AUPELF)

Maître-assistants (CES et plus)

. 9 permanents
. 18 permanents Université de N'djaména
. 11 vacataires

Le groupe a estimé que ce personnel d'encadrement est en nombre acceptable pour démarrer l'enseignement, mais que la formation de formateurs était une priorité.

TABLEAU IV.E: PROGRAMME DE FORMATION DES MEDECINS A LA FACSS

MATIERES ENSEIGNEES	VOLUME HORAIRE PAR ANNEE					
	1	2	3	4	5	6
Anatomie	150	100				
Physiologie	90	86				
Biochimie	88	100				
Biophysique	39	46				
Statistiques	35					
Chimie générale	4					
Chimie organique	40					
Biologie cellulaire	39					
Histologie		80				
Embryologie	24					
Soins infirmiers	35	35				
Santé publique	35	56	30	55		
Anglais	30	30				
Sémiologie médicale			122			
Sémiologie chirurgicale			72			
Bactério/Virologie			87			
Anatomopathologie			52	60		
Parasitologie			40			
Immunologie			20			
Psychosociologie		30	30			
Pharmacologie			30	60		
Biochimie clinique			60			
Cardiologie				65		
Pneumologie				47		
Pathologie infectieuse et parasitaire				60		
Gastro-entérologie				75		
Gynéco/Obstétrique				59		
Pédiatrie				42		
Hématologie				34		
Néphro-urologie				40		
Radiologie				40		
Orthopédie				70		
Endocrinologie				40		
Dermato-Vénérologie					25	
Psychiatrie					30	
Anesthésie-Réanimation					40	
Déontologie					35	
Médecine légale					36	
Médecine du travail					20	
Médecine scolaire					15	
ORL/Odonto/Stomatologie					90	
Pédagogie					20	
Thérapeutique					122	
Cancérologie					30	

TABLEAU IV.E (suite)

MATIERES ENSEIGNEES	VOLUME HORAIRE PAR ANNEE					
	1	2	3	4	5	6
Administration santé						36
Economie de la santé						30
Management/Planification						60
Méthodes d'évaluation						20
Soins de santé primaires						95
Chirurgie des hôpitaux de district						80
Urgences et Stratégies d'investigation						40
Décision Médicale						120
TOTAL	**609**	**563**	**543**	**747**	**463**	**481**

La 7° année est consacrée exclusivement à 2 activités:

- les stages pratiques internes
- la rédaction de la thèse

STRATEGIES ALTERNATIVES POUR LA DEFINITION DU ROLE DE LA FACSS DANS LA FORMATION DES CADRES SUPERIEURS DE SANTE

1ère STRATEGIE: La FACSS ferme et les étudiants actuels finissent leurs études à l'étranger.

* Avantages :
  - Les étudiants sont assurés de terminer leurs études.

*Inconvénients :
  - Maintien de la dépendance envers l'extérieur.

2ème STRATEGIE : Les étudiants actuels finissent leurs études à la FACSS, mais aucun étudiant nouveau n'est recruté. Les futurs médecins sont formés à l'étranger et la FACSS ouvre une filière pour les Techniciens Supérieurs uniquement.

* Avantages :
  - Les T.S. sont formés sur place à moindre coût.

* Inconvénients :
  - Maintien de la dépendance envers l'extérieur pour la formation des médecins.
  - Dévalorisation des étudiants actuels.
  - Absence de la spécificité "médecin de district".

3ème STRATEGIE : les étudiants actuels finissent leurs études. Les nouveaux étudiants font 6 ans à l'étranger et reviennent à la FACSS pour la dernière année.

* Avantages :
  - Assurance d'une bonne formation clinique.
  - Acquisition de la spécificité "médecin de district" la dernière année.

* Inconvénients :
  - Coût élevé de la formation.
  - Nécessité de passer des conventions avec des universités étrangères.
  - Problème de validation des études.
  - Maintien de la dépendance envers l'extérieur.
  - Désintéressement vis-à-vis du cursus actuel.

4ème STRATEGIE : statu-quo, c'est-à-dire le fonctionnement de la FACSS dans les conditions difficiles actuelles.

* Avantages :
  - Maintient la pression pour une meilleure prise en charge de la FACCS et la réhabilitation de l'Hôpital Général.
  - Produit des médecins à moindre coût.
  - Introduit l'aspect recherche dans les institutions médicales.
  - Profil médical adapté aux besoins du pays.

* Inconvénients :
  - Ne résoud pas les problèmes de viabilité immédiate.
  - Ne garantit pas la qualité du produit final.

5ème STRATEGIE : La FACSS continue à former des médecins et ouvre, en plus, des filières pour la formation des techniciens supérieurs.

* Avantages :
  - Maintient la pression pour une meilleure prise en charge de la FACCS et la réhabilitation de l'Hôpital Général.
  - Produit des médecins à moindre coût.
  - Introduit l'aspect recherche dans les fonctions médicales.
  - Diminue la dépendance envers l'extérieur.

* Inconvénients :
  - Les problèmes de la formation des médecins restent les mêmes.
  - Difficultés de mise en oeuvre des filières supplémentaires dans un contexte peu favorable.

6ème STRATEGIE: les étudiants en médecine font les 3 premières années à la FACSS, les 3 suivantes à l'extérieur, et la 7° à la FACSS. De plus, la FACSS ouvre les filières de T.S.

* Avantages :
  - La FACSS garde un rôle dans la formation de ses médecins
  - formation à moindre coût.

* Inconvénients :
  - Adaptation des programmes et des niveaux entre universités.
  - Conventions entre universités.
  - Risque de décalage dans les études.
  - Surcoût en déplacement.

7ème STRATEGIE: La filière médicale continue comme actuellement. Les T.S. seraient formés au niveau de la sous-région par des instituts spécialisés (OCEAC,...)

* Avantages :
  - Formation de qualité pour les T.S.
  - Adaptation des études au profil de sortie souhaité.

* Inconvénients :
  - Dépendance vis-à-vis de l'extérieur pour la formation des T.S.
  - Aucune solution aux problèmes immédiats de viabilité de la FACSS

PROPOSITIONS D'AFFECTATION DES CADRES SUPERIEURS DE LA SANTE DANS LES DIFFERENTES CATEGORIES D'HOPITAUX

A) **Hôpital de district**

- Médecins omnipraticiens

- TS : . en bloc opératoire
  . odontologie
  . puériculture
  . nutrition
  . épidémiologie
  . génie sanitaire

B) **Hôpital central de Préfecture à faible capacité**

- Médecins omnipraticiens (service des urgences)

- Médecins spécialistes : . médecine interne
  . pédiatrie
  . chirurgie générale
  . gynéco-obstétrique

- Techniciens supérieurs : . anesthésie-réanimation
  . bloc opératoire
  . odontologie
  . puériculture
  . nutrition
  . épidémiologie
  . génie sanitaire

C) **Hôpital central de Préfecture à forte capacité**

- Médecins omnipraticiens (service des urgences)

- Médecins spécialistes : . équipe de l'hôpital central à faible capacité
  . neuro-psychiatrie
  . cardiologie
  . ophtalmologie
  . ORL (chirurgie)
  . chirurgie maxillo-faciale
  . anesthésie-réanimation
  . radiologie

- Chirurgiens dentistes

- Pharmaciens

- Techniciens supérieurs :
  . équipe del'hôpital central à faible capacité
  . ORL
  . ophtalmologie
  . laboratoire
  . radiologie
  . obstétrique (sage-femme principale)
  . électro-médicale
  . kinésithérapie
  . psychologie

D) <u>Hôpital Général de Référence Nationale</u>

- Toute l'équipe de l'hôpital central de préfecture à forte capacité

- Médecins spécialistes :
  . gastro-entérologie
  . endocrinologie/maladies métaboliques
  . néphrologie-urologie
  . rhumatologie
  . pneumologie
  . chirurgien thoracique
  . chirurgien urologique
  . rééducation fonctionnelle
  . anatomo-pathologie
  . biologie médicale (biochimie, microbiologie)
  . oncologie

TABLEAU IV.F: COMPARAISON DES COUTS[1] DE FORMATION PAR ETUDIANT SELON LE LIEU

LIEU DE FORMATION CATEGORIE	EUROPE	AFRIQUE	FACSS
TECHNICIEN SUPERIEUR OU NIVEAU MAITRISE	Non envisagé	T.S. en ophtalmologie à Bamako (9mois): 1.920.000	Non envisagé
MEDECIN GENERALISTE	Non envisagé	Pour 7 ans: -bourse: 8.400.000 -scolarité: 1.400.000 -voyage: 1.200.000 Total = 11.000.000	Pour 7 ans: -bourse: 1.960.000 -budget de fonctionnement : 2.800.000 -indemnités d'enseignement : 1.120.000 Total = 5.880.000
MEDECIN SPECIALISTE	*CES en 4 ans: 28.800.000 *Diplôme de santé publique à Bruxelles (4 mois): 4.000.000	*hypothèse basse (CES 3 ans): -bourse: 2.880.000 -scolarité: 600.000 -voyage: 300.000 Total = 3.780.000 *hypothèse haute (CES ohptalmo à Bamako, 3 ans): -bourse: 4.680.000 -scolarité: 1.200.000 -voyage: 450.000 Total = 6.330.000	Non envisagé

1: en Francs Cfa

SYNTHESE DES DISCUSSIONS EN PLENIERE

4.1 Les différentes spécialités proposées ne correspondent pas exactement aux normes en personnel présentées par le groupe I. Le groupe IV a proposé une liste indicative et exhaustive des techniciens supérieurs plus large que les normes retenues. Ceci est à titre indicatif, car les rangs de priorités peuvent être changés.

4.2 La formation des cadres supérieurs dans le domaine des affaires sociales n'a pas été détaillée car elle sortait des limites de cet atelier.

4.3 L'assemblée a reconnu les sévères difficultés de fonctionnement que connaît la FACSS ce qui pose le problème de sa viabilité à court terme. Elle a souhaité qu'un symposium soit organisé pour débattre de ce point avec les bailleurs de fonds.

4.4 De nombreux intervenants ont exprimé leurs inquiétudes concernant la qualité finale des médecins en cours de formation à la FACSS. En effet, les conditions d'enseignement optimales sont loin d'être remplies : insuffisance quantitative et qualitative d'enseignants, absence de lieux de stage validants. Ce faisant, il a été constaté l'absence de garantie de qualité du médecin formé à la FACSS.

4.5 Un manque de concrétisation de la volonté politique de créer une faculté de médecine a été constaté. En effet, les moyens de fonctionner sont très largement insuffisants.

4.6 Aucune des stratégies proposées n'a fait l'objet d'un consensus lors de l'atelier. Néanmoins, l'assemblée estime avoir posé clairement les éléments du choix.

4.7 La coordination entre la formation de spécialistes et le développement du plateau technique est jugée indispensable par l'assemblée. En effet, un spécialiste de haut niveau verrait son expertise sous-utilisée dans les conditions actuelles de fonctionnement de l'Hôpital Général. L'adoption d'un plan progressif et réaliste de formation des spécialistes semble donc une solution prudente.

4.8 L'assemblée a reconnu la pertinence de former les médecins tchadiens dans une université africaine, de préférence aux universités occidentales. Ceci pour 2 raisons principales : le coût y est moindre, et l'enseignement plus adapté aux réalités locales. Néanmoins, ceci n'est pas valable pour toutes les spécialités.

4.9 La FACSS a pour vocation essentielle de former des médecins généralistes avec un profil de médecin de district polyvalent. Néanmoins, la proposition d'ouvrir des filières de formation de techniciens supérieurs a été faite.

4.10 Les critères de priorisation des différentes catégories à former ne sont pas explicités par le groupe. Ainsi, il peut paraître surprenant que les pédiatres soient classés au rang prioritaire n° 3 alors que la politique de santé met l'accent sur la santé maternelle et infantile et qu'un manque de pédiatres est noté par le groupe.

GROUPE V

LA FORMATION CONTINUE DU PERSONNEL DE SANTE

116

GROUPE V : LA FORMATION CONTINUE DU PERSONNEL DE SANTE

LISTE DES PARTICIPANTS

NOMS ET PRENOMS	FONCTION
1. Dr ADOUM Ali Garandi	- Responsable National PEV/LMD
2. Mme BOUTTIN Véronique	- Resp. Formation Mayo-Kebbi/MSF
3. Dr DAUBY Patrick	- Assistant Technique/ITS
4. Mr DJOGOYE Talansadi	- Chef Bureau des Ressources
5. Dr DOUAL Mbaïguedem	- DPS/Lac
6. Mme FITITAH Mariam	- Directrice Adj.Aff.Sociales
7. Mr KAI Deglemine	- Responsable Division IEC
8. Dr KANIKA Djam	- MCD/Sarh
9. Dr KESSLER Walter	- Chef de Projet Santé/MSF
10.Dr KONO Noudjalbaye	- Chef Div. SMI/BEF
11.Mr MAHAMAT Oumar	- Chef Div. Qualité de soins
12.Dr MALONGA	- CTP SMI/BEF
13.Dr MORIN Eric	- Conseiller PNT
14.Dr SAADA Daoud	- Responsable PNLS

RESULTATS ATTENDUS

- Tableau actualisé de la situation de la formation continue : Thèmes, cibles, nombre, lieu, durée, financement.
- Tableau des thèmes prioritaires de formation continue et leurs cibles.
- Tableau des scénarios et stratégies de formation continue à retenir : atelier, séminaires, stages, lieu, durée, scénarios homogènes, hétérogènes.
- Tableau des cohortes des personnels de santé à former de 1994-2000.
- Tableau indiquant les ressources nécessaires et les sources potentielles de financement.
- Plan synthétique 1994-2000 de la formation continue : Thèmes, cibles, nombre, durée, lieu, budget, sources de financement, observations.
- Tableau des stratégies d'implantation du plan de formation continue et recommandations utiles.
- Calendrier d'exécution de la formation continue.

RESULTATS PRESENTES

1. Liste des formations continues ayant eu lieu entre 1990 et 1993 pour le personnel de santé (**Tableau V.A**).

2. Liste des thèmes prioritaires de la formation continue (**Tableau V.B**).

3. Scénarios de formation continue pour les thèmes prioritaires retenus au 1er échelon (**Tableau V.C**).

4. Scénarios de formation continue pour les thèmes prioritaires retenus au 2è échelon (**Tableau V.D**).

5. Scénarios de formation continue pour les thèmes prioritaires retenus au niveau intermédiaire (**Tableau V.E**).

6. Scénarios de formation continue pour les thèmes prioritaires retenus au niveau central (**Tableau V.F**).

7. Liste des formations continues à l'étranger pour la période 1994-2000 (**Tableau V.G**).

8. Le système de la formation continue, avec la définition des fonctions de chaque niveau (**Tableau V.H**).

9. Synthèse des scénarios de formation continue (**Tableau V.I**).

10. Liste des formations continues ayant eu lieu entre 1990 et 1993 dans le secteur social (**Tableau V.J**).

11. Liste des formations continues retenues dans le domaine social de 1994 à 2000 (**Tableau V.K**).

12. Budget estimatif pour les formations continues souhaitées pour la période 1994-2000 (**Tableau V.L**).

TABLEAU V.A : FORMATIONS CONTINUES AYANT EU LIEU ENTRE 1990-1993.

THEMES	CIBLES	NOMBRE	LIEU	DUREE	FINANCEMENT
Education pour la santé:					
Atelier	Responsable des programmes/ projet santé publique ONG	30	N'Djaména	4 jours	PADS
Formation en IEC/LMD	Agents sociaux Agents de l'agriculture journalistes Responsable IEC	28	N'Djaména	5 jours	OMS
Formation des formateurs en MST/SIDA	Personnel de santé et Affaires sociales	67	N'Djaména/Moundou	2 jours	OMS/PNLS
Sida clinique diagnostic, traitement	Médecins	69	N'Djaména	6 jours	OMS/PNLS
MST	Médecins	25	N'Djaména	6 jours	FAC/PNLS
Médicaments essentiels:					
Standardisation	1er/2ème échelon	60	MK/District	5j. cont.	MSF
formation pharmacien	Pharmacien hôpital	5	MK/District	continue	MSF
Prescription	1er échelon	10	N'Djaména	1 semaine	PADS

TABLEAU V.A (suite)

Administration/Gestion					
Supervision	MCD	6	MK Bongor	3 j.	MSF
Planification	MCD/MCH	6	MK Bongor	6 j.	MSF
Epidémiologie Tropicale	MCD	4	Bale	1 semaine	ITS
Planification des hôpitaux de district	MED.Hôpital	1	Yaoundé	1 semaine	ITS
Cours de santé publique	MCD	3	N'Djaména	5 x 1 j.	ITS
Planification des activités	MCD-MCP	8	N'Djaména	1 semaine	ITS
Recouvrement des coûts	MCD	1	N'Djaména	1 semaine	PADS
Formation Médecin stagiaire	MCD	1	Fianga	1 an	MSF
Recouvrement des coûts	MCD/MCH	8	Bongor	2x6j.	MSF
Gestion Médicaments	MCD/gest.	2	Bruxelles	21 j.	MSF
Comité santé Comité gestion	Participants	200	Par zone de responsabilité	2j. et continue	MSF
Formation en techniques de supervision LMD	DPS	28	N'Djaména	5 j.	OMS
Formation à la planification LMD et service pédiatrie	DPS	22	N'Djaména	1 semaine	OMS/UNICEF
Supervision	MCD/DPS/Méd.conseillers	25	N'Djaména	5j.	FED/Univ.Bichat
Rôle + fonctionnement de l'hôpital de district	MCD/DPS/Méd.conseillers	27	N'Djaména	4j	FED/Univ.Bichat

TABLEAU V.A (SUITE) :

THEMES	CIBLES	NOMBRE	LIEU	DUREE	FINANCEMENT
Organisation CS Soins intégrés	Infirmiers resp. des CS : Char-B., BET, Biltine, Ouaddaï, Batha, Guéra, Salamat.	67	NDJ Abéché Ati	5 j.	FED
Découpage sanitaire	Infirmiers resp. des CS	23/an	9 Préfectures + NDJ	4-5 j.	FED
Méthodologie de surveillance par site sentinelle	Médecins	14	NDJ	6 j.	OMS/PNLS
Soins Curatifs					
Consultation curative primaire, standardisation des prescriptions,	1e, 2e échelon	60	par district	4j.et continue	MSF
pansement.	1e, 2e échelon	60	par district	1j.et continue	MSF
Chirurgie anesthésie	MCD + Responsable MCH	15	MK/district	continue	MSF
Laboratoire	Laborantin 2e éch	6	MK/district	15j et continue	MSF
Consultation curative	1e éch.	8	Bousso	3x1 semaine	ITS
Prescription	1e éch.	10	NDJ	1 semaine	PADS
Chirurgie					
Stratégie/ diagnostic/traitement	MCD 1e, 2e échelon	1 8	Moundou Bousso	3 mois 4 jours	ITS ITS
Echographie	MCD/MCH	8	MK/district	continue	MSF
Diarrhée	1e, 2e échelon	18	MK/Bongor	1 j.	MSF

TABLEAU V.A (SUITE) :

THEMES	CIBLES	NOMBRE	LIEU	DUREE	FINANCEMENT
Formation dans le cadre de la décentralisation des formateurs-prise en charge des cas	MCD opérationnel	24	NDJ	5 j.	OMS/UNICEF
Antibiothérapie	Infirmiers resp.MCS	23/an	9 préf. + NDJ	4 - 5 j.	FED
Sida : clinique, diagnostic, traitement	Médecins	69	NDJ	6 j.	OMS/PNLS
Diagnostic VIH	Laborantins	27x2	NDJ	6 j.	OMS/6e FED
Diagnostic MST/VIH	Laborantins	17	NDJ	12 j.	FAC
Stérilisation préventions Clinique MST/SIDA	Infirmiers Sage-femmes	25	Abéché	2 j.	OMS/PNLS
SMI/BEF					
CPN	1e et 2e échelon	60	MK/district	3j + stage + continue	MSF
CPN	1e échelon	8	Bousso	1 semaine	ITS
CPN	Infirmiers resp. des CS	23/an	9 Préf. + NDJ	4 - 5 j.	FED
Suivi des enfants sains	Infirmiers resp. des CS	1991 = 358 1992 = 357	9 Préf. + NDJ	4 - 5 j.	FED
Endémies					
Sida	Médecins Infirmiers Laborantin	10 60 12	MK/Bongor MK/district MK/Bongor	1 j. 1 j. 1 j.	MSF MSF MSF

123

TABLEAU V.A (SUITE) :

THEMES	CIBLES	NOMBRE	LIEU	DUREE	FINANCEMENT
Tuberculose	Médecin	10	MK/Bongor	2 j.	PNT-MSF
	Infirmier	60	MK/district	3 j.	PNT-MSF
	Laborantin	12	MK/Bongor	3 j.	PNT-MSF
Lèpre	Médecin	10	MK/Bongor	3 j.	PNL-MSF
	Infirmier	60	MK/district	6 j.	PNL-MSF
	Laborantin	7	MK/Bongor	6 j.	PNL-MSF
Hygiène Assainissement					
Construction incinérateur	Infirmiers 1e, 2e échelon	60	MK/district	continue	MSF
Vaccination					
PEV	1e, 2e échel.	60	MK/district	6 j.	MSF

TABLEAU V.B : THEMES PRIORITAIRES DE LA FORMATION CONTINUE
1er Echelon.

Composantes SSP/PMA	Thèmes prioritaires	Cibles
1- Education pour la santé Intégrée à toutes les unités d'activités du PMA.		
2- Hygiène-Assainissement activités communautaires.	* Participation communautaire * Hygiène du milieu * Lutte antivectorielle	IDE/AT/IB Assainissement Assainissement
3. Promotion alimentaire * Dépistage des malnutris * Prise en charge des malnutris	* Prise en charge des malnutris	IDE/AT/IB/SFDE
4- SMI/BEF * Prise en charge de la femme enceinte ou en âge de procréer * Prise en charge des enfants sains	* CPN/Post-natale * Vaccination mères * Soins obstétricaux * Surveillance de la croissance * Vaccination enfants * Méthodes cliniques contraceptives	IDE/SFDE/IB Idem Idem + A.T Idem Idem SFDE/IB
5- Vaccination - Mères - Enfants (0 - 4 ans)	* PEV	IDE/SFDE/IB
6- Soins curatifs - Consultation curative primaire	* Diagnostic-traitement (soins curatifs adéquats) * Nursing (Pansements,...)	IDE/IB/AT IDE/IB
7- Endémies * Prise en charge des malades chroniques (maln., TBC, Lèpre)	Prise en charge des malades chroniques	IDE/IB/AT SFDE
8- Médicaments essentiels	* Gestion de M.E * Prescription et traitement standardisés * RDC	IDE/IB/AT/SFDE Idem IDE
9- Gestion/Administration	* Gestion du CS * Gestion de la ZR * Communication intersectorielle * Supervision	IDE/SFDE IDE/SFDE IDE/SFDE IDE

TABLEAU V.B (Suite) :
2ème Echelon.

Composantes SSP/PCA	Cibles
DIRECTION DE DISTRICT	
* Gestion/administration	- Comité de direction (Gestionnaire, infirmier chef, etc...)
* Supervision	MCD + Equipe
* Suivi-Evaluation	" "
* Formation des formateurs	" "
* Planification	" "
* Recherche Opérationnelle et action	" "
HOPITAL DE DISTRICT	
* Urgences médicales - Coma - Intoxication, etc...	MED/IDE/SFDE
* Urgences chirurgicales - Appendicite - Hernie étranglée - G.E.U etc...	MED/IDE/SFDE
- Anesthésie/Réanimation	Infirmier
- Accouchements compliqués	MED/SFDE
* Soins hospitaliers - Nursing hospitalier	Infirmiers
* Laboratoire - Technique de laboratoire	Laborantins, infirmiers
* Radiologie - Technique de radiologie	MED/Technic. sup. en radiologie
* Consultation de référence	MED/Inf.
* Recouvrement des coûts	MED/Inf./Gestionnaire/SFDE
* Hygiène-assainissement - Hygiène alimentaire - Hygiène du milieu	MED/Inf/Techn. d'assainissement
- Hygiène de l'habitat - Lutte antivectorielle	MED + équipe
- Education pour la santé en milieu hospitalier	MED/Inf.
* Volet social Hospitalier (relation malade-agents sociaux, relation malade-enfants)	Agents sociaux

TABLEAU V.C : SCENARIOS DE FORMATION CONTINUE POUR LES THEMES PRIORITAIRES DU 1er ECHELON (1994-2000)

Thèmes prioritaires	Cibles	Scénarios Stratégies	Durée Lieu	Formateurs	MEPS	Observations	Financement
I- SMI/BEF . Surveillance prénatale et post-natale	Inf/SFDE	Séminaire + stage suivi supervis.	3j/district 1mois/nat. Contin/CS	Resp.Form./ MCD/SFDE	Manuel CPN/MSF Cours ENASS/CTS Manuel 6eFED CPN Fiche Nationale	Supervision/ formation des formateurs /DPS et programme SMI/BEF + partenaires	MSF 7eFED USAID FNUAP ITS/FAC UNICEF/BM/ Appel SECADEV World Vision MSP/OMS Croix Rouge Suisse ELF
. Soins obstétricaux	SFDE/Inf/ A.T	Stage	1mois/mat district	"	Matériel Module Films	Idem	Idem/FNUAP
. Surveillance de la croissance de l'enfant	SFDE/Inf	Séminaire stage supervis.	3j/district 2 sem/CS	"	Fiches des courbes de croissance Balances/ toises	Idem	Idem + UNICEF/USAID
. Vaccination de la femme enceinte et de l'enfant	SFDE/Inf	Séminaire Recyclage Supervis.	4j/district	Supervis. PEV, MCD Formateurs niveau central	Modules OMS Matériels PEV	Supervision et formations service national PEV Superviseurs PEV/MCD	Idem + UNICEF/OMS

TABLEAU V.C (Suite):

Thèmes prioritaires	Cibles	Scénarios Stratégies	Durée Lieu	Formateurs	MEPS	Observations	Financement
Méthodes cliniques	Médecins SFDE/Inf	Séminaire	3j.	MCD	Fiches de formation Module USAID	Supervision et formation des formateurs	USAID/FNUAP
MST/Infécondité	SFDE/Inf	Séminaire Supervision	4j/district	Resp.prog.MCD	Module OMS/FAC Dispositif Filus	Supervision formation des formateurs	Idem
.Surveillance nutritionnelle	SFDE/Inf		4j/district	C.N.N.T.A	Manuel C.N.N.T.A	Idem	UNICEF/OMS USAID
II- Soins curatifs . Soins curatifs adéquats	Inf.	Séminaire Récyclage Rédaction Schéma DG-TT	5x5j/an	DPS MCD, personne ressource programme	Guide national de médicam essentiels Schéma Dg-TT UNAD Manuels programmes	Idem	Projets d'appui aux programmes
III- Prise en charge des malades chroniques	Inf.	Séminaire	6j/district	DPS MCD PNLS PNT	Guides techniques des programmes	Idem	FAC/AFRF
IV- Système de référence/contre-référence	Médecins Inf.	Continue supervision	Continue/ district CS	MCD/Chef de ZR	Manuel de supervision fiches de réf/contre réf.	Idem	District
V- Activités communautaires	Inf./Agents d'assainissement	Séminaire supervision	7 j.	Programme SSP	Modules OMS/MSP	Idem	OMS Intervenants

TABLEAU V.C (Suite) :

Thèmes prioritaires	Cibles	Scénarios Stratégies	Durée Lieu	Formateurs	MEPS	Observations	Financement
VI- Education pour la santé	Inf/SFDE Agents d'assainissement	Séminaire Supervision	4 j.	DPS/MCD Resp. Niveau central	Brochures fiches affiches/ dépliants	Supervis. formation des formateurs	PADS/Programmes
VII- Gestion		Séminaire Supervision	3j/district	DPS MCD Interven.	Manuels OMS/FED	Idem	Intervenants

TABLEAU V.D : SCENARIOS DE FORMATION CONTINUE POUR LES THEMES PRIORITAIRES DU 2e ECHELON (1994-200).

Thèmes prioritaires	Cibles	Scénarios stratégies	Durée/ Lieu	Formateurs	MEPS	Observations	Financement
I-Urgences Médicales	Méd./Inf./ SFDE	Cours stage	1 sem. 3 sem.	Médecin spécialiste Chirurgien	Instructions et matériels cliniques	Evaluation validation	Intervenants
II-Urgences Chirurgicale	Méd./Inf.	Stage	6 mois/ hôp. de référence	Chirurgien	Chirurgie bloc opératoire	Idem	Intervenants
III-Anesthésie/ Réanimation	Inf.	Stage	3 mois	Anesthésiste/ Réanimateur	Manuels salle de réanimation bloc opératoire	Idem	Idem
IV-Accouchements compliqués	Méd./Inf.	Stage	3 mois/hôp. de référence	Gynécologue	Manuels d'obstét. bloc opératoire	Idem	Idem
V-Soins hospitaliers	Inf.	Cours Stage	Continue	MCD/Inf.chef	Manuels de technique de nursing	Evaluation validation continue	Idem
VI-Laboratoire	Labo.Inf.	Cours + Supervision continue	Continue	Equipe du Laboratoire national	Manuels de technique de labo	Evaluation validation	Intervenants et différents programmes

TABLEAU V.D (Suite)

Thèmes prioritaires	Cibles	Scénarios stratégies	Durée/ Lieu	Formateurs	MEPS	Observations	Financement
VII- Gestion	Méd/Inf. Gestionnaire	Atelier	6 jours	DRH Intervenants	Manuel formation continue du personnel de santé	Evaluation validation	Intervenants programmes
VIII-Supervision	Méd/Inf.	Atelier	7 jours	DRH Intervenants	Manuels techn.sup. Manuel de supervision	Evaluation validation	Intervenants programmes
IX-Radiologie	MCD/Tech Sup.en radio	Cours stage	3mois/Inf 15j./Méd.	Radiologue	Manuels de technique de radiologie	Evaluation Validation	Intervenants
X-Planification	MCD Equipe de district	Atelier	7 jours	Div. planification	Manuels de technique planification	Evaluation Validation	Intervenants
XI-Consultation de référence	Méd/Inf.	Formation recyclage	1-6 mois Hôp.de référence	Spécialiste	Matériels techn. de spécialité programmes	Evaluation Validation	Intervenants programmes
XII-Recouvrements des coûts	Méd/Inf. Gestion/SFDE	Atelier	7 jours	DPS/MCD Gestionnaire	Documents OMS et autres	Evaluation continue	Intervenants OMS/UNICEF

TABLEAU V.D (suite)

Thèmes prioritaires	Cibles	Scénarios stratégies	Durée/ Lieu	Formateurs	MEPS	Observations	Financement
XIII-Hygiène et Assainissement	MCH/Inf/ Tech. d'assain.	Séminaire Atelier	3 j/hôp district	Méd. hôpital Responsable génie sanitaire	Manuels OMS	Evaluation continue	Intervenants
XIV-Volet social hospitalier (relation malades/agents sociaux) relation malade/infirmier	Méd/Inf/ Agents sociaux	Atelier	Continue	Médecin chef service social	Manuel assistant social en milieu hospitalier	Evaluation continue	Intervenants
XV- Education pour la santé en milieu hospitalier	Méd. + Equipe de CS	Séminaire Atelier	Continue	- Méd/Inf. - Agents/ sociaux - Génie sanitaire	Manuels EPS	Evaluation continue	Intervenants

TABLEAU V.E : SCENARIOS DE FORMATION CONTINUE POUR LES THEMES PRIORITAIRES DU NIVEAU INTERMEDIAIRE (1994-2000).

DELEGATION PREFECTORALE

Thèmes prioritaires	Cibles	Scénarios stratégies	Durée/ Lieu	Formateurs	MEPS	Observations	Financement
I. Gestion/Admin.	Comité de direct.	Seminaire Atelier Réunion	7 j.	Niveau central	Manuel santé publique	Evaluation continue	Intervenants
II. Supervision	DPS + Equipe	Séminaire Atelier	7 j.	consultant niveau central	Manuel santé publique Superv.	Evaluation continue	Intervenants
III. Formation des formateurs	DPS + Equipe	Atelier	7-14 j.	Niveau central	Guide pédad. pour pers. santé	Evaluation continue	Intervenants
IV: Suivi-Evaluation	DPS + Equipe	Atelier	7 j.	Consultant niveau central	Manuel de suivi évaluation	Evaluation	Intervenants
V. Recherche opérationelle et action	DPS + Equipe	Atelier	7 j.	Consultant niveau central	Manuel de recherche OMS	Evaluation continue	Intervenants
VI. Planification	DPS + Equipe	Atelier	7j/an	Consultant niveau central	Manuel de planification	Evaluation continue	Intervenants

TABLEAU V.E (Suite)

HOPITAL CENTRAL DE PREFECTURE

Thèmes prioritaires	Cibles	Scénarios stratégies	Durée/ Lieu	Formateurs	MEPS	Observations	Financement
I. Urgences médicales	Méd./Inf.	Séminaire Supervis.	7j/ENASS	Spécialiste réanimateur	Manuels d'urgences médicales films	Evaluation validation	Intervenants
II.Urgences chirurgicales	Chirugiens	Séminaire stage Supervis.	7j 2 mois hôp.Réf	Spécialiste niveau central	Manuels urgences chir. films	Evaluation validation	Intervenants
III. Spécialiste . Ophtalmologie . Odonto-stomato . ORL . Radiologie . Laboratoire . Anesthésie	Spécialistes	Séminaire stage supervis.	7 j. 1 mois hôp. Réf	"	Manuels de différentes spécialités	Evaluation	Intervenants
IV.Accouchements compliqués	Méd/Inf.	Séminaire stage supervis.	6 j. 1 mois	"	Manuels d'obstétri-ques	Evaluation validation	Intervenants

TABLEAU V.E (Suite)

HOPITAL CENTRAL DE PREFECTURE

Thèmes prioritaires	Cibles	Scénarios stratégies	Durée/ Lieu	Formateurs	MEPS	Observations	Financement
V. Soins hôspitaliers, Nursing	Inf.	Séminaire stage supervision	6 j. 1 mois hôp.gén.	Resp.form/ Préf+ tech.sup.	Manuels de nursing	Evaluation continue	Intervenants
VI.Hygiène Assainissement	MCD/Inf/ SFDE/Tech Assain.	Séminaire atelier supervision	6 j. hôp.gén.	Resp. divi. assainis.	Manuels hygiène assainis. niveau hospital.	Evaluation	"
VII.Volet social hospitalier	Méd./Inf SFDE	Séminaire atelier supervision	Continue hôp. central de préf.	Resp.serv. social hôp.	Manuel assistant en milieu hospitalier	Evaluation continue	"
VIII.Education pour la santé	Méd + équipe	"	"	Spécialiste EPS	Manuels EPS	"	"
IX. Gestion-Admi.	Méd/ gestion/ Inf./chef	"	10 j. hôp.cent de préf.	Formateurs niveau central	Manuels santé publique	"	"
X. Planification	"	"	10 j. hôp. central	Consultant	Manuels planification	"	"

TABLEAU V.F :SCENARIOS DE FORMATION CONTINUE POUR LES THEMES PRIORITAIRES DU NIVEAU CENTRAL (1994-2000)

Thèmes prioritaires	Cibles	Scénarios Stratégies	Durée Lieu	Formateurs	Observations	Financement
I- Gestion administrative et financière	Directeurs/ chef div	Séminaire Atelier	2 sem x 2ans	Compétences locales	Evaluation validation	Intervenants
II- Gestion des projets et programmes	Chefs projets DPS	Séminaire Atelier	2 sem. x 2 ans	Compétences locales	Evaluation validation	Intervenants
III- Planification	Directeurs chefs projets chef div.	"	1 sem.	"	Evaluation validation	Intervenants
IV- Suivi Evaluation	Directeur central	"	1 sem.	"	Evaluation validation	"
V- Supervision	Enseign. ENASS + Equipe pédag. div. formation	Séminaire Atelier	2 sem.	Consultant + compétences locales	Evaluation validation	"
VI- Formation des formateurs					Evaluation validation	"
VII- Maintenance appareils électro-médicaux	Tech. de maintenance	Séminaire Atelier	14 j.	Compétences locales	Evaluation validation	Intervenants MSP
VIII- Surveillance Epidémiologie	Epidémiologiste Médecins Statiscien	Séminaire Atelier	14 j.	Compétences locales	Evaluation validation	Intervenants

TABLEAU V.F (suite) :

Thèmes prioritaires	Cibles	Scénarios Stratégies	Durée Lieu	Formateurs	Observations	Financement
IX- Micro-informatique	Epidémiologiste Médecins Statiscien	Séminaire Atelier	14 j.	Compétences locales	Evaluations continue validation	Intervenants
IX- MEPS - Illustrations	Dessinateurs	Séminaire	14 j.	Consultants	Evaluation continue validation	Intervenants
- Evaluation MEPS	MESP projets et programmes personnel MEPS	Séminaire	14 j.	"	"	"
- Rédaction et traitement de textes	"	"	"	"	"	"
- Graphisme	Dessinateurs	"	"	"	"	"
- Impression	Tech. d'impression	"	"	"	"	"

TABLEAU V.G : FORMATION CONTINUE A L'ETRANGER 1994-2000

Thèmes prioritaires	Cibles	Nombre	Lieu	Durée	Financement
I- Planification et formation des personnels de la santé	Directeur planif. Encadreur ENASS	2 x 6 = 12	CESAG/Dakar	2 mois	Intervenants
II-Formation des responsables de la formation	Dir. ENASS/Division Formation Equipe Formation	2 x 4 = 8	CESAG/Dakar	2 mois	Intervenants
III-Direction et information du personnel	Division ressources humaines	6	CAMPC/RCI	1 mois	"
IV- Session Internation. de formation en pédagogie des sciences de la santé	ENASS + équipe formation	2 x 6 = 12	France	1 sem.	"
V- IEC	Responsable IEC + équipe Responsable Education PS	2 x 6 = 12	CESAG/Dakar	2-6 mois	"
VI- Méthodologie de la recherche sur le système de santé	Programmes personnel santé	2 x 6 = 12	CESAG/Dakar	2 sem.	"
VII- Management-supervision	MCD/DPS	3	Mali Sénégal	30 j. 90 j.	FNUAP "
VIII- Santé reproductive	MCD	3 x 6 = 18	Rwanda	60 j.	"
IX- Méthodes cliniques BEF	MCD	3 x 6 = 18	Burkina-Faso	60 j.	"

TABLEAU V.G (Suite) :

Thèmes prioritaires	Cibles	Nombre	Lieu	Durée	Financement
X- Sécurité transfusionnelle	Responsable transfusion sanguine	4	Cameroun	3 mois	Intervenants
XI- Recyclage de technicien de labo	Technicien sup. de laboratoire	6	Reims	3-4 mois	Intervenants
XII- Santé publique	Resp. PNLC	1	Bruxelles	5 mois	FAC
XIII- Management des ressources financières	Resp. division finances	3 x 6 = 18	Côte-d'Ivoire autres pays	1 mois	Intervenants
XIV- Approvisionnement et gestion de stock des médicaments	Resp. approv. Pharmaciens	3 x 5 = 18	"	1 mois	Intervenants
XV- Administration hospitalière	Gestionnaires hôpitaux préf. et district	4 x 6 = 24	Bruxelles	2 mois	"
XVI- Cours d'épidémiologie appliquée	Techn. sup. en épidémiologie	1 x 6 = 6	Bamako	4 mois	"
XVII- Cours d'épidémiologie tropicale	Médecins	2 x 6 = 12	Suisse ou France	1 mois	"
XVIII- Stage sur la gestion des SSP et programmes le planning familial	Resp. SMI MCD Cadres de la DAS	4 x 6 = 42	Dakar	1 mois	"
XIX- Gestion des déchets solides	Cadres génie sanitaire	1 x 6 = 6	Burkina-faso	3 sem.	"

TABLEAU V.G (Suite):

Thèmes prioritaires	Cibles	Nombre	Lieu	Durée	Financement
XX- Stages en ophtalmologie	Techn. sup. oph	6	Bamako	2-9 mois	FAC
XXI- Gestion	Resp. MEPS Gestionnaire 2 dessinateurs Editeur				
XXII- Mise en page de l'équipement **- Edition** **- Entret. de l'équip** **- Illustration**	-Tech.entretien équipement -2 personnes	8	Cotonou	2 mois	Intervenants
XXIII- Tuberculose	Médecins	2/an	Cotonou	1 mois	FAC
	Laborantin	1/an	Alger	1 mois	FAC

Oh /

TABLEAU V.H : LE SYSTEME DE FORMATION CONTINUE : FONCTIONS DES DIFFERENTS NIVEAUX

FONCTIONS	CENTRAL	INTERMEDIAIRE	PERIPHERIQUE	ORGANISATION	STRATEGIES
Administration	Direction planificat. formation et division formation	Division plan. District + Division programme	Equipe district + division programme	MSP + Intervenants	Planifier avec le niveau supérieur
* Pédagogie :					
- Programme	Equipe Pédagogique + CNF	DPS + équipe de formation	Equipe de formation + MCD	MSP + Intervenants	Idem
- Animation MEPS	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem
- Suivi	Idem	Idem	Equipe de formation	Idem	Idem
- Evaluation	Idem	Idem	"	Idem	Idem
- Validation	Idem	Idem	"	Idem	Idem
* Financement	Idem	Idem	"	Idem	Idem

CNF = Commission Nationale de Formation.

TABLEAU V.I : SYNTHESE DES SCENARIOS DE FORMATION CONTINUE

SCENARIOS	THEMES REGROUPES	POPULATION CIBLE
1. Séminaire de courte durée au niveau du CS	N.B: possible au niveau des centres de santé urbains	IB/IDE/Agents d'assainissement/SFDE
2. Stage au niveau de CS	Voir thèmes prioritaires du PMA	
3. Séminaire de courte durée au niveau du district	"	Hétérogène : Méd/Inf/SFDE Gestionnaire
4. Stage au niveau de l'hôpital de district	Voir thèmes prioritaires PCA	Homogène : Laborantin technicien
5. Séminaire au niveau préfectoral	Hygiène-assainissement	Hétérogène : Méd/Inf./Tech.assain.
6. Séminaire par pool régional	Gestion des services de santé	Hétérogène : Méd/inf./Gestionnaire
7. Séminaire au niveau national	Urgences médicales, chirurgicales Spécialités et accouchements Compliqués	Homogène : Spécialistes Hétérogène : Med/SFDE/Inf.
	Soins hospitalier, volet social, EPS	Hétérogène : Méd/Inf/SFDE/Agents Assainissement/Agent sociaux

TABLEAU V.J : FORMATIONS CONTINUES DU SECTEUR SOCIAL AYANT EU LIEU ENTRE 1991-1993

Formations	Lieu	Mois	Nombre Jours	Nbre pers.	Cibles	Organisme
Encadrement de la petite enfance	N'Djaména	Février 93	6 jours	40	Jardinières d'enfants	Coop. Franç.
"	Moundou	Mai 93	6 jours	24	Jardin. d'enf.	Coop. Franç.
"	Abéché	Mai 93	6 jours	24	"	"
Atelier Manuel Didactique	N'Djaména Moundou Abéché	Oct.93	6 jours	20	Jardinières d'enfants	UNICEF
Mobilisation sociale et Recouvrement de coût	N'Djaména	Avril Juin 93	6 jours	20	Resp.CS Resp.Adj.CS Agents Sociaux de la Mairie et du Service Hosp	PADS
Femmes et Développement	N'Djaména	04-26 juin 93	3 jours	50	Autres Département Agents sociaux DCF-ONG	PADS et Coop. Franç.
Sensibilité District socio-sanitaire	N'Djaména	13-18 Juillet 92	6 jours	60	Personnels District socio-sanitaire Resp. CS	OMS
Planification Programmation des Activités Sociales	N'Djaména	Août 1992	6 jours	40	Chefs Services DAS-DPF	OMS
Préparation Table Ronde	N'Djaména	17-20 Juin 92	4 jours	40	Médecins Chefs DAS-DPF	OMS

DPF = Direction de la Promotion Féminine
DCF = Direction de la Condition Féminine

TABLEAU V.K : PROGRAMMATION DE LA FORMATION CONTINUE 1994-2000 DANS LE DOMAINE SOCIAL.

PMA - SOCIAL

THEMES	ACTIONS PRIORITAIRES	FORMATION	CIBLES
Développement communautaire	- Information - Sensibilisation . Accès au crédit . Formation . Gestion	Agents sociaux en dévelopement communautaire	- Population - Précoopératives - Groupements précoopératifs
Réinsertion sociale	- Information des familles et des communautés - Formation des responsables des associations - Renforcement des centres de réadaptation	- Stages de recyclage du personnel dans le domaine de la réadaptation et de la réinsertion sociale - Formation des formateurs	- Tous les handicapés - Responsables des associations
Intégration de la femme en développement	- Soutien aux groupes prioritaires - Appui aux femmes en détresse - Sensibilisation du milieu rural - Elaboration du code de la famille	- Recyclage des agents sociaux chargés de la condition de la femme - Formation en alphabétisation fonctionnelle - Formation en économie familiale	- Femmes, jeunes filles - Leaders associatifs

144

TABLEAU V.K (Suite):

PCA - SOCIAL

THEMES	ACTIONS PRIORITAIRES	FORMATION	CIBLES
Développement communautaire	-Promotion de l'auto-développement - Soutien aux initiatives - Encadrements techniques nouvelles	- Leaders des communautés - Responsables associatifs	- Population - Précoopératifs - Groupements précoopératifs
Promotion familiale	- Réglements des conflits conjugaux - Dépistage des cas - Information - Droit de la femme	- Agents sociaux	- Couples - Veuves - Familles
Protection de l'enfance	- Crèches	- Formation des formateurs - Agents sociaux - Jardinières d'enfants	- Enfants de la rue - Enfants maltraités - Enfants placés - Enfants des conflits armés
Réinsertion sociale	- Création de mécanisme de coordination - Création d'un fond de crédit	Formation des formateurs	Tous les handicapés
Intégration des femmes en développement	- Formations techniques professionnelles pour les jeunes filles - Mariage - Lutte contre les pratiques néfastes		Jeunes filles

TABLEAU V.L: BUDGET DE LA FORMATION CONTINUE POUR 1994-2000
1er échelon

THEMES PRIORITAIRES	COUT TOTAL
I - SMI / BEF	
. Surveillance prénatale et post-natale	55.890.000
. Soins obstétricaux	55.890.000
. Surveillance de la croissance de l'enfant	55.890.000
. Vaccination de la femme et de l'enfant	55.890.000
. Méthodes clinique/BEF	55.890.000
. MST /infécondité	55.890.000
. Surveillance nutritionnelle	55.890.000
II - SOINS CURATIFS	
. Soins curatifs adéquats et médicaments essentiels	55.890.000
III - PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES	55.890.000
IV - ACTIVITES DE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE	
. Recouvrement des coûts	55.890.000
V - EDUCATION POUR LA SANTE	55.890.000
VI - GESTION	55.890.000
TOTAL	**670.680.000**

L'hypothèse retenue pour les calculs est la formation de 3 personnes par zone de responsabilité (ZR), 460 ZR opérationnelles en 2000, et un coût total de formation de 40.500 par semaine par personne.

TABLEAU V.I (suite) 2ème Echelon

THEMES PRIORITAIRES	DUREE	CIBLE	NBRE DE PERS	MONTANT/PERS.	TOTAL 6 ANS
I-Urgences médicales	1 mois 1 mois	Médecins IDE/SFDE	92 184	150.000 50.000	13.800.000 9.200.000
II- Urgences chirurgicales	6 mois	Médecins	46	900.000	41.400.000
III-Anesth. réanimation	3 mois	TS anesth.	46	150.000	6.900.000
IV-Accouchements compliqués	3 mois	SFDE/IDE	92	50.000	13.800.000
V-Soins Hospitaliers	1 semaine	IDE	138	40.500	5.589.000
VI-Laboratoire	1 semaine	Tech. Labo	46	40.500	1.863.000
VII-Gestion	1 semaine	Médecins IDE/Gest.	46 92	60.000 40.500	2.760.000 3.726.000
VIII-Supervision	1 semaine 1 semaine	Médecins IDE	46 46	60.000 40.500	2.760.000 1.863.000
IX-Radio	3 mois	TS radio	46	50.000	2.300.000
X-Planification	1 semaine	Médecins	46	60.000	2.760.000
XI-Consultation référence	1 mois 1 mois	Médecins SFDE/IDE	46 46	150.000 50.000	6.900.000 2.300.000
XII-Recouvrement des coûts	1 semaine 1 semaine	Médecins IDE/Gest.	46 138	60.000 40.500	2.760.000 5.589.000
XIII-Hygiène assainissement	3 jours 3 jours	MCH IDE/TA	46 92	30.000 20.250	1.380.000 1.863.000
XIV-Social	3 jours 3 jours	Médecins IDE/AS	46 92	30.000 20.250	1.380.000 1.863.000
XV-Education pour la santé	3 jours 3 jours	Médecins IDE/SFDE AS/TA	46 138	30.000 20.250	1.380.000 2.794.500
TOTAL					**136.930.000**

TABLEAU V.I (suite): DELEGATION PREFECTORALE

THEMES PRIORITAIRES	DUREE	NOMBRE	CIBLE	MONTANT/PERS.	TOTAL
I - Gestion/administration	1 semaine	57	Médecins	60.000	3.420.000
II - Supervision	1 semaine	15	Médecins	60.000	900.000
III - Formation	2 semaines	29	DPS Equipe form.	120.000	3.480.000
IV - Evaluation	1 semaine	29	Médecins Equipe	60.000	1.740.000
V - Recherche opérationnelle	1 semaine	29	Médecins Equipe	60.000	1.740.000
VI - Planification	1 semaine	29	Médecins/Equipe	60.000	1.740.000
TOTAL					**13.020.000**

TABLEAU V.I (suite) : HOPITAL CENTRAL DE PREFECTURE

THEMES PRIORITAIRES	DUREE	NOMBRE	CIBLE	MONTANT	TOTAL
I - Urgences Médicales	1 semaine	14	Médecins	60.000	840.000
II - Urgences chirurgicales	2 mois	14	Médecins	300.000	4.200.000
III - Spécialités	1 mois	98	Tech. Sup	50.000	4.900.000
IV - Accouchements compliqués	1 mois	42	SFDE/IDE	50.000	2.100.000
V - Nursing	1 mois	280	IDE	50.000	14.000.000
VI - Hygiène assainissement	1 semaine	56	TS/IDE/SFDE	40.500	2.268.000
VII - Social	1 semaine	28	A. sociaux	40.500	1.134.000
VIII - Education pour la santé	1 semaine	14 28	Médecins/SFDE Ing. san. AS	60.000 60.000	840.000 1.680.000
IX - Gestion	1 semaine	14 28	Médecins Gest/inf	60.000 40.000	840.000 1.120.000
X - Planification	1 semaine	14	Médecins	60.000	840.000
TOTAL					**34.762.000**

TABLEAU V.I (suite) : NIVEAU CENTRAL

THEMES PRIORITAIRES	CIBLE	DUREE	NOMBRE	COUT UNITAIRE	COUT TOTAL
I - Gestion administrative et financière	Dir.Divisions	2 semaines	24	120.000	2.880.000
II- Gestion des projets et programmes	DPS-C.PROJ. C.PROG	2 semaines	34	120.000	4.080.000
III - Planification	Directeur CP	1 semaine	44	60.000	2.640.000
IV - Suivi/évaluation	Directeur CP	1 semaine 1 semaine	44 44	60.000 60.000	2.640.000 2.640.000
V - Supervision	ENASS-Division FORM-EQ. PEDA	6 semaines	40	360.000	14.400.000
VI - Formation des formateurs	TECH SUP	2 semaines	14	81.000	1.134.000
VII - Maintenance appareils électromédicaux	EPID STAT MED	1 semaine 1 semaine	26 14	40.500 60.000	1.053.000 840.000
VIII - Surveillance épidémiologique	EPID STAT MED Dir.Division	)) 2 semaines)) 2 semaines	 26 58	 81.000 81.000	 2.106.000 4.698.000
IX - Micro-informatique	DESSIN	2 semaines	15	81.000	1.215.000
X - Illustration	MEPS Rédacteur	2 semaines 2 semaines	15 20	81.000 120.000	1.215.000 2.400.000
XI - Graphisme - impression	MEPS Rédacteur	2 semaines 2 semaines	15 20	81.000 120.000	1.215.000 2.400.000
TOTAL					**47.556.000**

TABLEAU V.I (suite) : FORMATION CONTINUE A L'ETRANGER

THEME	TYPE-LIEU	DUREE	CIBLE	NBRE	MONTANT/PERS	TOTAL
Planification/Formation	Cours Dakar	2 mois	Directeur, Encadreurs ENASS	12	3.850.000	46.200.000
Formation Formateurs	Cours Dakar	2 mois	Directeur ENASS Div. Formation	8	3.850.000	30.800.000
Informatisation	Cours Abidj.	1 mois	Div. Res. Hum.	6	2.350.000	14.100.000
Session inter.pédag.SS	Cours Bobigny	1 sem.	ENASS +Equipes de formation	12	1.740.000	20.880.000
IEC	Cours Dakar	2 mois	Resp. IEC+Equipe	12	3.850.000	46.200.000
Méthodol. Recherche SS	Cours Dakar	2 sem.	Prog. Méd. SP	3	1.550.000	4.650.000
Management en supervis.	Cours Bamako Dakar	2 mois 30 j. 90 j.	MCD et DPS	18	3.850.000	69.300.000
Santé reproductive	Cours Kigali	2 mois	MCD	18	3.850.000	69.300.000
Méthode clin!.BEF	Cours Ouagadougou	2 mois	MCD	18	3.850.000	69.300.000
Sécurité transfusion	Stage Yaoundé	3 mois	Resp. Transfu.	4	5.135.000	20.540.000
Technique Labo	Stage Reims	3 mois	Tech. Sup. Labo	6	8.650.000	51.900.000
Santé Publique	Cours Bruxelles	5 mois	PNLC Resp. Nat.	1	4.750.000	4.750.000
Management financier	Cours Abidjan	1 mois	Resp. Div. Cadres Admin.	18	1.925.000	34.650.000
Labo tuberculose	Alger	1 mois	Tech. Sup. Labo	6	2.625.000	15.750.000
MED. tuberculose	Cotonou	1 mois	MCD-DPS	12	3.850.000	46.200.000

TABLEAU V.I (suite) : FORMATION CONTINUE A L'ETRANGER

THEME	TYPE-LIEU	DUREE	CIBLE	NBRE	MONTANT/PERS	TOTAL
Approvisionnement et Gestion de stock	Cours Abidjan (ou autres)	1 mois	Resp. pharmacie	18	1.925.000	34.650.000
Administration hôpital	?	2 mois	Gestionnaire des hôpitaux	24	?	?
Epidémiologie appliquée	Cours Bamako	4 mois	Cadres sup. en épidémiologie	6	1.800.000	10.800.000
Epidémiologie tropicale	Cours Bâle	1 mois	Méd.de santé P.	12	2.883.000	34.596.000
Gestion SSP/PF	Cours Dakar	1 mois	MCD-Resp. SMI Cadres DAS	42	2.350.000	98.700.000
Déchets solides	Cours Ouaga.	1 mois	Cadres Gén.San.	6	1.900.000	11.400.000
Ophtalmo.Stage	Stage Bamako	3 sem.	Techniciens Sup	6	2.120.000	12.720.000
Mise en page de texte	Voyages d'études Bamako	9 mois	Resp.Gest.MEPS Equipe	8	1.900.000	15.200.000
Total général pour 6 ans						**762.586.000**

152

TABLEAU V.L (suite) : BUDGET TOTAL DE LA FORMATION CONTINUE

NOVEAU	COMPOSANTE	COUT TOTAL
1er échelon	PMA	670.680.000
2ème échelon	PCA	136.930.000
Délégation préfectorale Hôpital central de préfecture	Appui aux districts	47.782.000
Central	Politique de santé et appui aux délégations	47.556.000
Formation continue à l'étranger		762.586.000
Total		**1.528.604.000**

SYNTHESE DES DISCUSSIONS EN PLENIERE

5.1 La problématique de la formation continue identifiée lors de la Table Ronde mettait l'accent sur le manque de coordination au niveau national. En réponse à cette situation, le groupe a proposé la création d'une Cellule Pédagogique d'Appui à la division de la formation du MSP.

5.2 Le consensus s'est fait sur la priorité à donner à la formation de formateurs au niveau national, qui constituerait ainsi une équipe pouvant assurer la formation de formateurs régionaux selon la progression classique en cascade.

5.3 Le problème de l'inadaptation des formations continues organisées par différents programmes a été soulevé. En réponse à cela, le groupe a procédé à une analyse méthodique des thèmes prioritaires de la formation continue à partir des activités définies dans le PMA et le PCA. Bien qu'il soit difficile de remettre en cause des formations disparates déjà programmées, le plan national de formation continue devrait aider à adapter les formations de certains programmes ou projets à la politique sanitaire définie.

5.4 Un élément d'harmonisation des formations continues est la nécessité d'élaborer des modules nationaux sur les thèmes prioritaires. La contribution des différents intervenants se ferait alors selon l'expertise ou l'intérêt dans tel domaine.

5.5 Il a été suggéré que la formation continue procède par pool régional car cela présente l'avantage d'être moins coûteux qu'une formation centralisée et favorise les échanges entre personnels.

5.6 La formation continue vise principalement à compléter la formation initiale actuelle non adaptée aux changements de la nouvelle politique de santé du pays. Les participants ont donc souhaité une collaboration plus étroite entre FACSS et ENASS, d'une part, et la division de la formation d'autre part.

5.7 Les stratégies de formation continue proposées considèrent tout le personnel de santé à tous les niveaux. Il n'a pas été envisagé une phase d'identification individuelle des besoins en formation continue adaptée aux lacunes constatées chez le personnel des différents niveaux.

5.8 L'assemblée a souhaité la constitution d'une Commission Nationale de la Formation. Cet organe serait interministériel, regroupant les MFI, MSP, MEN et le MFPT. Généralement composé de 2 sous-commissions (formation initiale et formation continue), il a pour rôle la définition des priorités en formation, l'officialisation des programmes, l'homologation des diplômes, et le contrôle des institutions nationales.

PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ATELIER

PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ATELIER NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD

Les résultats suivants présentés, selon les thèmes traités, reflètent le point de vue des participants :

1. Plan de dotation en personnel et plan de redéploiement

Après avoir identifié les catégories de personnels nécessaires pour faire fonctionner le système de santé du Tchad, les participants ont adopté par consensus les normes en personnels : normes stratégiques (idéales) et normes opérationnelles (1994-2000) pour les trois niveaux par catégories et par postes :

- **Niveau périphérique** (district):
  - * 1er échelon (CS de la zone de responsabilité) :
    - . normes stratégiques : 11 personnes dont 3 pris en charge par le Comité de Santé et 8 par l'Etat
    - . normes opérationnelles : 7 personnes en zone rurale dont 3 par le Comité de santé et 8 personnes en zone urbaine avec la présence d'une SFDE, le reste sans changement
  - * 2è échelon (Hôpital de district) :
    - . Normes stratégique : 28 personnes
    - . Normes opérationnelles : 23 personnes
  - * Direction de district :
    - . Normes stratégiques : 10 personnes
    - . Normes opérationnelles : 8 personnes

Niveau intermédiaire (préfecture) :

- * Direction de la Délégation Préfectorale :
  - . Normes stratégiques : 16 personnes
  - . Normes opérationnelles : 12 personnes
- * Hôpital central de préfecture :
  - . Normes stratégique : 98
  - . Normes opérationnelles : 62

- **Niveau central**

Des propositions ont été faites, mais sortent de l'attribution de cet atelier.

Ainsi, après avoir exprimé les normes opérationnelles, un plan de redéploiement est possible avec cependant quelques détails essentiels pour sa finalisation, qui sont :

- les caractéristiques de personnel (âge, retraite, décès, mobilité, plan de carrière, sexe, lieu de résidence,...) ;

- la connaissance de l'offre, c'est-à-dire de la disponibilité future ;

- la connaissance exacte des effectifs actuels en personnel.

Les participants ont reconnu que des données précises manquent pour élaborer un véritable plan de redéploiement et ont recommandé en urgence la mise sur pied d'une petite commission pour finaliser les normes en personnels.

Les participants ont, par ailleurs, relevé les contraintes et les obstacles relatifs à la mise en place du plan de redéploiement et formulé des recommandations pour son implantation.

2. Canevas d'administration et de gestion du personnel

La liste des principaux problèmes identifiés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans la fonction "personnel" fait ressortir :

- les problèmes liés aux procédures ;
- les problèmes liés aux conditions de vie et de travail ;
- les problèmes liés à la promotion du personnel.

Une liste non exhausive des principales causes de ces problèmes fait également ressortir :

- le manque de concrétisation de la volonté politique exprimée ;
- les énormes difficultés financières et économiques du pays;
- l'absence de formation en management des agents ;
- l'absence de planification et de définition de poste ;
- le manque de délégation de pouvoirs aux gestionnaires ;
- l'absence d'un plan de gestion et de dotation en personnel.

De là, des solutions sont proposées dont certaines formulées sous forme de recommandations. Les participants ont estimé le coût de mise en oeuvre des solutions proposées pour les années à venir (1994-2000) à environ 2.101.700.000, soit environ 3.351.166 FCFA/an.

3. Plan de formation initiale des cadres moyens et intermédiaires de la santé

Partant des résultats du groupe, les participants ont retenu pour les 6 années à venir (1994-2000) :

- les catégories prioritaires de personnel à former tant au niveau de la santé que du côté social ;
- puis les catégories par poste, fonctions, tâches et profils synthétiques du paquet minimum d'activités (PMA) ont été définies.

Ont été passés au peigne fin, les principaux thèmes suivants:

. les programmes de formation des différentes catégories
. les élèves
. le contenu
. les enseignants
. l'administration
. les ressources nécessaires pour la formation initiale

Des stratégies d'implantation du plan de formation initiale ont été esquissées avec des recommandations utiles.

Il n'a pas été possible dans l'immédiat de mettre en place un calendrier d'exécution du plan de formation intiale à l'ENASS par manque de données pertinentes.

4. Plan de formation initiale des cadres supérieurs de la santé

Un plan de formation des médecins généralistes à la FACSS et des spécialistes à l'étranger a été élaboré. L'Atelier est convaincu que la FACSS est utile pour le pays car la formation à l'étranger est deux fois plus chère, mais cette faculté se trouve confrontée à un certain nombre de problèmes. Ainsi, huit (8) stratégies ont été développées pour résoudre les problèmes de la FACSS. Les participants ont recommandé la tenue d'un symposium regroupant plusieurs participants pour réfléchir sur le rôle à donner à cette faculté dans le cursus de production des médecins tchadiens.

5. La formation continue

L'analyse par le groupe de la situation actuelle a permis de dégager les thèmes prioritaires en formation continue selon les 3 niveaux : la formation continue à l'étranger, les stratégies et les scénarios sur le même canevas méthodologique. Les Affaires sociales ont un plan de formation continue et initiale d'ici l'an 2000.

Le manque de coordination de la formation continue a été la problématique majeure relevée.

La formation continue doit être également orientée vers la recherche opérationnelle et la recherche action qui débouchent sur des actions. Il faut chercher à harmoniser cette formation par la mise en place d'une Commission Nationale de Formation et d'une Cellule Pédagogique qui appuyerait la Division de la Formation du Ministère. Les participants ont remarqué qu'il manque un suivi et un encadrement adéquat des médecins qui reviennent de l'étranger et qui font leur stage à l'Hôpital Central.

Des recommandations ont été formulées pour améliorer la situation.

RECOMMANDATIONS GENERALES

RECOMMANDATIONS GENERALES

Nous, participants à l'Atelier National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé du Tchad, tenu à N'Djaména du 24 Janvier au 05 Février 1994, recommandons :

A - **Au Gouvernement** :

* **GROUPE I : PLAN DE DOTATION ET DE REDEPLOIEMENT DU PERSONNEL**

1) Assurer le paiement mensuel régulier des salaires des agents de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

2) Officialiser les normes en personnel pour les différents niveaux du système de santé.

3) Mettre en place les mesures d'accompagnement énoncées dans le plan de redéploiement (primes d'incitation, indemnités de responsabilité, d'éloignement, ...) pour une motivation réelle du personnel.

* **GROUPE II : CANEVAS D'ADMINISTRATION ET DE GESTION DU PERSONNEL.**

4) Renforcer l'autorité des Délégués de Préfecture Sanitaire dans le cadre de la décentralisation et revoir les dispositions du statut général de la Fonction Publique relatives aux sanctions disciplinaires.

5) Former un Comité interministériel chargé de la mobilité professionnelle.

* **GROUPE III : FORMATION INITIALE DES CADRES MOYENS ET INTERMEDIAIRES DE LA SANTE**

6) Faire représenter à la Commission Nationale des Bourses, le Ministère de la Santé Publique.

7) Créer une Commission Nationale de la Formation regroupant le Ministère de l'Education Nationale, Enseignement Supérieur, Jeunesse et Sports, le Ministère de la Fonction Publique et du Travail, le Ministère des Finances et de l'Informatique, le Ministère de la Condition Féminine et des Affaires Sociales et le Ministère de la Santé Publique.

* **GROUPE IV :** **FORMATION INTIALE DES CADRES SUPERIEURS DE LA SANTE**

8) Apporter un soutien financier effectif à la Faculté des Sciences de la Santé (FACSS) pour confirmer la volonté politique.

9) Mettre à la disposition du programme de réhabilitation de la FACSS, des moyens de formation théorique et clinique.

B - **Aux Ministères de la Santé Publique, de la Condition Féminine et des Affaires Sociales, Fonction Publique et du Travail.**

* **GROUPE II :** **CANEVAS D'ADMINISTRATION ET DE GESTION DU PERSONNEL.**

10) Prendre la décision courageuse visant à dégager ou mettre à la retraite les agents inaptes.

* **GROUPE III :** **FORMATION INITIALE DES CADRES MOYENS ET INTERMEDIAIRES DE LA SANTE**

11) Etablir la nomenclature normalisée de toutes les catégories de personnels occupant les différents postes déterminés ou appelés à les occuper.

C - **Aux Ministères de la Santé Publique, de la Condition Féminine et des Affaires Sociales.**

* **GROUPE III :** **FORMATION INITIALE DES CADRES MOYENS ET INTERMEDIAIRES DE LA SANTE**

12) Réouvrir les différentes filières de formation arrêtées par l'Atelier (Infirmiers diplômés d'Etat, Sage-femmes diplômées d'Etat, Infirmiers Brevetés, Techniciens de laboratoire, Techniciens de radiologie, Assistants sociaux, Aides sociaux et Techniciens d'assainissement).

13) Déterminer de façon coordonnée les fonctions et tâches du personnel social appelé à exercer dans les structures sanitaires.

14) Réviser les programmes de formation du personnel social et sanitaire pour les adapter au Paquet Minimum d'Activités (PMA) et au Paquet Complémentaire d'Activités (PCA).

* <u>GROUPE III</u> : **FORMATION INITIALE DES CADRES MOYENS ET INTERMEDIAIRES DE LA SANTE, ET**

* <u>GROUPE V</u> : **FORMATION CONTINUE.**

15) Accorder une grande priorité à la formation des formateurs et aux stages sur le terrain dans le plan général de formation initiale et continue.

D - <u>Aux Ministères de la Santé Publique, de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur, Jeunesse et Sports</u>.

* <u>GROUPE IV</u> : **FORMATION INITIALE DES CADRES SUPERIEURS DE LA SANTE**

16) Tenir un symposium sur la Faculté des Sciences de la Santé (FACSS) élargie aux bailleurs de fonds et aux Structures Universitaires régionales.

E - <u>Au Ministère de la Santé Publique</u>.

* <u>GROUPE III</u> : **FORMATION INITIALE DES CADRES MOYENS ET INTERMEDIAIRES DE SANTE ET**
  <u>GROUPE V</u> : **FORMATION CONTINUE**

17) Renforcer la Division de la Formation en créant une Cellule Pédagogique.

18) Standardiser les modules de Formation Continue au niveau national.

ANNEXES

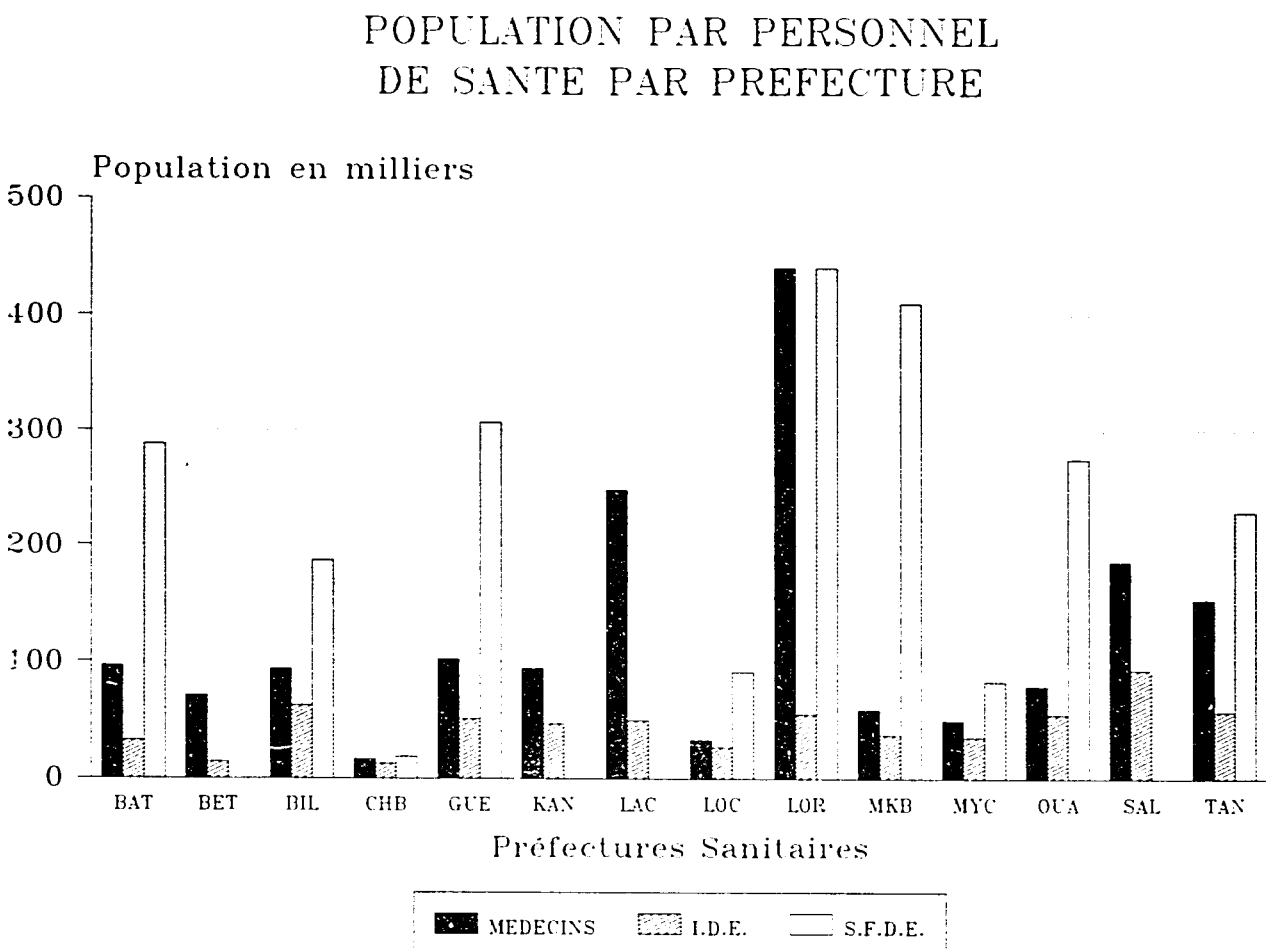
ANNEXE 1

EFFECTIF DU PERSONNEL AU SEIN DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU TCHAD (Nov.93).
Source MSP/DRH

GRADE	Agents en activités	Agents mis en disponibilité	Agents détachés	TOTAL
Médecins	105	-	2	107
Administrateurs	81	-	4	85
Commis des SAF	38	-	-	38
Assistants et Techniciens Sup. (en soins Infirmiers, Anesthésistes, Radiologies, Epidém.)	70	-	4	74
Laborantins	25	-	-	25
Nutritionnistes	15	-	-	15
Pharmaciens	11	5	-	16
Kinésithérapeutes et Orthopedistes	6	-	-	6
Ingénieurs Sanitaires	6	-	-	6
Techniciens d'Assainissement	225	-	1	226
Infirmiers Diplomés d'Etat	211	2	4	217
Sage-femmes diplomés d'Etat	143	2	3	148
Agents Techniques Principaux	37	1	3	41
Agents Techniques de Santé	382	1	8	391
Infirmiers Brevetés	346	1	10	357
Infirmiers Titulaires	113	1	2	116
Contractuels nationaux	238	-	-	238
Agents de la Main d'oeuvre	1287	-	-	1287
Personnel expatrié (contrat local) :				
* Médecins	3	-	-	3
* Infirmiers diplomés d'Etat	3	-	-	3
* Techniciens Supérieurs	1	-	-	1
TOTAL	**3346**	**13**	**41**	**3400**

SAF = Services Administratifs et Financiers

ANNEXE 2



Source: Annuaire de statistiques sanitaires du Tchad, 1992.

ANNEXE 3

PERSONNEL EN INSTANCE D'INTEGRATION

Source : MSP/DRH, Novembre 1993

Grade	Classification Indiciaire (Catégorie)	Effectif
Médecin Cardiologue	A1-4e classe	1
Docteur en Nutrition	"	1
Médecin généraliste	A1-2e classe	20
Pharmacien	A1-1e classe	1
Assistant médical (généraliste)	A2-1e classe	4
Technicien Supérieur en nutrition	B3	1
Technicien Supérieur au psychiatrie	B3	1
Laborantin (Techn.de Labo.Bio-chimie-Biologie)	B3	10
Statisticien Sanitaire	B3	3
Sage-femme Principale	B3	2
Sages-femme Diplômée d'Etat	B4	37
Préparateur en Pharmacie	B4	1
Infirmier Diplômé d'Etat	B4	34
Agent Technique de Santé	C5	24
Electro-médical	C5	2
TOTAL		**142**

ANNEXE 4

ETUDIANTS EN FORMATION A LA FACSS 1993/1994

NOMBRE D'ETUDIANTS EN FORMATION					
ANNEE	1° ANNEE	2° ANNEE	3° ANNEE	4° ANNEE	TOTAL
1990	50	0	0	0	50
1991	0	45	0	0	45
1992	42	0	39	0	81
1993	0	38	6	33	77
1994	0	38	6	33	77

Source : FACSS/Janvier 1994.

Commentaire : Depuis la création de la FACSS, il a été organisé deux concours de recrutement.

ANNEXE 5
ETUDIANTS EN FORMATION INITIALE A L'ETRANGER DE 1990-1993
Source / MSP/Division Formation, janvier 1994

THEMES	CIBLES	NOMBRE	DUREE (ans)	LIEU FORMATION	FINANCEMENT
-Planification et développement	Administrateurs	1	4	Genève (Suisse)	Conseil éco. des églises
-Parasitologie	Médecins généralistes	1	4	Reims (France)	OMS
-Ophtalmologie	Médecins généralistes	1	4	France	France
-Radiologie	Médecins généraliste	1	4	Côte-d'Ivoire	OMS
-Microbiologie-Virologie	Médecins généralistes	2	4	France	OMS
-Acupuncture	IDE	2	2	Chine	Chine
-Médecine générale	BAC D	3	7	Irak	Irak
-Médecine générale	BAC D	3	7	Chine	Chine
-Technicien supérieur	BAC C	1	3	Maroc	Maroc
-Médecine générale	BAC D	11	7	Algérie	Algérie
-Médecine générale	BAC D	6	7	Tunisie	Tunisie
-Médecine générale	BAC D	42	7	CEI ex URSS	CEI (ex URSS)
-Médecine générale	BAC D	1	6	Bénin	*
-Médecine générale	BAC D	1	6	Burkina-Faso	*

Annexe 5 (Suite)

THEMES	CIBLES	NOMBRE	DUREE	LIEU FORMATION	FINANCEMENT
-Médecine générale	BAC D	5	6	Côte-d'Ivoire	?
-Médecine générale	BAC D	3	6	Mali	*
-Pharmacie	BAC D	1	5 ans	Mali	France
-Médecine Générale	BAC D	9	7 ans	Niger	?
-Médecine générale	BAC D	8	7 ans	Sénégal	?
-Pharmacie	BAC C	2	5 ans	Sénégal	France
-Médecine générale	BAC D	4	6 ans	Togo	*
-Médecine générale	BAC D	2	6 ans	Cameroun	*
-Médecine générale	BAC D	8	7 ans	Congo	?
-Techniciens supérieurs	BAC D	5	3 ans	Congo	?
-Médecine générale	BAC D	5	7 ans	RCA	*
-Médecine générale	Militaires	3	7 ans	Grèce	? ANT
-Médecine générale	BAC D	3	6 ans	Italie	Italie
-Médecine générale	BAC D	2	7 ans	Allemagne	Allemagne
-Médecine spécialisée	Médecins généralistes	4	5 ans	Canada	Canada

Annexe 5 (Suite)

THEMES	CIBLES	NOMBRE	DURÉE	LIEU FORMATION	FINANCEMENT
- Médecine générale	BAC D	2	6 ans	USA	USA
- Médecine générale	BAC D	2	7 ans	Zaïre	*
- Médecine générale	BAC D	5	7 ans	Soudan	Soudan
- Pharmacologie	BAC D	3	5 ans	Soudan	Soudan
- Médecine dentaire	BAC D	2	6 ans	Soudan	Soudan
- Médecine générale	BAC D	1	7 ans	Tchécoslovaquie	Soudan

? : Absence d'informations
* : Etudiants non boursiers
Total : Généralistes 118
Spécialistes 11
Pharmacies 6
Dentistes 1
Techniciens Supérieurs 19
Source : Direction de l'Enseignement Supérieur et des Bourses/MEN

ANNEXE 6

PMA ET PCA DU DISTRICT SANITAIRE

1. LE PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES (PMA)

Le Paquet Minimum d'Activités définit les activités des Centres Socio-sanitaires présents dans les zones de responsabilité :

* Consultation curative primaire ;
* Dépistage des pathologies sociales ;
* Consultations des enfants sains de 0-4 ans, y compris :
    - Vaccinations
    - Dépistage des malnutris
* Prise en charge des femmes enceintes et en âge de procréer, soit :
    - Consultations prénatales
    - Accouchements "normaux"
    - Bien-être Familial
* Prise en charge des malades chroniques, malnutris, tuberculeux et lépreux;
* Education socio-sanitaire intégrée aux autres activités et communication avec les populations;
* Activités de développement communautaire;
* Système de référence/contre référence pour les patients ne pouvant pas être pris en charge au 1er échelon.

Il s'agit des activités minimales; dans la mesure où un centre socio-sanitaire assure complètement ces activités, il peut en inclure de nouvelles s'il en a les capacités (par exemple, activités de laboratoire).

2. LE PAQUET COMPLEMENTAIRE D'ACTIVITES (PCA)

Le Paquet Minimum d'Activités définit les activités des Hôpitaux de district :

* Prise en charge des urgences médico-chirurgicales ;
* Prise en charge des accouchements compliqués;
* Hospitalisation;
* Fonction diagnostic de laboratoire;
* Fonction diagnostic de radiologie;
* Consultation de référence.

172

ANNEXE 7

DISCOURS DU REPRESENTANT DE L'OMS AU TCHAD A L'OCCASION DE L'OUVERTURE DE L'ATELIER NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

Monsieur le Ministre,
Excellences, Messieurs les Ambassadeurs,
Messieurs les Représentants,
Mesdames, Messieurs les invités,
Mesdames, Messieurs les Participants,

C'est avec beaucoup de plaisir que je me trouve parmi vous à l'occasion de l'ouverture de cet Atelier sur le **Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tchad.**

Comme j'ai eu à le dire à plusieurs reprises, l'objectif principal de l'Organisation Mondiale de la Santé est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible et de faire en sorte que les habitants de tous les pays du monde bénéficient tous d'un niveau de santé qui leur permette d'accomplir un travail productif et de participer activement à la vie de la collectivité à laquelle ils appartiennent.

Actuellement, force est de constater que près d'un milliard d'êtres humains, surtout dans les zones rurales et les taudis urbains du monde, végètent dans la pauvreté sociale et économique.

Celle-ci résulte de la conjoncture pernicieuse des différents éléments, entre autres : chômage et sous-emploi, manque d'argent, rareté des biens matériels, faible niveau d'instruction, médiocres conditions de logement et d'hygiène, malnutrition, mauvaise santé, apathie sociale, absence de volonté et d'esprit d'initiative nécessaires pour opérer des réformes salutaires.

Ce sont de telles conditions qui, en 1977, ont conduit l'Assemblée Mondiale de la Santé, l'organe suprême de l'OMS, à décider que le principal objectif social des Gouvernements et de l'OMS, au cours des années 1977-2000, doit être de donner à tous les peuples du monde un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive, objectif communément désigné par l'expression **"Santé pour tous d'ici l'an 2000"**.

Monsieur le Ministre,
Distingués Invités,

La santé pour tous d'ici l'an 2000 ne signifie pas qu'en l'an 2000, il y aura suffisamment de médecins, d'infirmiers et d'autres agents de santé pour donner à tous les êtres humains tous les soins dont ils pourront avoir besoin, ni qu'il n'y aura plus

d'invalidité. L'expression "Santé pour tous" signifie que les ressources sanitaires dont on pourra disposer seront équitablement réparties entre tous les citoyens indépendamment du lieu d'habitation, que l'on saura mieux prévenir les maladies et atténuer les effets d'infections et d'infirmités inévitables ; que tous les individus et toutes les familles sans discrémination auront accès aux soins dans des conditions et à un coût acceptable par eux et avec leur pleine participation.

En 1978, la Conférence Internationale d'Alma-Ata, à laquelle participaient des Représentants de 130 pays, 60 Organisations Non Gouvernementales et Organismes des Nations Unies, organisée pour répondre à un mécontentement largement répandu au sujet des services de santé existants, a été un jalon important dans la lutte pour la santé. En effet, malgré les efforts considérables que les pays et l'OMS ont déployés vers les années 60 et le début des années 70 pour améliorer et élargir les services de santé, des populations nombreuses, particulièrement dans les zones rurales des pays en développement, n'avaient toujours pas accès à ces services. Les soins de santé primaires furent considérés comme la voie vers la santé pour tous.

La définition des soins de santé pour tous est connue de tous, il serait superflu de s'y attarder. Mais en réalité, que veut-on faire ? Les soins de santé primaires, tels qu'ils ont été définis à Alma-Ata, supposent un triple aboutissement :

- accès universel aux Soins de Santé Primaires selon les besoins pour les individus, les familles et les groupes de population ;

- participation des collectivités à la planification, à la prestation et à l'évaluation de ces soins ;

- et, prise d'un rôle actif d'autres secteurs dans les activités sanitaires.

La mise en oeuvre de ces soins de santé primaires exige que dans tous les pays, les systèmes sanitaires soient fondamentalement remis en question et que les Gouvernements et les peuples aient le courage de prendre les mesures appropriées.

Après six ans de tâtonnement, les pays africains se sont rendus compte du retard pris sur les objectifs qu'ils s'étaient eux-même fixés dans la voie de la santé pour tous. Ainsi, au cours de la 35ème session du Comité Régional tenue à Lusaka en Zambie en 1985, les Ministres de la Santé des pays de la Région Africaine de l'OMS ont demandé au Directeur Régional de leur proposer un cadre organisationnel susceptible de faciliter l'exécution des activités de soins de santé primaires afin d'accélérer l'instauration de la santé pour tous.

Le Directeur Régional, le Professeur MONEKOSSO, a proposé alors un scénario de développement sanitaire en trois phases axé sur le système de santé décentralisé et intégré qui consiste à confier des tâches bien définies aux différents niveaux hiérarchiques du système de santé et des autres secteurs socio-économiques ainsi qu'aux communautés bénéficiaires. Le scénario permet d'assurer trois types de soutien qui se chevauchent et qui sont essentiellement orientés vers le district sanitaire en tant qu'unité opérationnelle, et lieu de la plus petite unité politico-administrative décentralisée.

Ces trois types de soutien sont les suivants :

- **soutien opérationnel au niveau périphérique** qui concerne particulièrement l'organisation, la supervision et l'aide afin que les activités soient menées d'une manière efficace et intégrée au niveau du district socio-sanitaire;

- **soutien technique au niveau intermédiaire** qui comporte, avec l'appui des hôpitaux, la sélection et l'adaptation des technologies ;

- **soutien stratégique au niveau central** qui comprend la traduction des politiques de santé du niveau central en plans d'actions.

L'objectif d'ensemble est de renforcer les systèmes de santé à tous les niveaux de la pyramide. Ainsi, de nombreux programmes relatifs à la santé pourraient être mis en place dans les districts, les provinces et le pays. Il importe de considérer l'expertise extérieure indispensable lors de la mise en oeuvre des programmes dits verticaux. Ceux-ci doivent dès le départ s'intégrer progressivement au système existant afin de le renforcer. Les ressources extérieures doivent catalyser les ressources endogènes. Si ces programmes et son financement demeurent verticaux, ils risquent de fragiliser le système national de santé.

La plupart des Etats Membres de l'OMS pour l'Afrique ne sont pas restés les bras croisés et chacun a pu définir des axes de travail dans les districts sanitaires de son pays. Mais le concensus mondial reste à faire ; c'est ainsi que les grands Organismes comme le PNUD, l'UNICEF, la CEE et en particulier la Banque Mondiale, notamment dans son rapport de l'année 1993 sur la situation de la santé dans le monde, ont retenu l'importance du district et des prestations socio-sanitaires comme la clé pour améliorer la santé de nos populations.

En réalité, l'application du scénario de développement sanitaire en trois phases exige l'édification de solides infrastructures sanitaires dotées des personnels pourvus des compétences requises pour utiliser des technologies appropriées, scientifiquement valables, socialement acceptables et économiquement accessibles à toute la communauté.

Il est apparu évident que pour atteindre les objectifs de la santé pour tous en faisant appel aux SSP, il faut nécessairement surmonter un certain nombre d'obstacles, au premier chef desquels se trouvent la pandémie du VIH/Sida, les contraintes économiques et financières et les situations d'urgence.

Les Etats Membres de la Région Africaine et des autres Régions du monde ainsi que la communauté internationale conviennent actuellement qu'un paquet de prestations socio-sanitaires clairement définies, contribuerait à accelérer l'atteinte des objectifs de la santé pour tous.

C'est pourquoi, les Ministres Africains de la Santé, lors de la 43ème session du Comité Régional qui a tenu ses assisses à Gaberonne (Botswana) en Septembre 1993, ont unanimement admis que le district socio-sanitaire, ses structures et institutions ainsi que les communautés qu'il abrite, devront bénéficier d'un appui gestionnaire, technique et logistique accru pour le développement d'un paquet minimum de santé pour tous.

On s'accorde à penser qu'il faudra encore accomplir bien des efforts pour que les communautés, dans un partenariat avec les différents intervenants pour la santé, deviennent les principaux acteurs du secteur de la santé et que le contrôle des soins leur soit dévolu.

Comme vous le savez, la stratégie des soins de santé primaires englobe huit composantes essentielles avec quatre types d'activités : activité de **promotion**, de **prévention**, des **soins curatifs** et de **réhabilitation**.

Pour la réalisation de toutes ces activités, il faut compter non seulement sur les ressources matérielles et financières, mais aussi et surtout sur les ressources humaines qui constituent les ressources les plus importantes de toutes les ressources nécessaires pour la santé.

A l'heure actuelle, il est reconnu dans presque tous les pays en voie de développement que les personnels de santé sont insuffisants tant en qualité qu'en quantité, et que cela a un impact négatif sur le fonctionnement des établissements de santé spécialement sur le rendement des soins de santé. Inutile de dire aussi que la qualité des soins en subit des conséquences néfastes et l'offre des services de santé ne peut plus satisfaire aux besoins toujours croissants de la population.

De même, dans ces mêmes pays, de tout le budget alloué à la santé, près de 85 % est absorbé par les seuls salaires du personnel. Il est donc clair que pour un meilleur management sanitaire dans ces pays, une importance capitale doit être accordée au développement des ressources humaines pour la santé.

Le processus de développement des personnels de santé qui comprend la planification, la production et la gestion des personnels de santé est étroitement lié à tous les aspects d'un système de santé. C'est pour cela qu'une bonne connaissance de la situation sanitaire locale est indispensable dès lors que l'on cherche à améliorer la dotation en personnels de nos services de santé primaires, secondaires et tertiaires.

La planification des personnels de santé est un élément de la planification sanitaire dans son ensemble ; elle constitue la base pour la programmation générale et la planification détaillée ; elle doit être le fruit d'un travail d'équipe multidisciplinaire et multisectorielle. C'est à ce titre que tous les protagonistes de l'action sanitaire, éducative et administrative ont été associés à cet atelier.

La production des diverses catégories des personnels de santé tant du niveau périphérique, du niveau intermédiaire que du niveau supérieur est une gageure pour tous les pays en voie de développement et particulièrement au Tchad. En effet, elle requiert des moyens humains, matériels et financiers assez considérables.

Quant à la gestion des ressources humaines pour la santé, elle constitue un élément important et stimulant du développement des ressources humaines. Elle englobe en particulier toutes les questions qui intéressent l'emploi, l'affectation et la motivation de toutes les catégories des agents de santé. Elle joue un rôle considérable dans la productivité et par conséquent la couverture du système des services de santé et son aptitude à conserver son personnel.

Sans cette gestion efficace et efficiente des personnels de santé, les personnels formés à grands frais sont souvent gaspillés; ainsi, nous risquons de dépenser des ressources considérables pour former des personnels de santé, et une fois la formation achevée, ces personnels quittent le pays, car mal déployés ou bénéficiant d'un soutien logistique et technique inadéquat, ou faute d'un système d'éducation permanente ou d'un plan de développement de carrières, ce qui les fait perdre rapidement leur motivation et leur engagement.

Monsieur le Ministre,
Excellences, Messieurs les Ambassadeurs,
Honorables Invités,
Chers Participants,

Je suis convaincu que le présent Atelier sur le Développement des Ressources Humaines pour la Santé vient à point nommé. En effet, nous l'organisons à l'époque où des efforts particuliers doivent être fournis pour satisfaire les besoins sans cesse croissants en matière de santé.

C'est pour cela que, si vous le permettez, je voudrais profiter de cette occasion pour insister sur l'importance de ces travaux car nous espérons qu'un grand pas sera franchi grâce à l'organisation de cet atelier ; le premier du genre au Tchad sur le **Développement des Ressources Humaines pour la Santé**.

Je souhaite plein succès aux travaux de cet Atelier.

Vive la santé pour tous,
Vive la coopération internationale.

Je vous remercie.

ANNEXE 8

ALLOCUTION DE MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE A L'OCCASION DE L'OUVERTURE DE L'ATELIER NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD

- Madame et Messieurs les Ministres,
- Excellences, Messieurs les Ambassadeurs,
- Messieurs les Représentants des bailleurs de fonds et Partenaires de développement du Tchad,
- Honorables participants,
- Chers invités,
- Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs,

Au cours des assises de la Table Ronde Sectorielle Santé/Affaires Sociales de Janvier 1993, il a été reconnu à l'unanimité que le développement des Ressources Humaines pour la Santé constitue un problème fondamental et majeur, plus particulièrement pour le redéploiement des personnels et pour les formations initiales et continues. A cet effet, la conférence a exprimé la nécessité d'élaborer un plan de redéploiement des personnels et un plan de formation initiale en adéquation avec le nouveau système socio-sanitaire du pays ainsi qu'une meilleure coordination en matière de formation continue.

Aujourd'hui, nous sommes heureux et fiers d'assister à l'ouverture des travaux de l'atelier devant permettre l'élaboration de ces deux plans prioritaires et ceci à peine 3 mois seulement après la mise en place de la Cellule Technique de Suivi (CTS) chargée de ces dossiers techniques. Ceci est à mettre à l'actif du système des Nations Unies pour le Développement (PNUD), financeur de la CTS et à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'agence d'exécution du projet, ainsi qu'à tous nos partenaires au développement qui sont nombreux et actifs (les ONG, les privés).

C'est le moment d'exprimer ici solennellement à tous, toute notre gratitude pour cette solidarité dans l'action, pour que ce rêve devienne aujourd'hui réalité.

En effet, c'est depuis l'adoption du Plan d'Ajustement Structurel en 1987 par notre pays que la problématique du Développement des Ressources Humaines en général et celles pour la Santé en particulier a été posée de façon réelle.

Point n'est besoin de rappeler que la valorisation des Ressources Humaines constitue l'un des axes majeurs de la décennie 90. Dans ce cadre, s'est tenue en Novembre 1990, la réunion de suivi de la Conférence de Genève III sur le secteur Education Formation en liaison avec l'Emploi (EFE).

En choisissant le processus de la Table Ronde comme mécanisme privilégié de coordination et de mobilisation de l'aide extérieure, le Gouvernement du Tchad a voulu ainsi associer au processus de réflexion d'ensemble non seulement les services nationaux mais aussi la Communauté des bailleurs de fonds.

178

C'est dans ce cadre que la réunion sectorielle Santé/Affaires Sociales s'est tenue en Janvier dernier ; celle-ci a débouché sur la création de la Cellule Technique de Suivi (CTS) de la Table Ronde Santé/Affaires Sociales dont l'un des mandats est celui de l'élaboration d'un plan de redéploiement et d'un plan de formation du personnel socio-sanitaire.

La mise en oeuvre de ces deux plans permettra au gouvernement de réaliser l'un de ses objectifs prioritaires de développement et de relance de la croissance, termes très chers non seulement à nos gouvernements mais aussi aux institutions internationales (Banque Mondiale et Fonds Monétaire International pour ne citer que celles-là).

En effet, avec le changement de parité du FCFA survenu il y a deux semaines, les mesures prises à la fois par les institutions de Breton Woods et nos Chefs d'Etat Africains mettent un accent particulier sur la priorité aux objectifs de développement, surtout au DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES SECTEURS DE L'EDUCATION ET DE LA SANTE.

- Madame et Messieurs les Ministres,
- Excellences, Messieurs les Ambassadeurs,
- Messieurs les Représentants des Organismes Internationaux et Partenaires au développement,
- Honorables participants.
- Chers Invités,
- Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs,

Les résultats attendus de cet atelier constituent à terme une préoccupation majeure pour le Gouvernement, chargé d'assurer à la population tchadienne l'accès à des services de base de qualité en mettant à sa disposition des ressources-clés qui sont les personnels de santé formés et motivés.

Connaissant la qualité des participants, nous ne pouvons douter un instant quant à l'atteinte des objectifs de cet atelier qui sont :

1) Elaborer un plan à moyen terme 1994-2000 de dotation en personnels de santé et un plan de redéploiement de personnels,

2) Elaborer un plan à moyen terme 1994-2000 de formation initiale des personnels de santé,

3) Elaborer un plan à moyen terme 1994-2000 de formation continue des personnels de santé,

4) Elaborer un canevas d'administration et de gestion des personnels de santé.

Chers participants,
deux semaines durant vous aurez à vous pencher sur ce travail non seulement avec des yeux d'expert mais aussi en tant qu'individus avec vos sentiments et vos personnalités diverses pour arriver à proposer des plans réalistes avec des modalités pratiques et reglémentaires alternatives, avec une analyse des contraintes pour la mise en application de ces plans dans un contexte particulièrement difficile. Le Gouvernement mettra tout en oeuvre pour que la mise en oeuvre de ces 2 plans ne puisse souffrir d'aucun retard.

Ainsi, Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs,
La disponibilité de ces deux plans, à savoir plan de redéploiement du personnel et plan de formation initiale et continue, permettront au gouvernement de disposer d'atouts majeurs dans les négociations avec les communautés de bailleurs de fonds en vue de faciliter leur positionnement spatial et temporel.

- Madame et Messieurs les Ministres,
- Excellences, Messieurs les Ambassadeurs,
- Messieurs les Représentants des bailleurs de fonds et Partenaires de développement du Tchad,

Le Gouvernement voudrait saisir cette opportunité pour vous remercier sincèrement pour les contributions actives et l'assistance que vous avez toujours su manifester à ses côtés dans le domaine de Développement des Ressources Humaines surtout en matière de formation initiale et continue et souhaite vivement que vous mettiez tout en oeuvre pour la réalisation des nobles objectifs qui sont fixés dans ce domaine prioritaire de développement.

- Mesdames et Messieurs,

Au seuil de cette année 1994, permettez-moi de vous souhaiter pour vous-mêmes et pour tous ceux qui vous sont chers, mes voeux les meilleurs de santé, de bonheur, de paix et de prospérité d'une part, et un plein succès d'autre part.

Je vous remercie.

ANNEXE 9

DISCOURS PRONONCE PAR MONSIEUR LE REPRESENTANT DE L'OMS A L'OCCASION DE LA CLOTURE DE L'ATELIER NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD

Madame le Ministre,
Monsieur le Ministre,
Excellences Messieurs les Ambassadeurs,
Honorables Invités,
Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,
Chers Participants,

C'est pour nous un agréable devoir et un réel plaisir de pouvoir prendre la paroie aujourd'hui, à l'occasion de la clôture des travaux du premier atelier sur le **Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tchad.**

Comme j'ai eu l'occasion de vous le signaler au cours des cérémonies d'ouverture de cet atelier, sans l'homme, tout l'or du monde ne vaut pas plus qu'un tas de sable. Toutes les Organisations sont convaincues de cet adage et se préoccupent actuellement des ressources humaines. Cette préoccupation est d'autant justifiée que l'homme joue un grand rôle dans la mise en oeuvre des opérations entreprises par ces mêmes Organisations, que celles-ci utilisent des machines sophistiquées ou des technologies rudimentaires.

Ce rôle, l'homme ne peut le jouer s'il n'est pas bien développé, c'est-à-dire s'il n'a pas été dûment formé et bien géré et s'il ne se meut pas dans un environnement approprié. Ceci est particulièrement important dans le secteur de la santé où les déficiences dans le management des ressources humaines ainsi que les contraintes de l'environnement empêchent parfois l'homme de devenir efficace dans l'accomplissement des buts poursuivis par le système de santé.

L'atelier qui se termine aujourd'hui avait pour principaux objectifs d'élaborer un plan global de dotation et de formation des ressources humaines pour la santé et de concevoir un canevas d'administration et de gestion de ces ressources humaines au Tchad pour la période 1994-2000.

Chers Participants,

En si peu de temps, il serait illusoire que vous ayez examiné en détails chacun des thèmes inscrits au programme. Néanmoins, je suis convaincu que le fruit de vos efforts déployés au cours de cet atelier constitue une ressource appréciable que nous tous, protagonistes de l'action sanitaire au Tchad, aurons à exploiter avec intérêt en vue d'un meilleur développement des ressources humaines pour la santé dans ce pays.

A l'occasion de mes courtes participations à vos débats, j'ai pu constater que, pour atteindre les objectifs qui vous étaient assignés, vous vous êtes employés à travailler avec assiduité pour mettre en évidence d'une part les problèmes et les causes liés à la planification, à la formation et à la gestion des personnels de santé et, d'autre part, pour proposer des solutions et formuler des recommandations utiles.

Madame le Ministre,
Monsieur le Ministre,
Honorables Invités,
Chers Participants,

Au vu des résultats fortement positifs de ces travaux, tels qu'ils viennent de nous être présentés par Monsieur le Coordonnateur de la Cellule Technique de Suivi, je voudrais, si vous le permettez, insister sur quelques points qui me semblent les plus forts et ceci, dans le but d'augurer une meilleure implantation des solutions proposées.

Pour commencer, j'aimerais me répéter en rappelant les principes fondamentaux sur lesquels repose la **Stratégie Mondiale de la Santé** pour tous, à savoir :

- la santé est un droit fondamental de l'être humain et une finalité sociale universelle
- la santé fait partie intégrante du développement
- les inégalités socio-sanitaires et économiques doivent être réduites
- la participation individuelle et communautaire doit être stimulée
- l'engagement politique national est nécessaire
- la collaboration et la coordination intersectorielle doit être assurée
- l'autoresponsabilité des pays dans le domaine de la santé est exigée
- il faut une bonne coopération interpays et une bonne utilisation des ressources.

Comme le montrent les tendances mondiales du développement des ressources humaines pour la santé en 1992, l'Afrique a la plus basse densité de professionnels de santé. Cette carence est aggravée par l'absence de planification des personnels de santé, leur mauvaise production et surtout leur gestion déficiente. C'est pourquoi il convient d'appuyer fortement les résultats de ce premier atelier en évoquant les axes et les piliers principaux de la mise en oeuvre des plans de dotation et de formation des personnels de santé ainsi que du canevas d'administration et de gestion qui viennent d'être élaborés.

De prime abord, il faudra veiller à ce qu'il y ait une interaction et une coordination entre les composantes du processus de développement des personnels que sont la planification, la production, l'administration et la gestion.

En ce qui concerne la planification, je voudrais mettre l'accent sur le fait qu'elle doit être continue et surtout qu'elle reste le fruit d'un travail d'équipe composée notamment d'organisations communautaires, d'établissements de santé et d'enseignement, d'associations professionnelles de santé, de divers partenaires et de secteurs connexes.

Cette planification aura toujours à tenir compte surtout des rôles et fonctions des différentes catégories de personnels, de la composition de l'équipe de santé et des relations entre les différents niveaux du système de santé.

De façon particulière, il est à rappeler que l'équipe de santé au niveau de la collectivité est multisectorielle et varie selon le type de communauté. Au niveau du centre de santé et du district, cette équipe doit être multidisciplinaire et multisectorielle.

Au niveau intermédiaire, elle est de plus en plus formée avec l'éclosion des compétences gestionnaires et médico-sanitaires de référence.

Au niveau central, elle est plus complexe et spécialisée et elle doit posséder les aptitudes requises pour une meilleure coordination et une bonne supervision.

Au sujet de la formation, les planificateurs de la formation doivent collaborer avec les planificateurs sanitaires. Les réformes proposées auront à respecter les étapes suivantes:

- restructurer les programmes afin de les adapter au nouveau système de santé
- adapter l'environnement "scolaire" et sanitaire
- former les formateurs
- fournir les autres ressources pédagogiques nécessaires
- mettre en place un cadre d'administration scolaire approprié
- privilégier une méthodologie de formation visant l'intégration et la résolution des problèmes de santé de la communauté
- stimuler l'inspection scolaire et l'évaluation des programmes.

En exergue, la formation continue sera conçue dans un <u>système</u> tel que proposé, avec une approche globale et multisectorielle. Ce système, qui englobe les politiques, les plans, les fonctions et les ressources destinées à la formation continue, doit interagir avec la gestion des personnels et la formation initiale.

Quant à la gestion des ressources humaines pour la santé, elle doit être dynamique et veiller à ce que ces personnels soient bien utilisés en vue d'une efficacité maximale au sein du système de santé. Elle doit porter donc surtout sur l'application, la surveillance et l'évaluation des stratégies pour le développement des personnels de santé. Elle nécessite la mise en place d'un système d'appui informationnel capable de fournir des données aussi complètes qu'actualisées.

Pour plus d'efficacité, il est nécessaire de privilégier le style de gestion participative qui stimule les relations de travail harmonieuses et des communications efficaces.

Enfin, il faut que le pays élabore lui-même ses propres indicateurs des résultats d'utilisation des personnels basés notamment sur l'extension de la couverture sanitaire, sur la qualité de cette couverture et sur la participation ainsi que sur la satisfaction de la population.

Madame le Ministre,
Monsieur le Ministre,
Honorables Invités,
Chers Participants,

C'est avec beaucoup d'enthousiasme que je salue les résultats prometteurs de cet atelier qui constitue, à mon avis, une des grandes étapes du suivi de la Table Ronde Santé et Affaires Sociales de Janvier 1993.

Cependant, d'aucuns n'ignorent que les déficiences et les contraintes de santé ne sont pas toujours faciles à supprimer du jour au lendemain. C'est dire que nous devons nous armer de patience et de conviction dans la mesure où la mise en oeuvre de certaines recommandations exige beaucoup de courage, de sacrifices et de changements d'attitudes et de pratiques auxquelles peut-être nous étions habitués.

Chers Participants,

La pertinence des recommandations que vous venez d'émettre matérialisent à suffisance votre ferme engagement à contribuer à la résolution des problèmes de développement des ressources humaines pour la santé.

Pour ma part, soyez assurés que vos recommandations ne restent pas lettre morte et que, à cet effet, l'OMS ne ménagera aucun effort pour appuyer leur mise en application.

Madame le Ministre,
Monsieur le Ministre,
Honorables Invités,
Chers Participants,

Je m'en voudrais de terminer cette allocution sans exprimer mes vifs remerciements à Monsieur le Ministre de la Santé pour avoir encouragé et facilité la tenue de cet atelier. Mes remerciements s'adressent également au Représentant Résident du PNUD, Coordonnateur des Activités Opérationnelles du système des Nations Unies qui, par son engagement ferme à la cause de la santé, n'a jamais cessé de soutenir les efforts du Gouvernement pour un mieux-être du peuple tchadien. A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué au succès de cet atelier, je dis grand merci.

Vive la Santé pour Tous.
Vive la Coopération Internationale.
Je vous remercie.

ANNEXE 10

ALLOCUTION DE MONSOEUR LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE A L'OCCASION DE LA CLOTURE DE L'ATELIER NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD

- Madame et Messieurs les Ministres,
- Excellences, Messieurs les Ambassadeurs,
- Messieurs les Représentants des Organisations Internationales et des Organisations Non Gouvernementales,
- Honorables invités,
- Chers participants,
- Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs,

Nous voici au terme des travaux de l'Atelier National de Développement des Ressources Humaines pour la santé du Tchad. Deux semaines durant, les participants ont travaillé de façon inlassable à l'élaboration de plans de dotation, de redéploiement et de formation initiale et continue, ainsi que d'un canevas d'administration et de gestion du personnel socio-sanitaire.

C'est l'occasion pour moi de vous adresser ici, chers participants, mes vives félicitations et remerciements les plus sincères pour la part active que vous avez prise dans les débats de cet atelier.

Les recommandations pertinentes que vous venez de formuler à l'endroit du gouvernement prouvent à suffisance la profondeur de vos réflexions et le sérieux du travail accompli.

Ces résultats, fruits d'un large consensus de tous les participants, nous les devons d'une part à la participation active de tous nos partenaires au développement (telles les Organisations Internationales et Non Gouvernementales), et d'autre part aux cadres nationaux, qui tous n'ont ménagé ni la fatigue, ni le sommeil.

A ma connaissance, c'est la première fois qu'un tel atelier national sur le développement des Ressources Humaines pour la Santé a eu lieu dans le pays. Il n'est pas inutile de répéter ici que les ressources humaines sont les ressources clés parce que sans elles les autres ressources ne peuvent pas être mises en place.

Tous les thèmes inscrits au programme ont fait l'objet d'intenses réflexions au cours de cet atelier. Parmi les mesures à prendre, des actions concrètes sont déjà menées tant par mon département (ex. les plans de carrière pour les médecins et pour les paramédicaux) que par certains partenaires au développement (ex. MSF dans le Mayo-Kebbi).

Nous sommes très sensibles à ces engagements de Bailleurs de Fonds aux côtés de la population tchadienne pour lui assurer le bien-être individuel et collectif.

Avec l'esquisse de ces plan de redéploiement et de formation du personnel socio-sanitaire, disparaissent aujourd'hui les préalables majeurs sur la voie des négociations avec les institutions financières internationales.

Aussi, je me ferai le devoir mais aussi le plaisir de transmettre, fidèlement les résultats de vos travaux au Gouvernement Tchadien, qui, je suis sûr, mettra tout en oeuvre pour traduire dans les faits vos recommandations.

Les mesures d'accompagnement permettant un redéploiement réel du personnel socio-sanitaire dans nos différentes structures, les recommandations relatives à une gestion saine du même personnel, de même que le plan de formation initiale et continue du personnel constituent des outils précieux dont disposeront désormais mon département et celui de la Condition Féminine et des Affaires Sociales.

Le Gouvernement pourra enfin disposer d'outils indispensables dans les négociations qu'il aura avec les communautés de bailleurs de fonds en vue de faciliter leur positionnement spatial et temporel, en référence au prépositionnement énoncé au cours de la Conférence de la Table Ronde tenue en janvier 1993.

Qu'il me soit permis, une fois de plus, de vous remercier tous, en particulier l'Organisation Mondiale de la Santé, Agence d'exécution du Projet ayant en charge le dossier technique, et le Programme des Nations Unies pour le Développement, pour leur immense contribution à la réussite de cet atelier grâce à la mise à notre disposition des ressources financières et humaines conséquentes.

Enfin, je souhaite à tous ceux qui viennent du pays profond un bon retour à leur lieu de travail respectif.

Je déclare clos, les travaux de l'Atelier National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tchad.

Je vous remercie.

ANNEXE 11

LISTE DES ABREVIATIONS

AFRF	Association Française Raoul Follereau
AEDES	Association Européenne pour le Développement Sanitaire
AUPELF	Association des Universités Partiellement ou Entièrement de Langue Française
AS	Agent sociaux
AT	Agent Technique
BASE	Bureau d'Appui Santé Développement
BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque Mondiale
BELACD	Bureau d'Etudes et de Liaison d'Actions Caritatives pour le Développement
BEPC	Brevet d'Etudes Primaires du 1er Cycle
BSPE	Bureau de Statistiques, Planification et Etudes
BEF	Bien-Etre Familial
BEP	Bureau Etudes et Planification
CESSI	Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers
CHD	Tchad
CMS	Cellule Médico Sociale
CS	Centre de Santé
CS*	Consultation Sectorielle
CNF	Commission Nationale de la Formation
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CTS	Cellule Technique de Suivi
CT	Consultations totales
CTP	Conseiller Technique Principal
CES	Certificat d'Etudes Spécialisées
CEE	Communauté Economique Européenne
CPN	Consultation Pré-Natale
CNNTA	Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire
CESAG	Centre d'Enseignement Supérieur en Administration et Gestion
DAS	Direction des Affaires Sociales
DG	Direction Générale
DPS	Délégué de Préfecture Sanitaire
DAHM	Division Assainissement et Hygiène du Milieu
DSIS	Division du système d'Information Sanitaire
DS	District Sanitaire
DCRHS	Développement Coordonné des Ressources Humaines pour la Santé
DPF	Direction de la Promotion Féminine
DG-TT	Diagnostic-Traitement
DACS	Direction d'Activités Sanitaires
DPL	Division de la Planification
DILA	Division Inspection, Législation, et Archives
DRH	Division des Ressources Humaines
ENASS	Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux
ENSPSS	Ecole Nationale de Santé Publique et du Service Social
EM	Evangéliste Médical
EPS	Education pour la Santé

EFE	Education Formation Emploi
FAC	Fonds d'Aide et de Coopération
FED	Fonds Européen de Développement
FACSS	Faculté des Sciences de la Santé
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population
FC	Formation Continue
GNT	Gouvernement
HMA	Hygiène du Milieu et Assainissement
IEC	Information, Education et Communication
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IB	Infirmier Breveté
IDA	Agence de Développement International
ITS	Institut Tropical Suisse
IT	Inspection du Travail
LMD	Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
MFI	Ministère des Finances et de l'Informatique
MSF	Médecins Sans Frontières
MEPS	Matériels Educatifs pour la Santé
MD	Ministère de la Défense
MSP	Ministère de la Santé Publique
MCD	Médecin-Chef de District
MFPT	Ministère de la Fonction Publique et du Travail
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
MED	Médecin
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MPC	Ministère du Plan et de la Coopération
MCFAS	Ministère de la Condition Féminine et des Affaires Sociales
MCH	Médecin-chef de l'Hôpital
MINT	Ministère de l'Intérieur
MK	Mayo-Kebbi
NDJ	N'Djaména
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONMT	Ordre National des Médecins Tchadiens
ONG	Organisation non-Gouvernementale
PADS	Programme d'Action pour le Développement Social
PAS	Programme d'Ajustement Structurel
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PRSSP	Projet Renforcement des Soins de Santé Primaires
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNB	Produit National Brut
PNL	Programme National Lèpre
PNLC	Programme National de Lutte contre la Cécité
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNT	Programme National Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats Unis pour le Développement International
UNAD	Union Nationale des Associations Diocesaines

VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine
RCA	République Centre Africaine
RCI	République de la Côte-d'Ivoire
SAF	Services Administratifs et Financiers
SECADEV	Secours Catholique pour le Développement
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SFDE	Sage-Femme Diplômée d'Etat
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SMI-BEF	Santé Maternelle et Infantile et du Bien-Etre Familial
SGG	Secrétariat Général du Gouvernement
SSP	Soins de Santé Primaires
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
TRS	Table Ronde Sectorielle
TS	Technicien Supérieur
ZR	Zone de Responsabilité

ANNEXE 12

PROGRAMME DE L'ATELIER NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD

Lundi 24 Janvier 1994 :

8h 00 - 9h 30 - Accueil des participants
- Distribution des documents de travail

10h 00 - 11h 30 - Ouverture officielle du séminaire

11h 30 - 13h 00 - Le système sanitaire du Tchad :
Pays, politique sanitaire, programmes de santé.
Dr HASSAN MAHAMAT HASSAN, DG/MSP.

13h 00 - 14h 00 - Les généralités sur la Fonction "Personnel".
1) *Le DCRHS, Dr CYPRIEN HAKIZIMANA, Représentant de l'OMS au Tchad.*

2) La Planification du personnel de santé :
Dr GRANGA DAOUYA, Coordonnateur National/CTS.

Mardi 25 Janvier 1994 :

8h 00 - Bilan de la veille.

8h 30 - 9h 30 - Synthèse des études sur le plan de dotation en personnels et sur le Redéploiement du personnel socio-sanitaire.
Dr BOUCHET Bruno, Conseiller Technique Principal/CTS/OMS.

9h 30 - 10h 30 - Synthèse des informations sur l'administration et la gestion des personnels de santé.
Mr ADJID OUMAR, Directeur Planification et Formation/MSP.

10h 30 - 10h 45 - Pause

10h 45 - 12h 00 - L'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux.
Dr DJEKOUNDADE, Directeur de l'ENASS.

- La Faculté des Sciences de la Santé
Dr PATALE, Chef du Département des Sciences cliniques/FACSS

- La Formation Initiale à l'étranger.
Mr ADJID OUMAR, Directeur Planification et Formation/MSP.

- Système éducatif des personnels de santé au Tchad et Problématique de leur formation.
  Mr ADJID OUMAR, Directeur Planification et Formation/MSP.

- Le Personnel Social : Problématique du Secteur.
  Mr BLAGUE ADOUM Laurent/MCFAS

12h 00 - 14h 00 Document "FORMATION CONTINUE", Tableau par intervenant.
Dr GRANGA DAOUYA, Coordonnateur National/CTS

Mercredi 26 Janvier 1994 :

8h 00 - 9h 00
- Répartition en 4 groupes
- Méthodologie de Production en atelier

de 9h 00 à Xh
- Discussions en groupes séparés

Du Jeudi 27 au Samedi 29 Janvier 1994 :

De 8h 00 à 14h
- Discussions en groupes séparés

Lundi 31 Janvier 1994 :

De 8h 00 - 14h 00
- Synthèse en plénière du Plan de dotation et du Plan de redéploiement du personnel

Mardi 1er Février 1994 :

-

8h 00 - 14h 00
- Synthèse en plénière du Plan de Formation Initiale

Mercredi 2 Février 1994 :

8h 00 - 14h 00
- Synthèse en Plénière du Plan de Formation Continue

Jeudi 3 Février 1994 :

8h 00 - 14h 00
- Synthèse en Plénière du "Canevas d'administration et de gestion des personnels".

Vendredi 4 Février 1994 :

8h 00 - 12h 00
- Evaluation de l'atelier
- Recommandations + Motions spéciales

Samedi 5 Février 1994 :

13h 00 CLOTURE OFFICIELLE DE L'ATELIER.

ANNEXE 13

LISTE DES PARTICIPANTS
Atelier Ressources Humaines pour la Santé
Journée du 4 Février 1994

NOMS ET PRÉNOMS	FONCTION	ORGANISME
1. ALLADOUMADJI BOLNGAR	DPS/Kanem	MSP
2. ABATCHA Kadaï	Economiste-Gestionnaire/CTS	OMS
3. ANOUE DINGAOUBEYE	Directeur des Etudes	MFPT
4. ALZOUMA Zénaba	CTP/ENASS	OMS
5. ABOURMA M. Kéfas	Dentiste/Hôpital Général	MSP
6. ADRINKAYE ALLAO DOUNIA	Directeur Santé Militaire	MD
7. AHMAT KARIFEN	IDE/Oum-Hadjer	MSP
8. ADOUM ALI GARANDI	Responsable National PEV/LMD	MSP
9. ABDELKERIM Nadjim	Chef DAHM/DACS	MSP
10. ADOUM Djibrine	Coordon.Projet Santé/Pop./BM	MSP
11. AMOULA Waya	Président de l'ONMT	ONMT
12. ALLARANGAR Yokouide	DPS/Ouaddaï	MSP
13. ABAKAR SOU	Coordonnateur du PRSSP/BAD	MSP
14. AHMAT Adoum Ahmat	Méd.Chef Hôpital Général	MSP
15. BOUTTIN Véronique	Responsable Formation, Mayo-Kebbi	MSF
16. BANDUSHA Jean	CTP/SSP	OMS
17. BRAHIM HAMIT	MCD/Oum-Hadjer	MSP
18. BALBANGUI Lydie	Coord.Filière Santé/ENASS	MSP
19. BLAGUE ADOUM Laurent	Chef du BEP	MCFAS
20. BAROUM Jacques	Coordonnateur Médical	CNPS
21. BOUCHET Bruno	CTP/CTS	OMS
22. CABOT Charles	Gestionnaire Projet Santé/FAC	Coop.Française
23. DOUZAKA Nicolas	Chef Matériel/Div. Génie Sanitaire	MSP
24. DJEKOUNDADE	Directeur ENASS	MSP
25. DOUAL Mbaïguedem	DPS/Lac	MSP
26. DJEDOSSOUM Naoundangar	Chef DRH	MSP
27. DAUBY Patrick	Assistant Technique	ITS
28. DJOUAWE Laurent	Chef Bureau des Ressources	MCFAS
29. DJIMADOUM Nadjinangar	DPS/Chari-Baguirmi	MSP
30. DJOGOYE Talansadi	Directeur Planification	MPC
31. FRANCOIS Bernard	CTP/DSIS	USAID
32. FITITAH Mariam	Dir. Adjoint/Affaires Sociales	MCFAS
33. FRITSCH Pascale	Chargée Programme Santé	UNICEF
34. GRANGA Daouya	Coordonnateur National/CTS	OMS
35. HASSAN MAHAMAT Hassan	Directeur Général	MSP
36. HASSAN S. BICHARA	Direction Planification	MPC
37. KABANG Bandé	Coordonnateur CMS/PADS	MSP
38. KAÏ Deglemine	Responsable IEC	MSP
39. KONO Noudjalbaye	Chef Division SMI/BEF	MSP
40. KATYMIA Ezéchiel	DSIS	MSP
41. KANIKA Djam	MCD/Sarh	MSP
42. KESSLER Walter	Chef Projet Santé	MSF
43. LANDREAU Dominique	Chef Projet Santé FAC	Coop.Française

LISTE DES PARTICIPANTS (suite)

44. LAM Taokissam	Responsable MEPS	MSP
45. LAPORTE Dominique	Consultant en Redéploiement	OMS
46. LEJARS Marc	Chef de Projet	7è FED/CEE
47. MADANI Mahamat Oumar	Responsable PNLC	MSP
48. MARIAM Mahamat Nour	BASE	ITS
49. MORIN Eric	CTP/PNT	Coop. Français
50. MOHAMED Abdallah	Directeur des Activités Sanitaires	MSP
51. MOUADEDJINGAR N.	Gestionnaire	UNAD
52. MANGDAH BARTOUSSIA	Directeur Général Adjoint	MSP
53. MALONGA Germain	CTP/SMI-BEF	OMS
54. MUTABARUKA Evariste	Consultant en Formation	OMS
55. MAHAMAT Adjid Oumar	Directeur Planification Formation	MSP
56. MAHAMAT SALE YOUNOUS	DPS/BET	MSP
57. MAHAMAT Pierre	DPS/Mayo-Kebbi	MSP
58. MBOUNA Anne-Marie	SFDE/Bousso	MSP
59. MADJITOLOUM N.	M.C.H/Moundou	MSP
60. MAHAMAT OUMAR	Chef de Div.Qualité Soins	MSP
61. MAYANGAR David	Chef de Division Planification	MSP
62. MAZARS Pierre	Responsable Programme Santé	UNICEF
63. NDEIKOUNDAM Gilbert	Coord.filière sociale ENASS	MCFAS
64. NABIA KANA	Chef DSIS	MSP
65. NGARMADJIGAYE NGARADJE L.	Directeur Etablissements Sanitaires	MSP
66. NOH Adaffana	Directeur Enseignement Sup. et Bourses	MEN
67. NGOLET Arthur	CTP/FACSS	OMS
68. PAINEAU Dominique	CTP/PNLC	Coop.Française
69. PATALE Tezere	Directeur Dép. Sciences cliniques/FACSS	MEN
70. RAMADANE Kariffene	Chef Labo.Bio./Hôpital Général	MSP
71. RODRIGUEZ Isabel	Coordinatrice Médicale	SECADEV
72. SAADA DAOUD	Responsable PNLS	MSP
73. SALEH MAHREB	Chef de Division Formation	MSP
74. TEBARA WODAÏ	IDE/Moïssala	MSP
75. WELBA RAIWE	Chef de la DILA	MSP
76. WELLINGER Marie-Thérèse	MCD/Mongo	MSP

ANNEXE 14

DOCUMENTS DE REFERENCE PAR THEME ET PAR GROUPE

THEME 1 : PLAN DE DOTATION/PLAN DE REDEPLOIEMENT (GROUPE I)

1. Diagnostic et stratégie, TRS, janvier 1993
2. Rapport de la commission de redéploiement
3. Etude BAD (2 documents)
4. Plan de redéploiement des personnels au sein des préfectures de la Tandjilé et du Guéra
5. Rapports BSPE 1992
6. La planification des personnels de santé
7. Tableau de couverture sanitaire (J. WAECHTER, janvier 94)
8. Rapport de suivi sur le secteur santé/affaires sociales
9. Rapport de mission Sarh-Moundou sur le redéploiement
10. Dossier de la CTS de préparation de la mission redéploiement
11. Ordonnance 15/PR/86
12. Projet de statuts particuliers du personnel de santé

THEME 2 : CANEVAS D'ADMINISTRATION ET DE GESTION DES PERSONNELS (GROUPE II)

1. Statut des médecins (ancien et nouveau)
2. Statut du personnel paramédical (ancien et nouveau)
3. Plan de carrière pour médecins et pour paramédicaux
4. Politique de l'emploi
5. Plan de redéploiement (Tandjilé et Guéra), Banque Mondiale

THEME 3 : FORMATION INITIALE DES CADRES MOYENS ET INTERMEDIAIRES (GROUPE III)

1. Présentation ENASS
2. Rapport d'ALMEIDA OMS, 1991
3. Rapport de mission d'évaluation en profondeur du PNUD. 1992
4. Rapport final du Dr V. LITT, juillet 1993
5. Rapport BAD sur le développement des ressources humaines, Volume IV, 1989
6. Loi et décret sur l'ENASS
7. Rapport Nicole Guérin
8. Programme de formation à l'ENASS
9. Diagnostic et stratégie, TRS, janvier 1993
10. Rôle et fonctions de l'infirmier
11. PMA/PCA
12. Atelier pédagogique pour les enseignants
13. Prodoc, avril 87, Extension ENASS-PNUD
14. Prodoc, 1988, ENASS-PNUD

194

THEME 4 : FORMATION INITIALE DES CADRES SUPERIEURS (GROUPE IV)

1. Présentation FACSS
2. Décret FACSS
3. Programme FACSS
4. Compte-rendu de la réunion de positionnement des bailleurs de fonds, CTS EFE, juin 1993
5. PMA/PCA
6. Diagnostic et stratégie, TRS, janvier 1993
7. Formation complémentaire des médecins (Dr V. LITT)
8. Formation des médecins de districts (ITS 7ème FED)
9. TRS TOME I (Pages 57-68 et 68-71)

THEME 5 : FORMATION CONTINUE (GROUPE V)

1. Formation continue : présentation sommaire
2. Diagnostic et stratégie, TRS, janvier 1993
3. La formation continue des personnels de santé, manuel pour ateliers F.R. ABBATT et A. MEJIA, OMS 1990
4. Formation complémentaire des médecins de district, Dr V. LITT (2 documents) et document de travail ad-hoc (voir bailleurs de fonds)
5. Volet "formation initiale et continue", extrait Mission IDA, novembre 1993
6. Situation actuelle : voir fiches des intervenants