PN-ABU-796

RÉPUBLIQUE DU TCHAD

UNITÉ - TRAVAIL - PROGRÈS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

PLANS DE DOTATION ET DE REDÉPLOIEMENT DU PERSONNEL DE SANTÉ 1994-2000

Elaboré par le Dr Jean-Dominique LAPORTE, Consultant

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

N'Djaména, Mai 1994

PN-ABU-790

RÉPUBLIQUE DU TCHAD

UNITÉ - TRAVAIL - PROGRÈS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

PLANS DE DOTATION ET DE REDÉPLOIEMENT DU PERSONNEL DE SANTÉ 1994-2000

Elaboré par le Dr Jean-Dominique LAPORTE, Consultant

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

N'Djaména, Mai 1994

2

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 1

1. **INTRODUCTION** 2
   - 1.1 LA TABLE RONDE SECTORIELLE (TRS) SANTÉ/ AFFAIRES SOCIALES 2
   - 1.2 RÔLE DE LA CTS 2
   - 1.3 ATELIER NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ 3
   - 1.4 JUSTIFICATION ET LIMITES D'UN PLAN DE DOTATION ET DE REDÉPLOIEMENT DU PERSONNEL 4

2. **PRÉSENTATION DU PAYS** 5
   - 2.1 GÉOGRAPHIE 5
   - 2.2 INDICATEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES 5
   - 2.3 SITUATION SANITAIRE 6

3. **SITUATION ACTUELLE DU PERSONNEL DE SANTÉ** 10
   - 3.1 CATÉGORIES DE PERSONNEL 10
   - 3.2 PROBLÉMATIQUE DU PERSONNEL DE SANTÉ 12

4. **BESOINS EN PERSONNEL** 20
   - 4.1 NORMES 20
   - 4.2 EFFECTIFS THÉORIQUES 21
   - 4.3 BESOINS 29
     - 4.3.1 Médecins généralistes 30
     - 4.3.2 Sages-femmes Diplômées d'Etat 31
     - 4.3.3 Infirmiers Diplômés d'Etat 31
     - 4.3.4 Infirmiers Brevetés 32
   - 4.4 MOUVEMENTS DE PERSONNEL 37
     - 4.4.1 Médecins Généralistes 38
     - 4.4.2 Sages-femmes Diplômées d'Etat 39
     - 4.4.3 Infirmiers Diplômés d'Etat 39
     - 4.4.4 Infirmiers Brevetés 40

5. **GESTION DU PERSONNEL** 45
5.1 TEXTES RÉGISSANT L'ADMINISTRATION DU PERSONNEL DE SANTÉ 46
5.2 MISE EN OEUVRE DES PLANS DE DOTATION 47
5.2.1 Application des textes existants 56
5.2.2 Mise en oeuvre de la décentralisation 56
5.2.3 Réorganisation de la division des ressources humaines 58
5.2.4 Ajustement des effectifs 58
5.2.5 Motivation du personnel 59
5.2.6 Formation 60

6. **COÛT DES MESURES PROPOSÉES** 61
6.1 MASSE SALARIALE 61
6.2 DÉGAGEMENT DU PERSONNEL INCOMPÉTENT OU AYANT ATTEINT L'AGE DE LA RETRAITE 62
6.3 RÉORGANISATION DE LA DRH ET FORMATION 62
6.4 AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL . . 63
6.5 DÉPLACEMENTS DU PERSONNEL 63
6.6 SYNTHÈSE 64

7. **STRATÉGIES D'IMPLANTATION DES PLANS ET MESURES** 69
7.1 DÉCISION SUR LES PLANS DE DOTATION ET DE REDÉPLOIEMENT 69
7.2 RÉORGANISATION DE LA DIVISION DES RESSOURCES HUMAINES, FORMATION DU PERSONNEL 69
7.3 MISE EN OEUVRE DE LA DÉCENTRALISATION 70
7.4 MOTIVATION DU PERSONNEL 70
7.5 AJUSTEMENT DES EFFECTIFS 70
7.6 PLANS D'AFFECTATIONS 71

8. **SUIVI ET ÉVALUATION DES PLANS DE DOTATION ET DE REDÉPLOIEMENT** 75

AVANT-PROPOS

Le présent document dégage les grandes lignes d'un plan de dotation et d'un plan de redéploiement du personnel de santé. Le personnel social qui y figure est celui qui est considéré comme faisant partie intégrante de l'équipe de santé et qui dépend du Ministère de la Santé Publique.

Le plan de dotation, tout comme celui du redéploiement du personnel de la Condition féminine et des Affaires Sociales est confié à un consultant national, qui est mieux placé pour élaborer le dossier.

Ainsi sont tracées les limites de ce travail, qui s'articule comme suit:

Le **CHAPITRE 1** est une introduction qui retrace le processus qui a conduit de la Table Ronde Sectorielle Santé-Affaires Sociales à l'élaboration d'un plan de redéploiement du personnel de santé, en passant par la création de la Cellule Technique de Suivi et l'organisation d'un atelier consacré aux problèmes du développement des ressources humaines. Il indique aussi les justifications et les limites des plans proposés.

Le **CHAPITRE 2** est une présentation du pays dans ses grandes lignes: géographie, population et système de santé.

Le **CHAPITRE 3** décrit la situation actuelle du personnel de santé.

Le **CHAPITRE 4** dresse un bilan des besoins en personnel de santé, dans l'immédiat et à l'horizon 2'000.

Le **CHAPITRE 5** aborde les questions relatives à la gestion des personnels de santé et propose des mesures administratives nécessaires pour la réalisation des plans.

Le **CHAPITE 6** évalue le coût des plans et mesures proposées.

Le **CHAPITRE 7** propose une stratégie d'implantation des plans.

Le **CHAPITRE 8** propose des indicateurs de suivi de la réalisation des plans et des procédures d'évaluation.

1. INTRODUCTION

1.1 LA TABLE RONDE SECTORIELLE (TRS) SANTÉ / AFFAIRES SOCIALES

La TRS Santé / Affaires sociales, mécanisme choisi par l'Etat tchadien pour mobiliser et coordonner l'aide extérieure en faveur du secteur, s'est tenue en janvier 1993 à N'Djaména. Malgré le succès de cette TRS, certains points essentiels n'étaient pas disponibles pour permettre le positionnement des bailleurs de fonds et des nombreux partenaires au développement (ONG et privés) dans le temps et l'espace.

Il a donc été recommandé de mettre en place un organe transitoire dynamique et efficace pour lever les préalables au positionnement temporel et spatial des bailleurs de fonds. C'est ainsi qu'est née la Cellule Technique de Suivi (CTS) des recommandations de la Table Ronde, cellule chargée d'aider à la préparation de la programmation opérationnelle du secteur Santé / Affaires Sociales. La mise en place de la CTS ainsi que son rôle sont définis dans le projet 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.

1.2 RÔLE DE LA CTS

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 et du Ministère de la Condition Féminine et des Affaires Sociales. 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. Pour réaliser cette étude, la CTS a été aidée par un Consultant International, spécialiste en gestion des ressources humaines et des services de santé.

1.3 ATELIER NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ.

Vu sous l'angle de la gestion globale des ressources humaines, le redéploiement du personnel devait se situer dans le cadre du concept du "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 sanitaires, donc de profils professionnels et de prévisions concernant la production de personnel. Cela a conduit la CTS à proposer de traiter de façon simultanée les thèmes du redéploiement et de la formation au cours d'un même atelier intitulé "Atelier National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé". Organisé par le Ministère de la Santé Publique, dont relève la CTS, en collaboration avec l'OMS, cet atelier avait pour mission, en favorisant un échange d'idées, de fournir la matière de base permettant l'élaboration de plans de formation (formation initiale et formation continue) et d'un plan de redéploiement du personnel de santé qui obtiennent un consensus parmi tous les milieux et personnes intéressés.

Cet atelier s'est déroulé du 24 janvier au 5 février 1994 dans les locaux de l'ENASS. Cinq groupes de travail ont travaillé sur les thèmes suivants:

* Normes (selon le niveau) pour l'affectation du personnel, plan de dotation en personnel et plan de redéploiement.

* Administration et gestion du personnel.

* Formation initiale à l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS).

* Formation initiale à la Faculté des Sciences de la Santé (FACSS).

* Formation continue.

A travers des exposés présentant la situation du Tchad et les problèmes à résoudre, les participants à l'atelier ont été invités à adopter deux angles de vue complémentaires:

- l'un considérant les ressources nécessaires pour assurer l'ensemble des prestations de santé prévues à toute la population dans des conditions de travail normales: c'est la situation idéale, correspondant à un niveau de planification appelé "**stratégique**", dont l'échéance n'a pas été fixée mais se chiffre en dizaines d'années.

- l'autre considérant ce qui est faisable, au mieux, en prenant en compte les ressources disponibles et les développements attendus, correspondant à un niveau de planification dit "**opérationnel**" dont l'échéance est l'horizon 2'000.

Pendant une semaine, chaque groupe a exploité les données disponibles concernant ces thèmes et élaboré des propositions. Durant la deuxième semaine, ces propositions ont été retravaillées et adoptées en assemblée plénière, qui a également émis un certain nombre de recommandations à l'attention des différents ministères concernés et du gouvernement dans son ensemble.

Les travaux concernant les deux premiers thèmes ont servi de base à l'élaboration de ce rapport.

1.4 JUSTIFICATION ET LIMITES DES PLANS DE DOTATION ET DE REDÉPLOIEMENT DU PERSONNEL

Comme pour toute ressource rare, il est avantageux de planifier l'affectation du personnel. Les avantages recherchés par l'élaboration d'un plan sont de:

- disposer d'une vue d'ensemble des besoins en personnel et de l'évolution de ces besoins;
- disposer de critères objectifs pour les affectations du personnel;
- pouvoir traiter les problèmes dans leur ensemble et non au coup par coup;
- pouvoir réaliser des plans de carrières individuels en coordonnant les affectations;
- permettre une répartition équitable du personnel dans les populations à desservir.

Le redéploiement du personnel est, comme son nom l'indique, une mesure ponctuelle destinée à assainir la situation résultant d'une concentration excessive de personnel dans certains services (centraux) au détriment d'autres (périphériques). Outre les arrêtés d'affectation, il peut comprendre une série de mesures pratiques permettant le déplacement du personnel (avances de salaire, transport du personnel, etc.) ainsi que des mesures incitatives (pécule, équipement, amélioration du logement, etc.).

Toutefois, ces mesures seront vite réduites à néant si rien n'est fait pour que les postes périphériques restent pourvus en permanence après ce premier mouvement. C'est pourquoi le redéploiement ne peut être qu'un aspect d'un plan d'ensemble de dotation en personnel, visant à rendre les postes périphériques plus attractifs et les affectations de personnel régulières et effectives. Ce plan d'affectation doit s'insérer dans une politique de développement des ressources humaines, elle même élément d'une politique générale de développement qualitatif aussi bien que quantitatif des services de santé.

Ces plans sont donc des outils destinés à aider les décisions du ministère de la santé. Ils n'ont de sens et ne trouvent leur utilité que dans le cadre d'une politique générale d'amélioration des services de santé.

2. PRÉSENTATION DU PAYS

2.1 GÉOGRAPHIE

Le Tchad est un pays de 1.284.000 km^2 ne disposant d'aucun accès à la mer. Il est composé de 3 zones climatiques: saharienne (moins de 200 mm de pluie par année) au nord, soudanienne (plus de 900 mm de pluie) au sud, et sahélienne entre les deux. Les paysages sont donc très divers, posant des problèmes de communication spécifiques: plaines et dunes de sables désertiques, montagnes rocheuses, plaines argileuses inondables. Les distances à parcourir dans un district ou une préfecture sanitaires sont partout considérables, mais ont tendance à décroître du nord au sud, en raison inverse du gradient de densité de population.

L'économie est essentiellement rurale, aussi variée que les paysages: cultures vivrières (mil, sorgho, légumineuses, tubercules, maréchage); cultures de rente (coton, arachides, dates); élevage; pêche. Ce type d'économie implique des revenus monétaires irréguliers, l'argent ne circulant dans le pays qu'au moment des marchés de coton ou de la vente des récoltes.

L'industrie textile a fait faillite. La production de sucre de canne est en sursis. Il y a des réserves de pétrole importantes, mais celle-ci ne donnent actuellement lieu qu'à des emplois saisonniers pour la prospection.

2.2 INDICATEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES

(Source: Exposé du Directeur Général de la Santé au cours de l'Atelier National pour le Développement des Ressources Humaines).

La population se chiffre à environ 6,3 millions d'habitants (résultats provisoires du recensement de 1993). Avec son taux d'accroissement naturel assez élevé (2,3%), la population atteindra 7,4 millions en l'an 2000 et doublerait en 20 ans.

Cette population est très inégalement répartie sur le territoire, avec une densité de population moyenne par préfecture variant de 0,18 à 46,3 habitants au km^2. Les principaux indicateurs démographiques sont les suivants:

Taux brut de natalité:	42,3‰
Taux brut de mortalité:	19,1‰
Taux d'accroissement naturel:	2,33%
Espérance de vie à la naissance:	47 ans

Population de moins de 20 ans:	51%
Population urbaine:	28%
Taux de croissance de la population urbaine:	7,8%
Fécondité générale (enfants par femme):	5,2.

La situation socio-économique se caractérise sommairement par les indicateurs suivants:

Taux de mortalité infantile:	129‰
Taux d'alphabétisation des adultes:	25%
Taux brut de scolarisation dans le primaire:	52%
Produit intérieur brut estimé en 1990(FCFA):	325 milliards
Produit national brut par habitant (1990):	200US$.

2.3 SITUATION SANITAIRE

La situation sanitaire du Tchad est précaire. Les taux de mortalité sont élevés, spécialement dans la population jeune, à l'instar des autres pays en développement. La mortalité maternelle est estimée se situer entre 800 et 1000 décès pour 100'000 naissances vivantes.

Les principales causes de morbidité et de mortalité sont la malnutrition, les maladies infectieuses et parasitaires et les complications de la grossesse et de l'accouchement. La récente épidémie de choléra (1991) a mis en évidence, si besoin était, la précarité de l'hygiène individuelle et publique, mais également les capacités de mobilisation des services de santé.

La couverture sanitaire est très partielle, l'accessibilité des services de santé est faible, et leur qualité n'est pas assurée.

Pour remédier à cette situation, le Tchad a adopté une politique sanitaire fondée sur le développement des soins de santé primaires, conformément à la déclaration d'Alma-Ata. Cette politique met l'accent sur le développement des districts socio-sanitaires comme moyen d'assurer à la population l'accès à des services de base de qualité, sur les plans curatif, préventif et promotionnel.

Pour ce faire, le Ministère de la Santé Publique a été doté, depuis 1991, d'un nouveau cadre organique (décret N° 519/PR/91 du 24/08/91) qui le structure en trois niveaux:

Le niveau périphérique comprend 46 districts sanitaires.

Chaque district sanitaire est organisé en fonction de:

- un "paquet minimum d'activités" (PMA), qui représente l'ensemble des soins qui doivent être fournis à une population par un centre de santé, ou premier contact de la population avec le système de santé, appelé aussi "premier

échelon" (exemples: consultation prénatale, traitement d'un accès de paludisme). La population à laquelle un centre de santé doit ces soins s'appelle une **zone de responsabilité**. Le pays en compte 633.

- un "paquet complémentaire d'activités", qui nécessite un regroupement de compétences et d'équipements et qui doit être délivré par les hôpitaux de district (exemples: instauration du traitement d'une insuffisance cardiaque, césarienne).

Le niveau intermédiaire comprend 14 Délégations Préfectorales Sanitaires qui coordonnent les activités de 1 (Salamat) à 8 (Chari-Baguirmi) districts sanitaires. Les hôpitaux centraux de préfecture ont un niveau de technicité qui leur permet d'assurer certains soins spécialisés, en plus de leur rôle d'hôpital de district pour le district dit "central" de la préfecture.

La liste des préfectures et districts sanitaires figure sur le **tableau 1.1**, alors que leurs délimitations apparaissent sur la **figure 1.1.**

Le niveau central comprend

* le Ministère, son Cabinet, et une Direction Générale ;
* 3 directions:
  - Planification et formation;
  - Etablissements sanitaires;
  - Activités sanitaires;

Chaque direction est organisée en divisions, qui doivent assurer un travail technique en intégrant les programmes nationaux.

* 4 institutions nationales:
  - l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS);
  - l'Hôpital Général de Référence Nationale;
  - la Pharmacie d'Approvisionnement du Secteur Public (PASP);
  - le Centre National d'Appareillage et de Rééducation (CNAR);

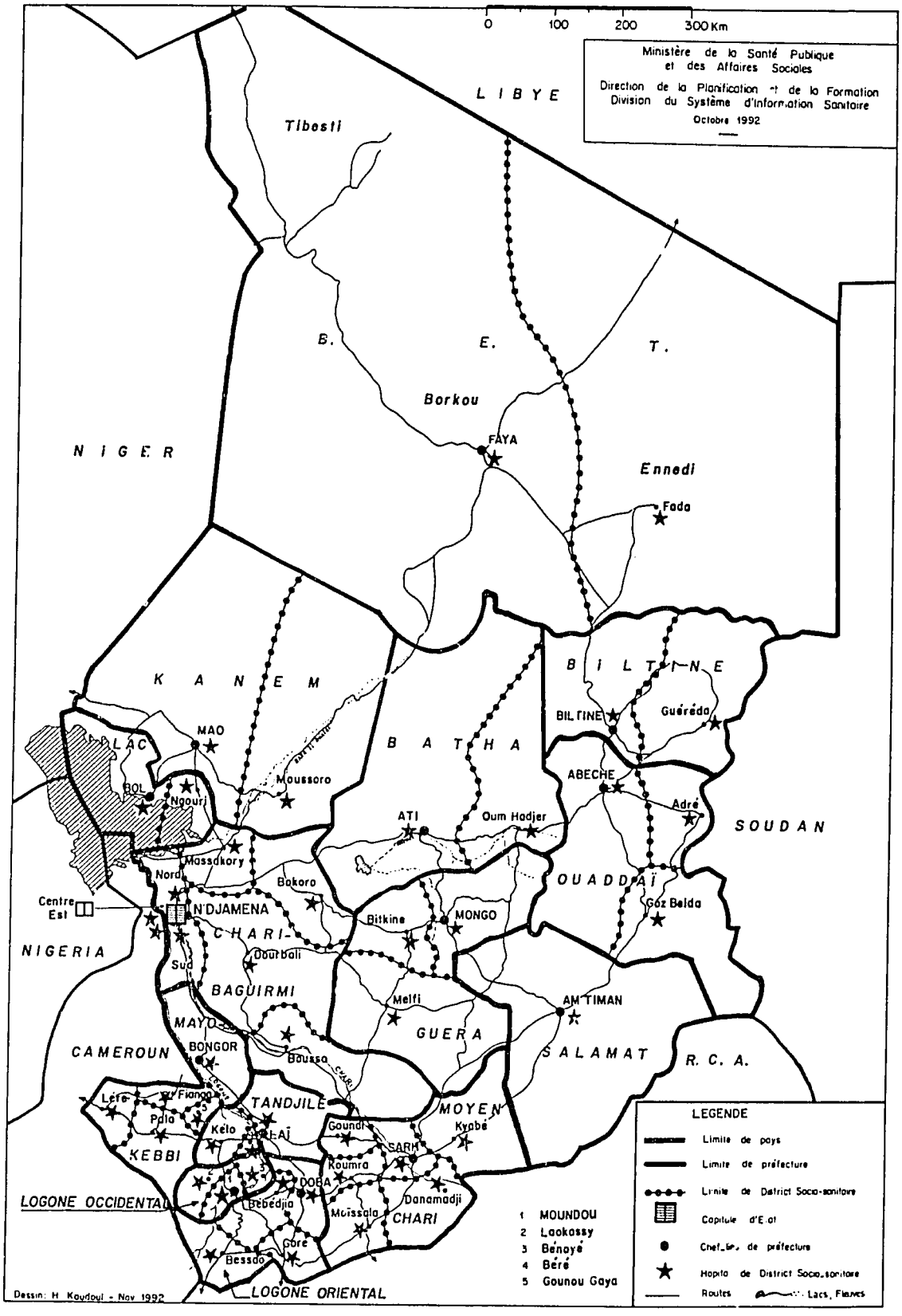
Tableau 1.1 : Liste des préfectures et districts sanitaires du Tchad.

DELEGATION PREFECTORALE SANITAIRE	DISTRICT SANITAIRE
Batha	Ati, Oum-Hadjer
BET	Borkou/Tibesti, Ennedi
Biltine	Biltine, Guéréda
Chari-Baguirmi	N'Djaména-Centre, N'Djaména-Est, N'Djaména-Nord, N'Djaména-Sud, Bousso, Massakory, Dourbali, Bokoro
Guéra	Mongo, Bitkine, Melfi
Kanem	Mao, Moussoro
Lac	Bol, Ngouri
Logone Occidental	Moundou, Bébalem, Laoukassi
Logone Oriental	Doba, Goré, Bébédjia, Bessao
Mayo-Kebbi	Bongor, Fianga, Gounou-Gaya, Pala, Léré
Moyen-Chari	Sarh, Kyabé, Goundi, Koumra, Moïssala, Danamadji
Ouaddaï	Abéché, Adré, Goz-Béida
Salamat	Am-Timan
Tandjilé	Laï, Béré, Kélo
Total	**46**

12

Figure 1.1

République du Tchad - Carte des Districts Socio-Sanitaires



Du point de vue administratif, les attributions et compétences de chaque niveau se répartissent ainsi:

Le *niveau central* définit les stratégies et les grandes opérations du secteur, mobilise les ressources nécessaires et coordonne l'ensemble des activités. Il appuie techniquement le niveau intermédiaire.

Le *niveau intermédiaire* adapte les stratégies nationales au contexte régional, planifie, coordonne et supervise les activités des districts sanitaires, auxquels il apporte un appui technique.

Le *niveau périphérique* opérationnalise les plans, gère les activités, encadre le personnel soignant et recueille l'information sanitaire.

3. SITUATION ACTUELLE DU PERSONNEL DE SANTÉ

3.1 CATÉGORIES DE PERSONNEL

Le personnel de santé se répartit dans les catégories suivantes:

* I.D.E. = Infirmier Diplômé d'Etat = 3 ans de formation
* S.F.D.E = Sage-Femme Diplômée d'Etat = 3 ans de formation
* I.B. = Infirmier Breveté = 2 ans de formation
* A.T.P. = Agent Technique Principal = ATS ayant reçu une gratification pour la qualité de leur travail.
* A.T.S. = Agent Technique de Santé = I.B. ayant fait 1 année supplémentaire de formation à l'école d'infirmiers, selon un programme différent de celui des I.D.E.
* I.T. = Infirmier Titulaire = 1 an de formation après le CEPE.
* Contractuels Nationaux
* Commis des services administratifs et financiers (SAF) = personnel administratif peu qualifié.
* Ingénieur Sanitaire = 5 ans de formation.
* Technicien d'Assainissement = 3 ans de formation.
* E.M.= Evangélistes Médicaux.

La DSIS considère comme personnel qualifié uniquement les I.D.E, S.F.D.E, I.B., et A.T., c'est-à-dire ceux ayant reçu au moins 2 ans de formation.

Le **tableau 3.1** montre des estimations de la quantité de personnel dans chaque catégorie, selon différentes sources du MSP:

- la Division des Ressources Humaines, qui tire les chiffres de ses fichiers administratifs;

- la Division du Système d'Information Sanitaire (DSIS), qui utilise des chiffres de personnel recensé dans les services de santé par les Délégués Sanitaires Préfectoraux.

Tableau 3.1: ***nombre d'agents de santé par catégorie***

PERSONNEL	quantité selon DRH (Janv.91)	quantité selon DSIS (Déc.92)	différence
Médecins	105	146	41
Pharmaciens	11	25	14
Dentistes		4	
I.D.E.	211	182	29
S.F.D.E.	143	89	54
Techniciens d'assainissement	225	177	48
I.B.	346	*	
A.T. de santé	382	*	
A.T. principaux	37	*	
Ingénieurs sanitaires	6		
I.T.	113		
Assistants et Techniciens Sup.	70		
Laborantins	25		
Nutritionnistes	15		
Kinésithérapeutes et Orthopédistes	6		
Contractuels nationaux	238		
Administrateurs	81	**	
Commis des SAF	38	**	
Agents main d'oeuvre	1287	676	611
Chauffeurs		74	
Personnel non qualifié		200	
Personnel sans formation		799	
Cadres supérieurs/Autres		167	
TOTAL.....	**3339**	**.....325**	**..... 87**

Notes:

Les contractuels nationaux sont constitués principalement de personnel d'entretien.

* la DSIS regroupe les I.B., A.T., et E.M. en 564 personnels

** la DSIS regroupe le personnel administratif en 149 personnels

Les chiffres rapportés concernent seulement le Ministère de la Santé Publique, excluant le personnel de santé affilié à d'autres départements ou secteurs. Ainsi, selon la DSIS, le personnel supplémentaire suivant est à prendre en compte:

-242 agents pour le Ministère de la Défense, dont 138 militaires.
-725 agents pour le secteur confessionnel, dont 346 (48%) sont considérés non qualifiés ou sans formation.
- 82 agents pour le secteur privé, dont 69 dans l'industrie.

Si l'on considère ces agents supplémentaires, nous arrivons à un total de 4301 membres du personnel de santé selon la DSIS (inventaire 1992).

Malgré une classification différente, les chiffres de personnel total de la DSIS et de la DRH ne diffèrent pas trop. Une des raisons expliquant la différence est l'intégration ou non du personnel dans la fonction publique.

Les chiffres utilisés dans ce chapitre sont ceux de l'inventaire réalisé en 1992 par la DSIS, parfois actualisés par recoupement avec d'autres données par la CTS.

3.2 PROBLÉMATIQUE DU PERSONNEL DE SANTÉ

Le personnel de santé pose au Tchad des problèmes de plusieurs ordres.

Premièrement, la définitition des niveaux d'intervention et des activités à délivrer à ces différents niveaux (cf le chapitre 2) n'avait pas encore été suivie de décisions concernant les types de personnels nécessaires pour assurer ces prestations. Réciproquement, les fonctions des types de personnel existants n'avaient jamais été définies, et la formation du personnel soignant se faisait sur la base d'un profil standard qui ne correspondait que très partiellement aux tâches que ces personnels devaient exécuter non-seulement depuis la définition du paquet minimum d'activités (PMA), mais depuis bien longtemps pour répondre aux besoins de la population. En effet, la pénurie de personnel avait incité, à juste titre, nombre de responsables à confier au personnel disponible, quel qu'il soit, l'ensemble des activités de santé qui ont été développées depuis les années 80.

Ainsi, un type de personnel donné se voit confier des tâches très diverses (par exemple : un infirmier diplômé d'Etat - IDE - peut assurer et prodiguer des soins infirmiers dans un service de chirurgie ou assurer une consultation, donc faire des diagnostics et prescrire des traitements, dans un centre de santé). De même, une activité donnée est menée à bien par des types de personnel différents (la consultation prénatale est assurée ici par une sage-femme, là par un IDE, ailleurs encore par un infirmier breveté).

De plus, ce personnel défini comme "qualifié" est souvent remplacé, occasionnellement ou en permanence, par du personnel auxiliaire (dans un centre de santé, un aide soignant sans qualification peut remplacer un infirmier absent pendant plusieurs semaines; dans les salles de soin, ces mêmes aides traitent des plaies et pratiquent incisions et injections). Un des problèmes majeurs est la disproportion entre personnel qualifié et non-qualifié. Toutefois, il est à noter que certaines personnes ont pu acquérir, par la pratique, quelque compétence dans l'accomplissement des activités auxquelles leurs qualifications ne correspondent pas. Cela est important car, tant que le personnel est en nombre insuffisant pour couvrir ne serait-ce que les besoins des services existants, ce serait une erreur de se priver des services de ces personnes ayant des compétences spécifiques pour certaines tâches.

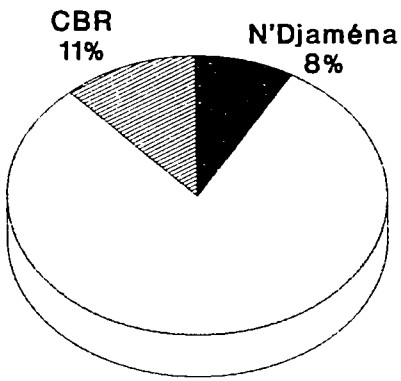
Le groupe de travail qui traitait du thème de la formation initiale à l'ENASS a préparé des définitions de profils de sortie synthétique à partir de la liste des activités aux différents niveaux.

Sur la base des propositions du groupe de travail qui traitait des normes et des plans d'affectation et de redéploiement, l'assemblée plénière a adopté des normes qui seront utilisées dans les calculs d'affectation du présent rapport.

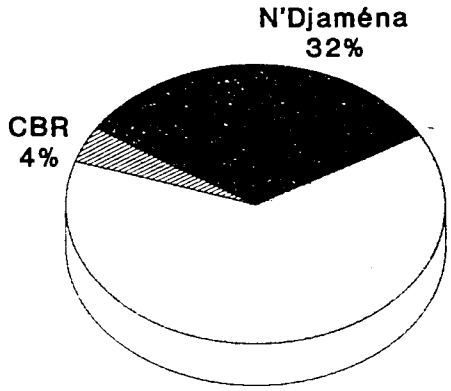
Cela donne une base pour se pencher sur un autre aspect de la problématique du personnel de santé: sa répartition géograhique irrégulière.

Figure 3.1

DISTRIBUTION DE LA POPULATION ET DU PERSONNEL DE SANTE AU TCHAD



DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DE LA POPULATION



DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DU PERSONNEL DE SANTE

Sources: DSIS 1992,
Bureau Central de Recensement.
CBR= Chari-Baguirmi Rural

3.3 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU PERSONNEL DE SANTÉ

La répartition géographique du personnel qualifié se caractérise par:

- une concentration excessive du personnel administratif et technique dans la capitale au détriment des niveaux intermédiaire (la délégation préfectorale sanitaire) et périphérique (le district). Environ 1.400 (soit 32%) parmi les 4.300 agents (toutes catégories confondues) sont dans la capitale, alors que 8% seulement de la population y vit (cf **figure 3.1**).

- une répartition très inégale dans les préfectures (cf le **tableau 3.2,** qui mentionne des ratios habitants/ personnel de santé et **figure 3.2**, qui illustre les ratios personnels de santé pour 100.000 habitants).

  Les écarts varient de:
  -32.510 à 440.342 pour les médecins
  -14.121 à 92.291 pour les I.D.E.
  -82.749 à 440.342 pour les S.F.D.E.

Le Chari-Baguirmi n'est pas pris en considération dans ces comparaisons car l'hôpital général concentre la plupart du personnel. D'après une récente étude[1], les services de l'hôpital central comportent 570 personnes.

Ainsi, pour le Chari-Baguirmi, il est intéressant de distinguer entre la partie urbaine et la partie rurale. Dans les tableaux qui suivent, pour respecter l'unité des districts sanitaires, N'Djaména comprend les districts de N'Djaména Nord et N'Djaména Sud, appelés aussi Farcha et Chagoua, respectivement. Cela revient à mettre ensemble N'Djaména urbain et rural, en le comparant au reste du Chari-Baguirmi (cf tableaux **3.3, 3.4** et **3.5**).

Les données du tableau 3.3 sont à prendre avec réserve car la DSIS considère à part le personnel administratif. Le problème qui se pose est donc de savoir s'il est entièrement à N'Djaména. Dans le tableau 3.3, ce personnel a été comptabilisé dans N'Djaména urbain.

---

[1] Division du Système d'Information Sanitaire.
Inventaire des ressources de l'hôpital général de référence, Février 1994.

Tableau 3.2: ***ratios population/personnel par préfecture***

DELEGATION PREFECTORALE	POPULATION	MEDECINS	I.D.E	S.F.D.E	CENTRES DE SANTE
BATHA	288.074	3 (96.025)	9 (32.008)	1 (288.074)	19
BET	70.603	1 (70.603)	5 (14.121)	0	14
BILTINE	187.115	2 (93.558)	3 (62.372)	1 (187.115)	7
CHARI-BAGUIRMI	1.252.161	77 (16.262)	101 (12.398)	68 (18.414)	53
GUERA	306.653	3 (102.218)	6 (51.109)	1 (306.653)	12
KANEM	280.804	3 (93.601)	6 (46.801)	0	21
LAC	248.226	1 (248.226)	5 (49.645)	0	13
LOGONE OCCIDENTAL	455.140	14 (32.510)	17 (26.773)	5 (91.028)	21
LOGONE ORIENTAL	440.342	1 (440.342)	8 (55.043)	1 (440.342)	47
MAYO-KEBBI	820.249	14 (58.589)	22 (37.284)	2 (410.125)	45
MOYEN-CHARI	744.741	15 (49.649)	21 (35.464)	9 (82.749)	49
OUADDAI	549.932	7 (78.562)	10 (54.993)	2 (274.966)	35
SALAMAT	185.981	1 (185.981)	2 (92.991)	0	5
TANDJILE	458.240	3 (152.747)	8 (57.280)	2 (229.120)	32

Les ratios donnés entre parenthèses n'ont de sens qu'en fonction du nombre d'infrastructures sanitaires existantes. Pour faciliter l'interprétation, ce nombre figure dans la dernière colonne.

L'écart entre les ratios extrêmes du tableau 3.4 indique une répartition très inégale des différents personnels parmi les préfectures, qui apparaît bien dans la figure 3.2. Le Chari-Baguirmi rural est très démuni en personnel, notamment en sage-femmes. Pour toutes les catégories, le personnel de santé est concentré à N'Djaména où le personnel d'entretien est prédominant (2,5 fois le nombre de médecins), suivi par le personnel sans formation ou non qualifié (2 fois le nombre de médecins).

Selon la DSIS, 6 préfectures sont particulièrement défavorisées car elles ne possèdent pas en moyenne 1 infirmier qualifié par centre de santé: Batha, B.E.T., Kanem, Logone Oriental, Ouaddaï, et Tandjilé. Le Logone Oriental est la préfecture la plus démunie, spécialement en médecins et sage-femmes. Le Logone Occidental est la deuxième préfecture à haute concentration de personnel, notamment médecins et I.D.E..

Les sages-femmes présentent un problème particulier, puisque 72% sont à N'Djaména et 4 préfectures n'en ont aucune: B.E.T., Kanem, Lac, et Salamat. 66% des médecins et 40% des I.D.E. sont à N'djaména, alors que seulement 8% de la population s'y trouve.

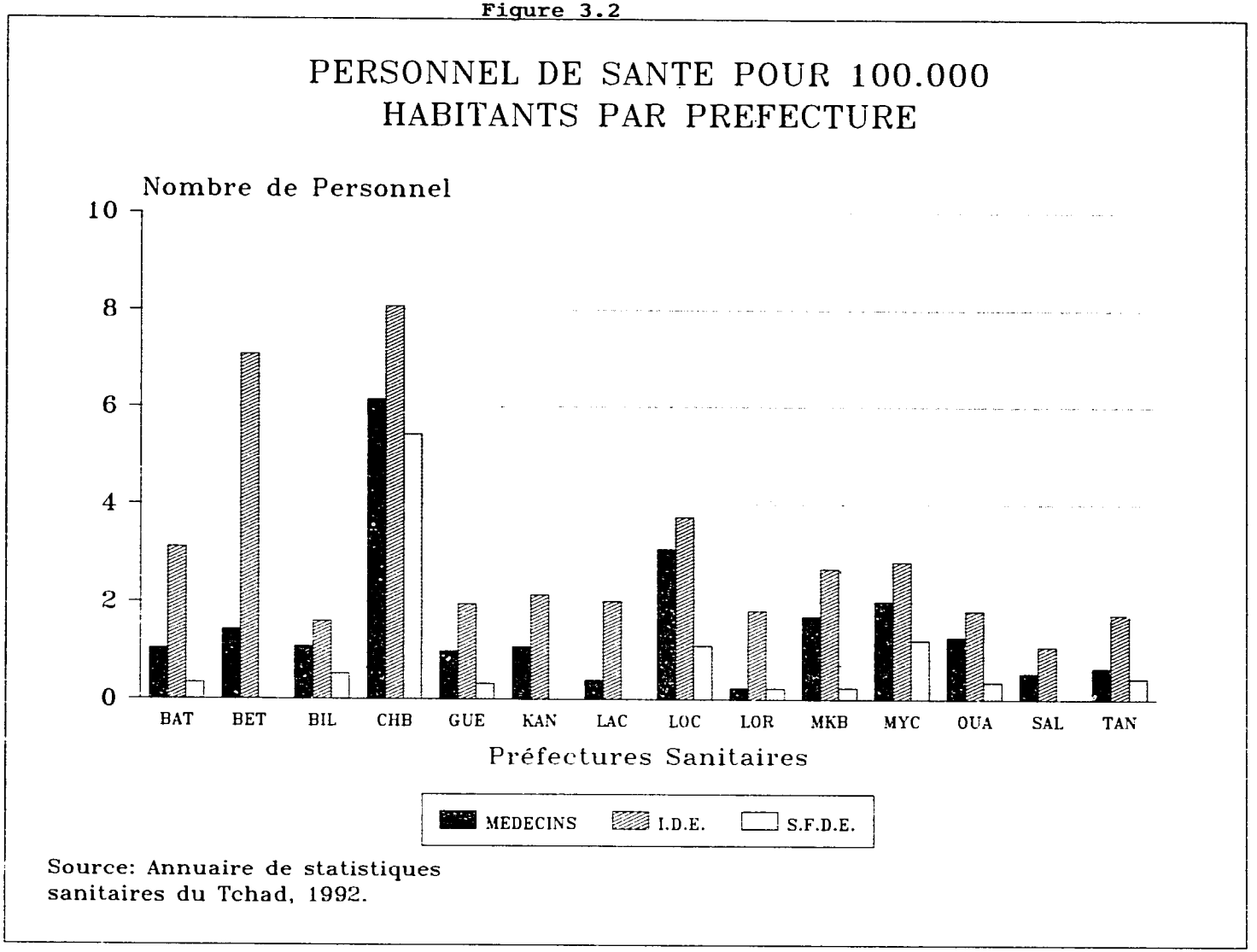
Tableau 3.3 : ***Répartition de la population résidente et du personnel de santé au Tchad.***

	N'DJAMENA URBAIN	CHARI-BAGUIRMI RURAL	RESTE DU PAYS	TCHAD
POPULATION	763.015	489.146	5.036.100	6.288.261
PERSONNEL DE SANTE	1.392	177	2.732	4.301

Les ratics de population par personnel sont:

-548 pour N'Djaména urbain
-2.763 pour le Chari-Baguirmi rural
-798 pour le Chari-Baguirmi, y compris N'Djaména
-1.843 pour le reste du pays.

Figure 3.2



Source: Annuaire de statistiques sanitaires du Tchad, 1992.

Tableau 3.4 : ***Ratios population/personnel dans 3 régions pour certaines catégories de personnel***

CATEGORIE	N'DJAMENA URBAIN	CHARI-BAGUIRMI RURAL	RESTE DU PAYS	TCHAD
MEDECINS	107 (7.130)	5 (97.829)	68 (74.060)	180 (34.935)
I.D.E.	89 (8.573)	12 (40.762)	122 (41.280)	223 (28.198)
S.F.D.E.	66 (11.560)	2 (244.573)	24 (209.838)	92 (68.351)
PERSONNEL NON QUALIFIE	48 (15.896)	31 (15.779)	336 (14.988)	415 (15.152)
PERSONNEL SANS FORMATION	160 (4.769)	51 (9.591)	836 (6.024)	1.047 (6.006)
PERSONNEL ADMINISTRATIF	72 (10.957)	3 (163.049)	144 (34.973)	219 (28.714)
PERSONNEL D'ENTRETIEN	269 (2.836)	38 (12.872)	482 (10.448)	789 (7.970)

Les chiffres entre parenthèses sont la population par catégorie de personnel. Les autres sont les nombres absolus.

Le **tableau 3.5** montre les ratios inverses, c'est à dire la quantité de personnel, par catégorie, pour 100.000 habitants.

Tableau 3.5: ***Nombre de personnel de santé pour 100.000 habitants.***

CATEGORIE	N'DJAMENA URBAIN	CHARI-BAGUIRMI RURAL	RESTE DU PAYS	TCHAD
MEDECINS	14,0	1,0	1,4	2,86
I.D.E.	11,7	2,4	2,4	3,55
S.F.D.E.	8,6	0,4	0,5	1,46
PERSONNEL NON QUALIFIE	6,3	6,3	6,7	6,6
PERSONNEL SANS FORMATION	21,0	10,4	16,6	16,7
PERSONNEL ADMINISTRATIF	9,4	0,6	2,9	3,48
PERSONNEL D'ENTRETIEN	32,2	7,8	9,6	12,5

C'est à ces inégalités dans la répartition géographique du personnel que des plans d'affectation et de redéploiement du personnel ont pour ambition de remédier.

4. BESOINS EN PERSONNEL

Le besoin en personnel est la différence entre l'effectif théorique et le personnel présent. Ce chapitre présente, pour le personnel qualifié:

- les normes qui ont été adoptées par l'Atelier National pour le Développement des Ressources Humaines pour la Santé;

- le calcul des effectifs théoriques, par délégation préfectorale sanitaire, à partir de ces normes;

- le calcul des besoins en personnel.

Les chiffres peuvent différer quelque peu de ceux utilisés dans le chapitre précédent, qui sont soit des données de l'inventaire 1992 de la DSIS, soit le résultat de recoupements entre plusieurs sources. Dans le chapitre 4, les chiffres que nous utiliserons proviennent d'une actualisation des chiffres de la DSIS par la CTS. Les chiffres actualisés n'étant pas encore disponibles pour 4 préfectures (Biltine, Logone Occidental, Guéra et le Salamat), les chiffres de la DSIS ont été utilisés tels quels.

Quoiqu'il en soit, les chiffres précis n'ont qu'un intérêt limité: les ressources humaines étant mobiles, la situation est mouvante et son image doit être constamment actualisée. L'ambition de ce chapitre est de montrer une méthode de calcul et de mettre en évidence les ordres de grandeur en jeu. Les chiffres exacts sont utiles au moment de l'opérationnalisation. Comme plusieurs mois peuvent s'écouler entre l'adoption d'un plan et sa réalisation, ne serait-ce que pour mobiliser les ressources matérielles nécessaires, les chiffres de personnel présent devront être remis à jour à ce moment.

Ils peuvent d'ailleurs être introduits à tout moment. Les normes et effectifs théoriques, eux, ne changent que lentement, au rythme de la construction de nouvelles infrastructures.

4.1 NORMES

Les **tableaux 4.1 à 4.6** présentent les normes retenues pour les services de santé. La distinction entre normes "stratégiques" et "opérationnelles" est expliquée au **§1.3**.

4.2 EFFECTIFS THÉORIQUES

Les effectifs théoriques ont été calculés selon deux modèles pour 4 catégories de personnel: Médecins généralistes, infirmiers diplômés d'Etat (IDE), sages-femmes diplômées d'Etat (SFDE), infirmiers brevetés (IB), catégorie qui comprend aussi les agents techniques.

Dans un premier modèle, les normes opérationnelles présentées dans les tableaux 4.1 à 4.6 ont été appliquées aux structures sanitaires existant actuellement. Cela donne un effectif théorique pour 1994, figurant dans les tableaux dans la colonne "Dotation 1994". Ces structures sanitaires représentent à peu près la moitié de la couverture sanitaire planifiée pour le premier échelon.

Dans un deuxième modèle, les mêmes normes opérationnelles ont été appliquées à une couverture sanitaire de 75 % dans le plan de formation pour le premier échelon, taux qui a été retenu comme hypothèse de couverture sanitaire en l'an 2000. Il a également été tenu compte d'une augmentation de la population de 10% entre 1994 et 2000. Pour le deuxième échelon et le niveau intermédiaire, le nombre de lits a été adapté en fonction des prévisions de construction ou de redimensionnement des hôpitaux. Cela donne un effectif théorique pour l'an 2000, figurant dans les tableaux dans la colonne "Dotation 2000".

TABLEAU 4.1 : 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 4.2 : 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 4.3 : 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 4.4 : NORMES EN PERSONNEL DE LA DIRECTION 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 = Médecin spécialisé en Santé Publique.

TABLEAU 4.5: NORMES EN PERSONNEL : 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 4.6 : NORMES EN PERSONNEL DE L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE NATIONALE.

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	4	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 4.6 : (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 4.6 (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**

Les calculs sont expliqués avec plus de détails dans **l'annexe 2**.

Il est à noter qu'aucun calcul n'a été fait avec les normes stratégiques, qui dépassent les objectifs d'un plan de redéploiement. On verra que les effectifs exigés pour satisfaire aux normes opérationnelles sont déjà considérables.

4.3 BESOINS

Les deux modèles utilisés pour le calcul des effectifs théoriques ont été utilisés avant tout pour établir les besoins immédiats, en 1994, et les besoins à moyen terme, en 2000.

Les "**besoins 1994**" ont été calculés en soustrayant de l'"effectif théorique 1994" le personnel présent selon les chiffres les plus récents (cf le début de ce chapitre). Il a été estimé par l'atelier que 20% de ce personnel, en moyenne, était inapte au travail pour des questions d'âge, d'incompétence ou de déficience générale. Le personnel présent a donc été réduit de 20%. Le personnel expatrié, qui fait partie des ressources actuellement utilisées, a été compté dans les effectifs présents. Ces résultats sont présentés dans les tableaux 4.7 à 4.10.

Il résulte de ce calcul un chiffre de besoins qui figure dans la colonne "Dotation 1994" des tableaux présentés en annexe. S'il est positif, il dénote un manque de personnel; s'il est négatif, il signifie un excès de personnel.

Le terme "**besoins 2000**" mérite une explication. Il ne s'agit pas de planifier les affectations qui seront nécessaires en l'an 2000, mais de calculer les besoins en personnels si l'on vise dès maintenant à atteindre les effectifs théoriques prévus en l'an 2000. En effet, si l'on se fixe pour but les effectifs théoriques 1994, il est bien possible que l'on mette 6 ans à les atteindre, et le résultat serait décalé par rapport aux prévisions que l'on avait soi-même établies. C'est pourquoi les deux approches sont développées simultanément.

Pour le calcul de ces "besoins 2000", on a soustrait de l'"effectif théorique 2000" le personnel apte de 1994 diminué de 20%, taux qui correspond à la diminution prévisible du personnel (dans l'ensemble assez âgé) dans cette période, et qui est aussi une hypothèse de travail de l'atelier. En corollaire, il a été estimé que la totalité, ainsi déterminée, du personnel présent était apte au service. Le personnel expatrié, cette fois, n'a pas été compté dans les ressources utilisées (en d'autres termes, il a été considéré que les postes qu'il occupe devaient être repourvus).

Le chiffre de besoin qui en résulte figure dans la colonne "dotation 2000" des tableaux figurant en annexe. C'est le chiffre que l'on doit prévoir d'atteindre en 2000. La dernière colonne du tableau ("par année 1995-2000") indique le nombre moyen annuel d'affectations que cela implique.

Le calcul des besoins est récapitulé pour l'ensemble du Tchad, par catégorie de personnel, dans les **tableaux 4.7 à 4.10**.

La moyenne nationale du pourcentage de personnel apte par rapport à l'effectif théorique (intersection de la ligne "% apte par rapport à l'effectif théorique" et colonne "total") a été calculée sans le personnel présent au niveau de l'administration centrale du MSP car il n'existe pas de normes d'effectif théorique à ce niveau.

Légende des tableaux:

ADM : Administration centrale du Ministère de la Santé Publique.
BAT : Batha
BIL : Biltine
BET : Borkou - Ennedi - Tibesti
CHR : Chari-Baguirmi rural (sans N'Djaména rural)
GUE : Guéra
KAN : Kanem
LAC : Lac
LOC : Logone Occidental
LOR : Logone Oriental
MKB : Mayo-Kebbi
MCH : Moyen-Chari
NDJ : N'Djaména (y compris N'Djaména rural)
HOP : Hôpital Général de Référence Nationale
OUA : Ouaddaï
SAL : Salamat
TAN : Tandjilé
Total : Total des chiffres positifs, équivalent au total des postes à pourvoir.
Personnel mobilisable : Total des chiffres négatifs, équivalent au total du personnel mobilisable.
La somme des deux totaux (ou la différence entre leurs valeurs absolues) donne le besoin en personnel nouveau.

4.3.1 Médecins généralistes (Tableau 4.7)

Il doit être bien clair qu'il n'est question ici que des médecins généralistes. Les normes opérationnelles en prévoient 2 par district sanitaire et 2 sur les 6 médecins de l'hôpital central de préfecture, ainsi que 12 à l'hôpital général de N'Djaména. Les postes de délégués préfectoraux et médecins-chefs de districts devraient être confiés, dans l'idéal, à des spécialistes en santé publique. En attendant qu'il y ait assez de ces spécialistes, des généralistes peuvent occuper ces fonctions. Il en va de même pour plusieurs services hospitaliers, puisque les spécialistes sont encore rares au Tchad. Les calculs que nous présentons prévoient deux généralistes par district sanitaire, de même que deux au niveau préfectoral. Mais ils sont répartis entre la direction du district, la direction de la délégation préfectorale, et les hôpitaux. Ainsi, on respecte les normes établies sans prévoir d'emblée 3 médecins par district sanitaire.

Sur demande expresse de Monsieur le Ministre de la Santé Publique, la CTS ne propose pas d'effectif théorique pour les directions centrales. C'est pourquoi les effectifs du niveau central apparaissent systématiquement en excès, donc avec des chiffres de besoins négatifs.

Au total, il serait nécessaire de pourvoir 27 postes de médecins généralistes pour satisfaire aux besoins de 1994. Sur les 48 médecins qui seraient mobilisables, 33 travaillent dans l'administration centrale, et figurent comme mobilisables par le fait qu'aucun effectif théorique n'a été fixé pour cette administration. Il faudrait en mobiliser au moins 12 pour pourvoir les 27 postes, les 15 autres étant pris dans les autres structures excédentaires (Hôpital, N'Djaména, et Kanem).

Il faut remarquer que parmi les 33 médecins présents à l'administration centrale du MSP, 5 sont des médecins expatriés assumant un rôle de conseiller dans un programme ou une division spécifique (DSIS, Tuberculose, Cécité, etc...). Ces médecins expatriés sont vraisemblablement peu mobilisables pour occuper une fonction de généraliste en province.

A l'horizon 2000, ce sont 66 postes de médecins généralistes qu'il faut pourvoir, et cela toujours en n'en comptant que 2 par district sanitaire. On pourra tenir compte de la nécessité de doter les districts sanitaires en médecins lors des décisions concernant les effectifs théoriques de l'administration centrale.

4.3.2 Sages-femmes Diplômées d'Etat (Tableau 4.8)

L'Hôpital Général de N'Djaména ne figure pas nommément dans ce tableau, parce que le personnel soignant est réparti en fonction du nombre de lits hospitaliers des préfectures. Ce nombre de lits englobe les hôpitaux de district et les hôpitaux centraux de préfecture. Dans l'annexe 2, on voit que cet effectif théorique correspond à 15 sages-femmes pour 580 lits.

Selon l'effectif théorique 1994, 98 sages-femmes doivent être affectées en dehors de N'Djaména. Vingt-trois sont mobilisables, en comptant les 4 se trouvant au niveau de l'administration centrale.

Lorsque l'effectif théorique 2000 est pris en considération, il apparaît que 140 postes de sages-femmes doivent être pourvus et qu'aucune préfecture sanitaire n'est excédentaire.

4.3.3 Infirmiers Diplômés d'Etat (Tableau 4.9)

En se conformant aux normes opérationnelles, considérées par l'Atelier pour le Développement des Ressources Humaines comme le minimum acceptable, il faudrait pourvoir dans l'immédiat 409 postes d'IDE pour couvrir l'effectif théorique 1994. Aucune préfecture sanitaire n'est excédentaire, ce qui n'est pas étonnant puisque la formation de ce type de personnel est récente au Tchad. Les besoins sont

actuellement couverts dans des proportions qui vont de 12% (BET, Ouaddaï) à 47% (Chari-Baguirmi rural).

Les mêmes normes utilisées pour l'an 2000 montrent des besoins de 682 IDE. Sur 6 ans, cela signifie la production de 114 I.D.E par année.

4.3.4 **Infirmiers Brevetés** (Tableau 4.10)

Il est difficile de considérer les infirmiers brevetés sans se référer au déficit généralisé en IDE (CF §4.3.3). En effet, le tableau 4.10 fait apparaître que 90 infirmiers sont mobilisables pour pourvoir les 168 postes de l'effectif théorique 1994. Or, sur ces 90, 32 sont à N'Djaména, 28 dans le Moyen-Chari, 14 dans le Logone Occidental et 8 dans la Tandjilé, Délégations Préfectorales Sanitaires qui ont besoin de 57, 54, 27 et 22 IDE, respectivement. Nous verrons que la mobilisation des IB ne devrait pas être considérée isolément.

A l'horizon 2000, ce sont 448 IB qu'il faudra affecter, alors que seulement 5 seraient mobilisables.

TABLEAU 4.7: BESOINS QUANTITATIFS EN MEDECINS GENERALISTES ET MEDECINS GENERALISTES MOBILISABLES EN 1994 ET EN 2000

LIEUX / BESOINS	ADM	BAT	BIL	BET	CHR	GUE	KAN	LAC	LOC	LOR	MKB	MCH	NDJ	HOP	OUA	SAL	TAN	Total	Médecins Mobilisables
EN 1994																			
Effectif Théorique	?	6	4	2	7	4	2	2	6	2	10	10	6	12	6	2	6	87	
Effectif Présent	33	3	2	1	3	3	3	2	6	1	8	6	18	20	5	1	3	118	
dont expatriés	5	0	1	0	0	2	1	1	2	0	4	1	0	7	1	0	0	25	
dont aptes	33	3	2	1	3	3	3	2	5	1	7	5	15	17	4	1	3	108	
Besoins	**-33**	**3**	**2**	**1**	**4**	**1**	**-1**	**0**	**1**	**1**	**3**	**5**	**-9**	**-5**	**2**	**1**	**3**	**27**	**-48**
Milliers d'habitants par Médecin	-	48	47	35	70	77	140	124	76	220	82	74	127	-	92	92	76	72	
Aptes par rapport à l'effectif théorique (%)	?	50	50	50	43	75	150	100	83	50	70	50	250	142	67	50	50	86	
EN 2000																			
Effectif Théorique	?	6	4	4	9	6	4	4	8	6	12	14	10	6	8	3	8	112	
Effectif Présent	26	3	2	1	3	3	3	2	5	1	7	5	15	17	4	1	3	101	
dont expatriés	5	0	1	0	0	2	1	1	2	0	4	1	0	7	1	0	0	25	
dont aptes	26	3	2	1	3	3	3	2	5	1	7	5	15	17	4	1	3	101	
Besoins	**-21**	**3**	**3**	**3**	**6**	**5**	**-2**	**3**	**-5**	**5**	**9**	**-10**	**-5**	**-4**	**5**	**2**	**5**	**66**	**-30**
Milliers d'habitants par Médecin	-	53	51	19	60	56	77	62	63	81	75	59	84	-	76	68	63	56	

TABLEAU 4.8: BESOINS QUANTITATIFS EN S.F.D.E ET S.F.D.E MOBILISABLES EN 1994 ET EN 2000

LIEUX BESOINS	ADM	BAT	BIL	BET	CHR	GUE	KAN	LAC	LOC	LOR	MKB	MCH	NDJ	OUA	SAL	TAN	Total	S.F.D.E Mobilisables
EN 1994																		
Effectif Théorique	?	7	2	1	8	5	5	1	18	9	20	25	24	10	3	8	146	
Effectif Présent	5	1	1	0	2	1	0	0	5	1	4	9	54	3	0	2	88	
dont aptes	4	1	1	0	2	1	0	0	4	1	3	7	43	2	0	2	72	
Besoins	**-4**	**6**	**1**	**1**	**6**	**4**	**5**	**1**	**14**	**8**	**17**	**18**	**-19**	**8**	**3**	**6**	**98**	**-23**
Milliers d'habitants par SFDE	-	41	94	70	61	61	56	248	25	49	41	30	32	55	62	57	43	
Aptes par rapport à l'effectif théorique (%)	?	14	50	0	25	20	0	0	22	11	15	28	179	20	0	25	46	
EN 2000																		
Effectif Théorique	?	8	2	2	10	8	7	4	17	11	22	26	45	15	5	13	195	
Effectif Présent	4	1	1	0	2	1	0	0	3	1	2	6	34	2	0	2	59	
dont aptes	4	1	1	0	2	1	0	0	3	1	2	6	34	2	0	2	59	
Besoins	**-4**	**7**	**1**	**2**	**8**	**7**	**7**	**4**	**14**	**10**	**20**	**20**	**11**	**13**	**5**	**11**	**140**	**-4**
Milliers d'habitants par SFDE	-	40	103	39	54	42	44	68	29	44	41	32	19	40	41	39	32	

TABLEAU 4.9: BESOINS QUANTITATIFS EN I.D.E. ET I.D.E. MOBILISABLES EN 1994 ET EN 2000

LIEUX / BESOINS	ADM	BAT	BIL	BET	CHR	GUE	KAN	LAC	LOC	LOR	MKB	MCH	NDJ	OUA	SAL	TAN	Total	I.D.E. Mobilisables
EN 1994																		
Effectif Théorique	?	29	11	17	30	19	25	15	51	40	57	73	85	51	8	28	539	
Effectif Présent	5	9	3	2	18	6	6	6	17	8	11	24	35	7	2	8	162	
dont aptes	4	7	2	2	14	5	5	5	14	6	9	19	28	6	2	6	130	
Besoins	**-4**	**22**	**9**	**15**	**16**	**14**	**20**	**10**	**37**	**34**	**48**	**54**	**57**	**45**	**6**	**22**	**409**	**-4**
Milliers d'habitants par IDE	-	9,9	17	4,1	16	16	11	16	8,9	11	14	10	9,9	10	23	16	12	
Aptes par rapport à l'effectif théorique (%)	?	24	18	12	47	26	20	33	27	15	16	26	33	12	25	21	23	
EN 2000																		
Effectif Théorique	?	35	17	19	47	32	38	31	54	73	97	95	105	66	17	61	787	
Effectif Présent	3	6	2	2	11	4	4	4	11	5	7	15	22	5	2	5	108	
dont aptes	3	6	2	2	11	4	4	4	11	5	7	15	22	5	2	5	108	
Besoins	**-3**	**29**	**15**	**17**	**36**	**28**	**34**	**27**	**43**	**68**	**90**	**80**	**83**	**61**	**15**	**56**	**682**	**-3**
Milliers d'habitants par IDE	-	9	12	4	11	10	8,1	8,8	9,2	6,6	9,3	8,6	7,9	9,1	12	8,2	7,9	

TABLEAU 4.10: BESOINS QUANTITATIFS EN I.B. ET I.B. MOBILISABLES EN 1994 ET EN 2000

LIEUX BESOINS	ADM	BAT	BIL	BET	CHR	GUE	KAN	LAC	LGC	LOR	MKB	MCH	NDJ	OUA	SAL	TAN	Total	I.B. Mobilisables
EN 1994																		
Effectif Théorique	?	36	13	19	34	23	29	17	69	49	74	97	66	60	11	35	632	
Effectif Présent	8	15	9	7	23	15	11	14	104	64	71	156	123	13	8	54	695	
dont aptes	6	12	7	6	18	12	9	11	83	51	57	125	98	10	6	43	554	
Besoins	**-6**	**24**	**6**	**13**	**16**	**11**	**20**	**6**	**-14**	**-2**	**17**	**-28**	**-32**	**50**	**5**	**-8**	**168**	**-90**
Milliers d'habitants par IB	-	8	14	3,7	14	13	9,7	15	8,6	9	11	7,7	12	9,2	17	13	9,9	
Aptes par rapport à l'effectif théorique (%)	?	33	54	32	53	52	31	65	120	104	77	129	148	17	55	123	87	
EN 2000																		
Effectif Théorique	?	42	19	21	54	38	44	34	66	83	116	113	86	79	20	72	887	
Effectif Présent	5	10	6	5	14	10	7	9	66	41	46	100	78	8	5	34	444	
dont aptes	5	10	6	5	14	10	7	9	66	41	46	100	78	8	5	34	444	
Besoins	**-5**	**32**	**13**	**16**	**40**	**28**	**37**	**25**	**0**	**42**	**70**	**13**	**8**	**71**	**15**	**38**	**448**	**-5**
Milliers d'habitants par IB	-	7,5	11	3,7	10	8,9	7	8	7,6	5,8	7,8	7,2	9,8	7,7	10	7	7	

4.3.4 Infirmiers Brevetés (Tableau 4.10)

Il est difficile de considérer les infirmiers brevetés sans se référer au déficit généralisé en IDE (CF §4.3.3). En effet, le tableau 4.10 fait apparaître que 90 infirmiers sont mobilisables pour pourvoir les 168 postes de l'effectif théorique 1994. Or, sur ces 90, 32 sont à N'Djaména, 28 dans le Moyen-Chari, 14 dans le Logone Occidental et 8 dans la Tandjilé, Délégations Préfectorales Sanitaires qui ont besoin de 57, 54, 27 et 22 IDE, respectivement. Nous verrons que la mobilisation des IB ne devrait pas être considérée isolément.

A l'horizon 2000, ce sont 448 IB qu'il faudra affecter, alors que seulement 5 seraient mobilisables.

4.4 MOUVEMENTS DE PERSONNEL

Les besoins calculés au § 4.3 sont importants. Le paragraphe 4.4 examine dans quelle mesure ils pourront être couverts. Deux scénarios sont envisagés:

A. Pas de redéploiement ponctuel systématique du personnel, mais affectation progressive du nouveau personnel dans les postes à pourvoir sur la base de "l'effectif théorique 2000".

Ce scénario part de l'observation que, dans la perspective des besoins de l'an 2000, aucune Délégation Préfectorale Sanitaire n'est excédentaire. Prendre des mesures énergiques pour que le personnel nouvellement formé ou arrivé soit affecté dans les postes vacants pourrait être plus aisé et plus efficace que de mettre en oeuvre un plan de redéploiement, avec son cortège de coûts secondaires et de problèmes individuels, politiques et sociaux. De plus, on peut légitimement choisir d'affecter le personnel par équipes fonctionnelles (par exemple, équipes de 4 personnes dans les zones de responsabilité) plutôt que de disperser des infirmiers isolés qui ne pourront dispenser que des soins de qualité rudimentaire. Les priorités peuvent être décidées en s'aidant des lignes où figurent la proportion de l'effectif théorique couvert par du personnel apte et la quantité de population pour un agent.

Naturellement, ce scénario inclut le jeu des affectations annuelles, qui peuvent être rationalisées.

B. Redéploiement initial du personnel.

Dans ce scénario, l'accent est mis sur l'équité: on préfère que chaque formation sanitaire ait un minimum de personnel, en répartissant mieux le personnel à disposition. Cette solution est probablement plus proche des voeux de la population, qui préférera avoir un recours possible à des soins même très partiels, que pas de soins du tout. De plus, l'inégalité actuellement constatée dans la répartition du personnel n'est pas dûe en premier lieu à la nécessité de disposer d'équipes performantes, mais au jeu des convenances personnelles. Ainsi, au

contraire, on peut observer à N'Djaména des équipes largement pléthoriques et totalement innefficaces.

Les **tableaux 4.11 à 4.14** proposent des chiffres pour un redéploiement. Pour respecter le principe d'équité, le mode de calcul suivant a été utilisé: le pourcentage national de couverture de l'effectif théorique 1994 par du personnel apte (ligne"Aptes/eff.théorique", colonne "Total") a été appliqué à l'ensemble des préfectures sanitaires et correspond à la ligne intitulée "x% de l'effectif théorique". La différence entre le chiffre obtenu et le personnel apte présent donne la quantité de personnel à affecter (ligne "personnel à affecter") pour rejoindre la moyenne nationale. Cette différence est positive (manque de personnel) ou négative (personnel en excès). Les colonnes "Total" et "Personnels mobilisables" s'équilibrent. Quelques ajustements sont rendus nécessaires par le calcul en chiffres ronds (puisqu'il s'agit de personnes!)

Néanmoins, il faut faire attention à ne pas accentuer le déficit de certaines délégations préfectorales qui fonctionnent correctement, sous prétexte d'équilibrer le déficit. On prendrait alors le risque de nivellement par le bas du système. Ces deux scénarios sont appliqués à chaque catégorie de personnel.

4.4.1 Médecins Généralistes

A. (Tableau 4.7)

L'effectif théorique 2000 nécessite que 66 postes soient pourvus. La FACSS prévoit de terminer la formation d'une quarantaine de médecins généralistes dans la même période. Vingt-six postes, représentant 23% de l'effectif théorique, seraient à pourvoir par le jeu des affectations annuelles.

Ce scénario paraît assez réaliste puisqu'il y a, en 1994, 108 médecins généralistes aptes pour 87 postes. Il ne faut toutefois pas oublier qu'environ 25 expatriés se trouvent parmi ces 108 médecins.

B. (Tableau 4.11)

Les 27 postes vacants de l'effectif théorique 1994 ne sont pas difficiles à pourvoir, puisqu'une cinquantaine de médecins serait mobilisable selon le tableau. De plus, les quantités mobilisables, proviennent éventuellement de l'administration centrale (33 médecins). A ce niveau, rien ne prouve qu'ils soient tous mobilisables pour d'autres fonctions. Si l'on veut satisfaire 86% des besoins en médecins généralistes de tous les niveaux, il faudrait en redéployer 19, dont 18 sont actuellement mobilisables. Ceci n'inclut pas le personnel du niveau central pour lequel il n'existe pas de normes. Les 18 médecins généralistes mobilisables constituent donc un minimum.

4.4.2 Sages-femmes Diplômées d'Etat

A. (Tableau 4.8)

Cent quarante postes doivent être pourvus pour atteindre l'effectif théorique 2000. L'ENASS prévoit de terminer la formation d'un maximum de 60 sages-femmes (ou IDE option obstétrique) d'ici 2000 (15 par an de 1997 à 2000). Sur 136 personnes nouvelles à trouver, 76 manqueraient, ce qui représente 39% de l'effectif théorique. Ce scénario paraît donc peu satisfaisant. De plus, 98 postes en périphérie sont actuellement dépourvus de sages-femmes, dont un grand nombre dans des maternités de district.

A titre informatif, le Plan National de formation initiale des cadres moyens et intermédiaires de la santé propose de former 100 SFDE par cohorte de 30 par an à partir de 1994. Le cycle de formation est de 3 ans.

B. (Tableau 4.12)

On constate que le mouvement de 32 sages-femmes, toutes actuellement à N'Djaména, permet de couvrir presque la moitié des postes dans chaque Délégation Préfectorale Sanitaire (46%). Là encore, les 4 SFDE présentes au niveau de l'administration centrale n'ont pas été considérées dans les calculs.

4.4.3 Infirmiers Diplômés d'Etat

A. (Tableau 4.9)

Le nombre de postes d'IDE à pourvoir, même dans l'immédiat, est considérable dès lors que l'on applique les normes arrêtées par l'Atelier pour le Développement des ressources humaines: 409, alors qu'aucune Délégation Préfectorale Sanitaire n'est excédentaire. A l'horizon 2000, il atteint 682. L'ENASS prévoit de mettre à disposition 120 IDE dans la même période (30 par an de 1997à 2000), ce qui signifie que 559 postes, ou 71% du total, ne pourront pas être pourvus. A titre informatif, le plan national de formation initiale des cadres moyens et intermédiaires qui vient d'être adapté, propose la formation de 620 IDE en 7 ans. La formation commencerait en 1994, par 3 cohortes de 40 élèves. La durée du cycle serait de 2 ans.

B. (Tableau 4.13)

Les effectifs sont tellement maigres partout, qu'un mouvement de 17 personnes suffit à égaliser la situation, c'est à dire obtenir partout 23% de l'effectif théorique. Cela n'améliore donc pas fondamentalement les choses.

4.4.4 Infirmiers Brevetés

A. (Tableau 4.10)

Il faudra 448 infirmiers supplémentaires pour pourvoir les 847 postes de l'an 2000. L'ENASS projette d'en fournir 150 (30 par an de 1996 à 2000), ce qui signifie que 293 postes, ou 35% du total, seront inoccupés. A titre informatif, le plan national de formation initiale des cadres moyens et intermédiaires de la santé, récemment adopté, propose de former 100 IB en 7 ans. La formation commencerait en 1994, par cohorte de 30 par an. La durée du cycle est de 2 ans.

B. (Tableau 4.14)

Il y a de grandes inégalités entre préfectures sanitaires: l'effectif théorique 1994 est couvert à 17% dans le Ouaddaï, mais à 148% à N'Djaména. La mobilisation d'environ 133 agents permettrait de pourvoir en moyenne 87% des postes dans tout le pays.

Le problème est que ces IB ont souvent les fonctions d'un IDE, voire d'un spécialiste (par exemple chirurgien). Avant de décider du déplacement d'un IB, il faudra donc savoir quelles fonctions il assure en fait. S'il assure des fonctions d'IDE, il ne pourra être affecté ailleurs qu'au moment où un IDE reprend son poste. Il en va de même si un IB assure une des fonctions vitales d'un hôpital: son départ ne peut être envisagé que lorsque la continuité des activités est assurée.

EN RÉSUMÉ :

* ***Le redéploiement immédiat de 18 médecins généralistes permettrait de satisfaire 86% des normes sur l'ensemble du territoire.***
* ***Le redéploiement immédiat de 31 SFDE permettrait de satisfaire 46% des normes sur l'ensemble du territoire.***
* ***Le redéploiement immédiat de 17 IDE permettrait de satisfaire 23% des normes sur l'ensemble du territoire.***
* ***Le redéploiement immédiat de 126 IB permettrait de satisfaire 87% des normes sur l'ensemble du territoire.***

Au total, c'est 192 personnels de ces 4 catégories qui seraient immédiatement mobilisables sur 1.063, soit 18%. Il s'agit d'une estimation minimale car les personnels de l'Administration centrale n'ont pas été considérés pour les raisons précédemment mentionnées.

TABLEAU 4.11: LE REDEPLOIEMENT DES MEDECINS GENERALISTES

LIEUX BESOINS	ADM	BAT	BIL	BET	CHR	GUE	KAN	LAC	LOC	LOR	MKB	MCH	NDJ	HOP	OUA	SAL	TAN	Total	Médecins Mobili-sables
EN 1994																			
Effectif Théorique	?	6	4	2	7	4	2	2	6	2	10	10	6	12	6	2	6	87	
Effectif Présent	33	3	2	1	3	3	3	2	6	1	8	6	18	20	5	1	3	118	
dont expatriés	5	0	1	0	0	2	1	1	2	0	4	1	0	?	1	0	0	25	
dont aptes	33	3	2	1	3	3	3	2	5	1	7	5	15	17	4	1	3	108	
Besoins	**-33**	**3**	**2**	**1**	**4**	**1**	**-1**	**0**	**1**	**1**	**3**	**5**	**-9**	**-5**	**2**	**1**	**3**	**-27**	**-48**
Milliers d'habitants par Médecin	-	48	47	35	70	77	140	124	76	220	82	74	127	-	92	93	76	72	
Aptes par rapport à l'effectif théorique (%)	?	50	50	50	43	75	150	100	83	50	70	50	250	142	67	50	50	86	
86% de l'effectif théorique	?	5	3	2	6	3	2	3	5	2	9	9	5	10	5	2	5	76	
Personnel à affecter	**?**	**-2**	**1**	**1**	**3**	**0**	**-1**	**1**	**0**	**1**	**2**	**-**	**-10**	**-7**	**1**	**1**	**2**	**-19**	**-18**

TABLEAU 4.12: LE REDEPLOIEMENT DES SAGE-FEMMES

LIEUX / BESOINS	ADM	BAT	BIL	BET	CHR	GUE	KAN	LAC	LOC	LOR	MKB	MCH	NDJ	OUA	SAL	TAN	Total	S.F.D.E Mobilisables
EN 1994																		
Effectif Théorique	?	7	2	1	8	5	5	1	18	9	20	25	24	10	3	8	146	
Effectif Présent	5	1	1	0	2	1	0	0	5	1	4	9	54	3	0	2	88	
dont aptes	4	1	1	0	2	1	0	0	4	1	3	7	43	2	0	2	71	
Besoins	**-4**	**6**	**1**	**1**	**6**	**4**	**5**	**1**	**14**	**8**	**17**	**18**	**-19**	**8**	**3**	**6**	**98**	**-23**
Milliers d'habitants par SFDE	-	41	94	70	61	61	56	248	25	49	41	30	32	55	62	57	43	
Aptes par rapport à l'effectif théorique (%)	?	14	50	0	25	20	0	0	22	11	15	28	179	20	0	25	46 46	
46% de l'effectif théorique	?	3	1	0	4	2	2	0	8	4	9	12	11	5	1	4	66	
Personnel à affecter	**?**	**2**	**0**	**0**	**2**	**1**	**2**	**0**	**4**	**3**	**6**	**5**	**-32**	**3**	**1**	**2**	**31**	**-32**

46

TABLEAU 4.13: LE REDEPLOIEMENT DES INFIRMIERS DIPLOMES D'ETAT

LIEUX / BESOINS	ADM	BAT	BIL	BET	CHR	GUE	KAN	LAC	LOC	LOR	MKB	MCH	NDJ	OUA	SAL	TAN	Total	I.D.E. Mobilisables
EN 1994																		
Effectif Théorique	?	29	11	17	30	19	25	15	51	40	57	73	85	51	8	28	539	
Effectif Présent	5	9	3	2	18	6	6	6	17	8	11	24	35	7	2	8	162	
dont aptes	4	7	2	2	14	5	5	5	14	6	9	19	28	6	2	6	130	
Besoins	**-4**	**22**	**9**	**15**	**16**	**14**	**20**	**10**	**37**	**34**	**48**	**54**	**57**	**45**	**6**	**22**	**409**	**-4**
Milliers d'habitants par IDE	-	9,9	17	4,1	16	16	11	17	8,9	11	14	10	9	11	23	16	12	
Aptes par rapport à l'effectif théorique (%)	?	24	18	12	47	26	20	33	27	15	16	26	33	12	25	21	23	
23% de l'effectif théorique	?	7	3	4	7	4	6	3	12	9	13	17	20	12	2	6	125	
Personnel à affecter	**?**	**0**	**1**	**2**	**-7**	**-1**	**1**	**-2**	**-2**	**3**	**4**	**-2**	**-8**	**6**	**0**	**0**	**17**	**-22**

47

TABLEAU 4.14: LE REDEPLOIEMENT DES INFIRMIERS BREVETES

LIEUX BESOINS	ADM	BAT	BIL	BET	CHR	GUE	KAN	LAC	LOC	LOR	MKB	MCH	NDJ	OUA	SAL	TAN	Total	I.B. Mobilisables
EN 1994																		
Effectif Théorique	?	36	13	19	34	23	29	17	69	49	74	97	66	60	11	35	632	
Effectif Présent	8	15	9	7	23	15	11	14	104	64	71	156	123	13	8	54	695	
dont aptes	6	12	7	6	18	12	9	11	83	51	57	125	98	10	6	43	554	
Besoins	**-6**	**24**	**6**	**13**	**16**	**11**	**20**	**6**	**-14**	**-2**	**17**	**-28**	**-32**	**50**	**5**	**-8**	**168**	**-90**
Milliers d'habitants par IB	-	8	14	3,7	14	13	9,7	15	8,6	9	11	7,7	12	9,2	17	13	9,9	
Aptes par rapport à l'effectif théorique (%)	?	33	54	32	53	52	31	65	120	104	77	129	148	17	55	123	87	
87% de l'effectif théorique	?	31	11	17	30	20	25	15	60	43	64	84	57	52	10	30	549	
Personnel à affecter	**?**	**19**	**4**	**11**	**12**	**8**	**16**	**4**	**-23**	**-8**	**7**	**-41**	**-41**	**42**	**4**	**-13**	**133**	**-126**

48

5. GESTION DU PERSONNEL

Il est un problème qui domine tous les autres en matière de ressources humaines, les aggravant tout en les masquant, un problème dont l'ombre s'étend non seulement sur les agents de la santé mais sur tous les fonctionnaires, un problème qui ruine la vie professionnelle et étouffe les foyers, un problème qui perdure à travers tous les changements de gouvernement et même de régime: c'est le problème des salaires. Retard, irrégularité, omission voire annulation des paiements, sont de nature à rendre l'existence de toute personne totalement ingérable. C'est là une faiblesse considérable des services publics, entraînant un cortège d'effets aussi néfastes qu'inévitables:

- diminution de la quantité de prestations: les agents doivent utiliser une partie de leur temps à d'autres activités (cultures, commerce, etc.).

- baisse de la qualité des prestations: en l'absence de salaires, les chefs de services ne peuvent maintenir des exigences normales.

- prestations illégales: les activités lucratives accessoires sont encouragées, ce qui entraîne certains agents à offrir des prestations qui ne relèvent pas de leur compétence.

- augmentation du coût des prestations: en l'absence de la rétribution réglementaire, la tendance à recourir aux gains illégaux est augmentée. Ces gains peuvent d'ailleurs être cachés sous une apparence légale (multiplication d'actes payants comme les examens de laboratoire ou la vente de carnets de santé).

- concentration du personnel dans les villes, où les possibilités de gains accessoires sont plus étendues.

- concentration du personnel spécialement dans la capitale, pour avoir la possibilité de suivre son dossier et d'exercer quelque pression sur les agents du circuit administratif.

Il serait déraisonnable et vain d'attendre un quelconque résultat de n'importe quel plan de dotation ou de redéploiement du personnel tant que ce personnel n'est pas rémunéré régulièrement en paiement des prestations, souvent intenses, qu'il fournit.

Dans ce domaine, le contrat en cours entre l'ONG "Médecins Sans Frontières" et le gouvernement du Tchad est intéressant: dans le cadre de l'instauration d'un système de recouvrement des coûts de la santé, les trois sources de financement (Population, Etat, ONG) sont combinées dans une organisation qui verse les salaires régulièrement. En cas de retard du versement par l'Etat, les salaires sont donc avancés par l'organisation. L'Etat les rembourse par la suite. Cette solution garantit un point essentiel: la régularité des salaires. De plus, elle présente l'intérêt de constituer un moyen de pression sur l'administration. Le cas échéant, cette organisation aura même intérêt à payer une personne qui s'occupera exclusivement du recouvrement des salaires auprès de l'Etat et pourra mettre en oeuvre toutes les procédures nécessaires à cette fin. Cela évitera les désertions répétées de leur poste par des agents en quête de leur salaire.

Cela dit, s'attaquer au problème des salaires n'empêche pas de se pencher également sur les autres problèmes qui contribuent à une faible mise en valeur du potentiel humain. Le point important est de prendre conscience que, depuis la conception du système actuellement en vigueur, des progrès ont été réalisés dans la compréhension des mécanismes de fonctionnement des ressources humaines et qu'une adaptation serait par conséquent profitable à l'amélioration des performances du système de santé.

5.1 TEXTES RÉGISSANT L'ADMINISTRATION DU PERSONNEL DE SANTÉ

Pour mémoire, les textes essentiels régissant l'administration du personnel de santé sont présentés ci-dessous. Ces textes se répartissent en deux catégories:

- Les textes régissant les fonctionnaires
- Les textes régissant les agents contractuels et les agents de la main d'oeuvre.

1. Les textes régissant les fonctionnaires

a) Ordonnance n° 015/PR/86 du 20/9/86 portant statut général de la Fonction Publique.

b) Décret n° 524/PR/MFP/86 du 18/10/86 déterminant les appellations des cadres de fonctionnaires et leurs échelonnements indiciaires.

2. Les textes régissant les agents contractuels et les agents de la main d'oeuvre

a) Convention collective de 1958 applicable aux agents contractuels ;

b) Convention collective du 15 mai 1971 applicable aux personnels ouvriers et travailleurs manuels ;

c) Tableaux indiciaires révisés applicables aux agents ci-dessus.

d) Décret n° 99 P. CSM du 26-04-1978 portant organisation du Régime d'Assurance Pensions.

3. Autres textes et Projet de textes pouvant régir le personnel de Santé

a) Décret n° 519/PR/91 du 24 août 91 portant organisation et attributions du Ministère de la Santé Publique.

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

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

d) Circulaire n° 029/F23 du 11 juillet 1963 relative au transport du personnel administratif et de ses bagages.

e) Arrêté n° 004/MSP/DG/94 du 8 janvier 1994 relatif au plan de carrière des médecins.

f) Arrêté n° 005/MSP/DG/94 du 8 janvier 1994 relatif au plan de carrière des paramédicaux.

g) Projet de Statut particulier des agents de la Santé Publique.

Le **tableau 5.1** présente les principales procédures applicables au personnel de santé en mentionnant les textes y afférents.

5.2 MISE EN OEUVRE DES PLANS DE DOTATION

Un des groupes de travail de l'Atelier National pour le Développement des Ressources Humaines a dressé la liste des obstacles à la mise en oeuvre de plans de dotation, et a proposé des solutions. La synthèse de ce travail figure dans les **tableaux 5.2 à 5.4**.

Il n'est pas inutile de rappeler ici que Monsieur le Chef de la Division des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique et Monsieur le Directeur des Etudes du Ministère de la Fonction Publique et du Travail étaient membres de ce groupe et ont pris une part très active à l'analyse des problèmes et à la recherche de solutions. Les propositions qui vont suivre ne sont donc pas adressées de l'extérieur à des ministères ou services, mais constituent le résultat d'un travail remarquable d'auto-analyse dont les conclusions sont logiques et pertinentes aux yeux de ceux-là même qui seront impliqués dans leur réalisation. C'est bien là, d'ailleurs, un des principaux buts poursuivis par l'atelier. Monsieur le Directeur Général Adjoint de la Santé Publique a également apporté une contribution importante en tant que président du groupe de travail.

Les mesures proposées se répartissent en 6 groupes:

- application de textes existants
- mise en oeuvre de la décentralisation (mesures d'application du décret 519)
- réorganisation de la Division des Ressources Humaines (DRH)
- ajustement des effectifs
- motivation du personnel
- formation.

51

TABLEAU 5.1 : 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'ocuvre	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 5.2 : PROBLEMES D'ADMINISTRATION ET DE GESTION IDENTIQUES AUX NIVEAUX CENTRAL ET PERIPHERIQUE

PROBLEMES	CAUSES	SOLUTIONS
A/Problèmes de procédure **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 5.2 (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	- Affecter en fonction du profil des compétences
	- Manque de recherche de l'adéquation entre la formation et l'emploi	
- 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 5.2 (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 5.3 : PROBLEMES D'ADMINISTRATION ET DE GESTION SPECIFIQUES AU NIVEAU CENTRAL

PROBLEMES	CAUSES	SOLUTIONS
A. Problèmes de procédures **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

57

TABLEAU 5.3 (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 - Manque de moyens financiers	- Renforcer le rôle de la Direction Générale dans le développement des districts - Rechercher des financements internes et externes pour des moyens de communication

TABLEAU 5.4 : PROBLEMES D'ADMINISTRATION ET DE GESTION 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

5.2.1 Application des textes existants

Comme on le voit dans les tableaux 5.2 et 5.3, plusieurs textes, parfois fort anciens, ont cessé d'être appliqués, en raison de leurs implications budgétaires ou pour des motifs plus obscurs. On peut faire appel à ces textes pour les situations suivantes:

- engagement du personnel
- mouvements du personnel
- mesures d'accompagnement (avances de salaire et transport).

5.2.2 Mise en oeuvre de la décentralisation

La mise en oeuvre de la décentralisation relève, elle aussi, de l'application d'un texte existant. Mais, au lieu d'un texte ancien oublié, il s'agit d'un texte relativement récent et apportant un souffle novateur dans les structures du ministère: le décret n° 519/PR/91 du 24 août 1991 portant organisation et attributions du Ministère de la Santé Publique.

Affectations par postes budgétaires

Le décret n° 519 prévoit que le personnel de santé est affecté par l'administration centrale aux préfectures sanitaires. C'est ensuite au délégué préfectoral sanitaire de l'affecter dans les formations sanitaires, sur la base d'un plan de dotation en personnel préparé par la division des ressources humaines de la délégation et en collaboration avec le comité de direction préfectoral.

Ce texte peut être appliqué par la création de postes budgétaires correspondant aux salaires du personnel nécessaire par formation sanitaire, ce qui est rendu possible par l'existence de normes de personnel (cf § 4.1). Ainsi, un agent ne peut être recruté, puis maintenu, qu'en relation avec des postes de travail définis, puisqu'il n'y a tout simplement pas de possibilité d'être payé en dehors de ces postes. Cette procédure revient à rétribuer un poste de travail dès lors qu'il est occupé par un agent, et non un agent quel que soit le poste qu'il occupe.

L'avantage d'une gestion par poste budgétaire est qu'elle résoud le dilemme de l'Etat vis à vis de la sécurité de l'emploi des fonctionnaires dans le cas où ceux-ci ne se sentent pas d'obligation envers l'Etat. L'Etat garantit l'existence des postes de travail. Les agents ont donc toujours des postes de travail proposés. C'est ensuite leur responsabilité de les accepter ou de les refuser et, dans ce dernier cas, de quitter la fonction publique (ou de demander leur mise en disponibilité, etc.). Comme mentionné au début de ce chapitre, l'Etat, de son côté, doit évidemment remplir son obligation de rémunération.

Concrètement, cette gestion peut être appliquée à travers les plans d'effectifs qui seront établis par la DRH pour pourvoir les DPS en personnel. Dans les chapitres précédents, des critères pour les plans de dotation sont proposés. A partir des bilans préfectoraux, l'administration centrale attribue chaque année, à chaque DPS et pour chaque catégorie de personnel, un certain nombre de postes budgétaires en fonction de critères explicites. La DPS répartit ces postes budgétaires en fonction de ses priorités. La différence avec le personnel effectivement présent, positive ou négative, donne le nombre de postes vacants ou, respectivement, le nombre de personnes excédentaires, à mettre à disposition de l'administration centrale pour leur répartition dans d'autres préfectures.

Pratiquement, les possibilités de modulation sont nombreuses. On peut, par exemple, prévoir de donner à un agent le choix entre trois postes. La mesure peut être assouplie en tolérant un refus permettant un autre choix entre trois postes, mais une seule fois en dix ans. Etc.. Des dispositions particulières peuvent également être prévues pour l'affectation des nouveaux agents, à leur sortie de l'ENASS (cf tableau 5.3).

Délégation de pouvoir aux délégués préfectoraux sanitaires

Le bon fonctionnement du système de gestion décrit ci-dessus implique une délégation adéquate des tâches au délégué préfectoral sanitaire. En effet, à partir du moment où le rôle du niveau central se borne à répartir le personnel entre les préfectures sanitaires, le délégué doit en avoir la maîtrise à l'intérieur de sa préfecture. Ainsi, le délégué préfectoral doit avoir la compétence de:

- répartir les postes budgétaires en fonction des plans de développement préfectoraux;
- affecter le personnel selon ces postes budgétaires;
- faire partie du circuit de décision de déboursement sur les postes budgétaires;
- exercer des pouvoirs d'encouragement et de sanction.

Il sera toujours possible de lutter contre les abus de pouvoir de ce niveau, que craignent beaucoup les agents -mais n'est-ce pas justement parce qu'ils seraient mieux tenus à leurs obligations ? - par le jeu de recours à des autorités supérieures, commissions de conciliation, etc..

Pour assurer cette maîtrise du personnel de santé, la DPS doit pouvoir compter sur une Division des Ressources capable de prévoir les besoins et de planifier les affectations. Actuellement, parmi les personnes affectées à ces divisions, pratiquement aucune n'a été formée à ce genre de tâche. C'est pourquoi un ensemble de formations doit impérativement faire partie de la mise en oeuvre d'un plan d'affectation.

5.2.3 Réorganisation de la division des ressources humaines

Actuellement, la DRH administre le personnel, mais n'en assure pas une véritable gestion. L'atelier a relevé que, pour passer de la simple administration à la gestion, le mode d'organisation de cette division devrait être entièrement revu. Par exemple, au lieu de se répartir le travail par type de problèmes (salaire, intégration, avancement, etc), les agents de cette division pourraient être responsabilisés par dossier personnel (p.exemple: 500 dossiers par agent), pour lesquels ils s'occuperaient de tous les aspects, étant responsables, entre autres choses, d'étudier périodiquement la situation de chacun et de préparer des dossiers d'avancement. L'informatisation des dossiers faciliterait beaucoup cette gestion.

Cette réorganisation pourrait commencer par un audit externe effectué par un expert en gestion des ressources humaines, expert dont viendraient des propositions concrètes de réorganisation. Les rôles respectifs de la DRH et des Divisions des Ressources deS DPS pourront être précisés à cette occasion.

Parallèlement à cette réorganisation, la création d'une commission pour la mobilité professionnelle est recommandée: composée de représentants des différents ministères concernés, cette commission serait chargée de coordonner les affectations des couples de fonctionnaires.

5.2.4 Ajustement des effectifs

Les tableaux du chapitre 3 font apparaître un excès de personnel non qualifié par rapport au personnel qualifié. D'autre part, la proportion du personnel, qualifié ou non, qui est en fait inapte au service pour des raisons d'âge, d'infirmité, d'alcoolisme ou de déficience générale, est estimée à 20%. Suite à des époques troublées pendant lesquelles chacun tentait de subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille par les moyens les plus divers, on peut comprendre que le Ministère de la Santé ait pu être amené à jouer le rôle de service social. Mais si ces temps sont révolus, il doit maintenant assurer à la population tchadienne des prestations de qualité, et cela impose d'éloigner les incompétents. Il est évident que cela nécessite un certain courage politique, quoiqu'il ne soit pas sûr, politiquement parlant, que le risque dépasse le bénéfice.

Pour parer les injustices, qui donneraient corps aux protestations et aux critiques, des critères objectifs doivent être élaborés et appliqués à chaque situation particulière.

Le dégagement du personnel inutile, voire nuisible, permettra d'offrir des postes à du personnel plus qualifié, et on a vu que les besoins étaient énormes, même en restant au niveau des normes opérationnelles.

5.2.5 Motivation du personnel

La motivation du personnel est un point essentiel pour obtenir des prestations de qualité. On aura plus de chances de rendre effectives les affectations dans les postes périphériques et de délivrer des soins de bonne qualité si le personnel est heureux de se trouver dans ces postes.

Avant de dresser une liste de facteurs susceptibles d'améliorer la condition ordinaire des agents, on peut, avec un peu de réalisme, faire l'inventaire de ce qui manque pour que les postes de travail, spécialement en périphérie, offrent au moins cette condition ordinaire.

La première motivation, comme on l'a vu, est un salaire versé régulièrement. Mais les autres caractéristiques générales d'un poste de travail sont également importantes. Dans les postes périphériques, les agents ont souvent l'impression d'être livrés à eux-même, oubliés de leurs supérieurs, sans moyens pour travailler comme ils ont appris à le faire, et sans espoir de changement de poste tant qu'ils ne déploient pas toute leur énergie pour cela.

Pour qu'un poste, sans encore être attractif, ne soit au moins pas repoussant, il devra donc offrir un minimum de confort de travail:

- Sur la base de son plan de carrière et des plans de dotations, l'agent doit être affecté à un poste donné pour une durée déterminée et informé de cette durée. Les mouvements de personnel doivent être prévus en conséquence.

- L'agent doit disposer des moyens de travailler, en particulier de médicaments.

- Il doit bénéficier d'une formation continue et d'une supervision régulière.

C'est pourquoi le groupe de travail de l'atelier qui s'est penché sur la question a proposé des budgets de fonctionnement et de supervision pour les niveaux primaire et intermédiaire du système de santé. Il a également proposé que l'isolement des médecins de districts périphériques soit rompu par des équipements de radiophonie.

Parfois, ces conditions sont déjà réalisées, ou en grande partie réalisées, en particulier là où les services de santé sont soutenus par des organismes de coopération, mais les agents ne le savent pas. Le problème est alors d'informer le personnel sur les conditions de travail du poste qui lui est proposé. Les stages ruraux, pour l'ENASS ou pour la FACSS, sont un bon moyen d'information.

En plus de cela, des mesures d'encouragement peuvent être prévues pour rendre les postes périphériques plus attractifs que les postes centraux:

- Avantages en matière de logement. Le groupe de travail de l'atelier a proposé des logements pour les médecins-chefs de district.
  Les logements pour les infirmiers responsables des centres de santé entraînent des investissements très importants et n'ont pas été retenus. Toutefois, il faut relever que la présence permanente d'un infirmier à proximité du centre de santé en augmente beaucoup l'accessibilité. Il doit être possible de construire un logement en matériaux locaux, et même de le tôler, pour une somme assez modique, et l'entretien, peu coûteux, pourrait être subventionné par les comités de santé.

- Si quelques difficultés de paiement des salaires subsistent, les priorités doivent être inversées: payer d'abord les agents de la périphérie.

- Pour des postes particulièrement difficiles (isolement, charge de travail, etc.) dont une liste devra être établie selon des critères objectifs, le nombre d'années requis pour l'avancement pourra être diminué.

- On peut évidemment prévoir des systèmes de primes et indemnités, qui ont l'avantage d'être souples et adaptables. Une indemnité de vie chère existe déjà pour tous les agents affectés dans le B.E.T. Mais dans une situation où l'Etat peine à assumer les salaires, des mesures qui alourdissent considérablement les budgets consacrés au personnel doivent être proposées avec prudence.

5.2.6 Formation

Les besoins en formation ont déjà été évoqués dans les paragraphes précédents. Il s'agit avant tout de formation en matière de gestion des ressources humaines, pour les agents de la DRH, et pour ceux des Divisions de Ressources des DPS et des districts sanitaires. Dans cet esprit, l'Atelier a proposé une formation de deux semaines, sur place, pour 72 agents des trois niveaux.

On peut proposer qu'une telle formation constitue le début d'un cycle, dans lequel l'instauration de mesures d'amélioration de la gestion des personnels de santé constitue, pour chacun à son niveau, des travaux pratiques.

6. COÛT DES MESURES PROPOSÉES

6.1 MASSE SALARIALE

Le chapitre 4 a tracé les grandes lignes d'un plan de dotation par préfecture en mettant en évidence le manque global de personnel qualifié. En raison de ce manque de personnel, un grand nombre d'agents qualifiés doivent être recrutés pour satisfaire les besoins des services en l'an 2000 en respectant les normes opérationnelles. Les chiffres sont les suivants (sans tenir compte du personnel mobilisable de l'administration centrale, cf tableaux 4.7 à 4.10):

- Médecins généralistes:	66
- SFDE:	140
- IDE:	682
- IB:	448
Total:	1 336

D'autre part, nous avons vu que 20% du personnel devrait être dégagé dans la même période. Si l'on compte actuellement environ 3300 agents, cela fait 660 personnes. L'augmentation du nombre de salariés serait donc de 676 (=1.336 - 660), soit 20,5% en six ans.

La masse salariale augmentera un peu plus, du fait que la moitié environ du personnel dégagé (soit 10% de l'ensemble) est constituée d'agents non qualifiés qui seront remplacés par des agents qualifiés. Si l'on estime que le salaire des agents qualifiés est en moyenne de 50% supérieur à celui des agents non qualifiés, l'augmentation de la masse salariale qui en résulte sera de 5% (=0,1 x 0,5).

En l'an 2000, la dotation en personnel de toutes les formations sanitaires existantes accompagnée d'un ajustement des effectifs aura entraîné une augmentation de la masse salariale d'environ 25% (sans préjuger des effets de la dévaluation).

Nous avons vu aussi que la FACSS et l'ENASS ne pourront pas former une telle quantité de personnel. Nous pouvons donc refaire le même calcul en ne tenant compte que des effectifs que la FACSS et l'ENASS pourront produire (cf § 4.4):

- Médecins généralistes :	40
- SFDE:	60
- IDE:	120
- IB:	150
Total:	370

Il y a dans ce cas moins de personnel supplémentaire que de personnel dégagé, et le bilan est négatif: - 290 agents (=370 - 660), soit une diminution de 8,8%. Dans ce cas, il n'y aurait pas d'augmentation par ajustement des effectifs puisque le nombre d'agents qualifiés engagés serait à peu près égal au nombre d'agents qualifiés dégagés (et avec une moyenne d'âge inférieure). Mais dans une telle situation, il faudrait envisager de maintenir pour quelques années dans les effectifs les personnes ayant atteint l'âge de la retraite mais dont les activités restent satisfaisantes.

En l'an 2000, des dotations des services de santé limitées au personnel que pourront former les institutions nationales auront entraîné soit une diminution d'environ 8% de la masse salariale, soit une stagnation.

Dans l'hypothèse où le Ministère peut avoir recours à du personnel formé à l'étranger ou en poste à l'étranger, l'évolution de la masse salariale sera donc comprise entre -8,8 et 25 %. Il convient de remarquer qu'il ne s'agit que d'une évaluation et qu'une étude plus précise est en cours de réalisation sur ce sujet par la CTS.

6.2 DÉGAGEMENT DU PERSONNEL INCOMPÉTENT OU AYANT ATTEINT L'AGE DE LA RETRAITE

Le **tableau 6.1**, établi par l'Atelier National pour le Développement des Ressources Humaines pour la Santé, prévoit un budget de FCFA 306,5 millions [2] pour ce chapitre, incluant des pensions pour 6 ans. Il faut noter que ces pensions, qui représentent FCFA 120 millions, sont à la charge de la caisse de retraite (CNPS). Il reste donc **186,5 millions** à la charge du MSP.

6.3 RÉORGANISATION DE LA DRH ET FORMATION

L'atelier a chiffré (cf tableau 6.1) les investissements (local, ordinateur et autre matériel de bureau, photocopieuse et motos) à FCFA 57 millions, et le fonctionnement pour 6 mois à FCFA 24 millions.

Il faudrait ajouter à cela le montant nécessaire à un audit externe, que l'on peut évaluer à 3 ou 4 millions, selon la durée (10 à 21 jours).

Cela donne un total, pour 6 ans, de FCFA 85 millions.

Ne pouvant préjuger des effets de la dévaluation du FCFA survenue en janvier 1994, l'Atelier, ainsi que le présent document présente des coûts en FCFA non dévalués.

Le coût de la formation du personnel de la DRH, des DPS et des districts sanitaires est évalué à 10 millions. Si l'on rajoute 15 jours de formation à répartir dans les années suivantes,, il faut augmenter le budget de FCFA 20 millions. Le coût total serait donc de FCFA **105 millions**.

6.4 AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL

Il est intéressant de noter que les mesures proposées dans ce chapitre pour augmenter la motivation du personnel de santé à rejoindre les postes périphériques et à faire un travail de bonne qualité débordent largement ce cadre. Aussi, leur coût ne relève-t-il pas exclusivement du plan de dotation, mais du développement général du système de santé, puisqu'il ne s'agit de rien de moins que des investissements et coûts de fonctionnement nécessaires pour rendre fonctionnel le système de santé.

Districts sanitaires	
Investissements:	
Véhicules	420 000 000
Equipements radiophonie	161 000 000
Logements médecins chefs	300 000 000
Sous-total	**881 000 000**
Fonctionnement (6 ans)	
Supervision	312 000 000
Frais généraux	276 000 000
Sous-total	**588 000 000**
Délégations préfectorales sanitaires	
Fonctionnement (6 ans)	
Supervision	42 000 000
Frais généraux	102 000 000
Sous-total	**144 000 000**

6.5 DÉPLACEMENTS DU PERSONNEL

Plan de dotation

Il est difficile de prévoir la quantité de mouvements de personnel pendant la période 1995-2000. En plus des mouvements prévus au chapitre 4 pour le personnel nouveau, qui concerneraient entre 370 et 1336 personnes, il faut compter les mouvements périodiques du personnel en place, c'est à dire 2640 personnes (=80% de 3300). Si la durée moyenne d'affectation d'un agent à un poste de travail est de 5 ans, le cinquième du personnel se déplace chaque année, ce qui donne 528 mouvements par année, soit environ 3000 pour les 6 ans.

Si le déplacement moyen est de 500 km, on peut prévoir le coût suivant, par déplacement (en FCFA):

- Agent + conjoint:	10 000
- 4 enfants:	10 000
- Bagages	10 000
Total	30 000

Cela permet quelques estimations:

Personnel en place:
3 000 x 30 000 = 90 000 000

Personnel nouveau:
370 x 30 000 = 11 100 000, hypothèse basse
1 336 x 30 000 = 40 080 000, hypothèse haute

Nous considérerons le coût pour le déplacement de 1.000 personnels nouveaux, soit 1.000 x 30.000 = **30 millions CFA**

Plan de redéploiement

Selon les tableaux 4.11 à 4.14, le redéploiement du personnel concernerait 233 personnes:
233 x 30 000 = 6 990 000, soit **7 millions CFA**
Il est à noter que c'est là le seul coût attribuable au redéploiement du personnel.

Le coût total du déplacement est donc de **127 millions CFA**

6.6 SYNTHÈSE

Le coût, pour le MSP, d'une amélioration de la gestion des ressources humaines comprend, pour la période 1995-2000(en millions de FCFA au 1.1.1994):

A) Une modification de la masse salariale pouvant aller de -8% à +25%.

B) Des frais directement en relation avec la mise en oeuvre des plans de dotation et de redéploiement et l'application des textes existants:

- Dégagement du personnel incompétent ou ayant atteint l'âge de la retraite 186,5

- Réorganisation de la DRH et formation		105
- Déplacements du personnel		127
	Total	418,5

C) Des frais de développement des services de santé, qui sont considérés ici comme des facteurs fondamentaux de motivation du personnel:

- Investissements:		
districts sanitaires		881
- Fonctionnement:		
districts sanitaires		588
délégations préfectorales		144
	Total	1.613

TABLEAU 6.1 : 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 6.1 (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 6.1 (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**

7. STRATÉGIES D'IMPLANTATION DES PLANS ET MESURES

7.1 DÉCISION SUR LES PLANS DE DOTATION ET DE REDÉPLOIEMENT

La première étape est de prendre une décision concernant la dotation des services en personnel et le redéploiement, c'est à dire de choisir parmi les scénarios d'utilisation des ressources humaines d'ici l'an 2000. Le but du présent rapport est de fournir des éléments pour cette décision.

Cette décision revient au Ministère de la Santé Publique et pourrait comporter les étapes suivantes:

- la DRH, en collaboration avec la DSIS, prépare des propositions de plan de dotation selon plusieurs options, en utilisant le mode de calcul présenté dans ce rapport et, si nécessaire, en mettant les données à jour (avril-mai 94).

- ces propositions peuvent être présentées, et discutées, lors de la réunion du comité de direction de la Direction Générale en juin 1994.

- fin juin, une décision peut être prise par le Ministre, ce qui permet de préparer des plans d'affectations pour la rentrée, par exemple le 1er octobre.

7.2 RÉORGANISATION DE LA DIVISION DES RESSOURSES HUMAINES ET FORMATION DU PERSONNEL

La réorganisation de la DRH est un point critique de l'ensemble puisque cette division est appelée à jouer un rôle central dans la mise en oeuvre d'une gestion plus rationnelle.

Un audit pourrait être demandé pour mai ou juin 1994, de sorte que les mesures de réorganisation puissent être proposées en juillet. Cela donnera 5 mois à la division pour recevoir une formation adéquate, mettre en pratique les mesures proposées et acquérir le matériel nécessaire, pour commencer avec un système rénové le 1er janvier 1995. Les agents de la DRH pourront ensuite assurer la formation de leurs collègues dans les DPS, ce qui leur donnera à la fois un contact direct avec eux et une connaissance pratique de la situation dans tout le pays.

Tout cela nécessite évidemment de trouver rapidement les 3 ou 4 millions de FCFA nécessaires à l'audit, puis d'élaborer un budget précis en fonction des conclusions de cet audit. Le financement de ce budget risque de retarder la mise en oeuvre des mesures proposées. On peut penser que cette problématique

intéressera plusieurs organismes, dont la Banque Africaine de Développement, qui a prévu un appui à la gestion des ressources humaines au niveau central comme volet complémentaire des constructions et rénovations d'infrastructures dans de nombreuses DPS.

7.3 MISE EN OEUVRE DE LA DÉCENTRALISATION

La mise en oeuvre de la décentralisation nécessite une nouvelle répartition des responsabilités et compétences entre les acteurs du système de santé. Tout ce qui peut être réglé par le biais du Statut particulier des agents de la Santé Publique doit l'être.

D'autres aspects, comme la création d'un système d'affectations par postes budgétaires (cf. 5.2.2), nécessitent une concertation entre le Ministère des Finances et de l'Informatique, le Ministère de la Fonction Publique et du Travail et le Ministère de la Santé Publique. Un groupe de travail interministériel devra donc être créé pour élaborer, sur la base d'un cahier des charges précis, des propositions concrètes concernant des mesures possibles à différents niveaux de décision (services, ministères respectifs, Conseil des ministres, présidence, etc.). Ce groupe de travail pourrait être constitué pour Septembre 1994 et rendre ses conclusions en Juin 1995.

La délégation de pouvoir, quant à elle, est une démarche interne au ministère et continuelle. Les pouvoirs d'un niveau ne procèdent que d'une délégation des pouvoirs du niveau supérieur.

7.4 MOTIVATION DU PERSONNEL

Comme on l'a vu, les mesures d'amélioration des conditions de travail relèvent en fait du développement du système de santé. Le fait que la nécessité de ces développements doit soulignée en tant que facteur motivant pour le personnel encouragera le MSP à insister sur ce point dans ses relations avec les organismes, en insistant pour que ceux-ci soutiennent le fonctionnement coordonné des structures nationales plutôt que des projets qui leur sont propres.

Pour les autres mesures proposées, comme la diminution, dans certains postes difficiles, du nombre d'années requis pour l'avancement, on se reportera aux remarques faites au § 7.3: on aura avantage à régler tout ce qui peut l'être par le nouveau Statut du personnel de la Santé Publique, le reste devant être confié à l'examen de la commission interministérielle.

7.5 AJUSTEMENT DES EFFECTIFS

La DRH pourra élaborer une liste de critères objectifs pour le dégagement du personnel inapte, incompétent ou ayant atteint l'âge de la retraite. Cette liste pourra être discutée au comité de direction de la direction générale en juin. En

même temps, les procédures à suivre seront expliquées aux délégués préfectoraux. De retour dans leurs DPS, ceux-ci dresseront une liste du personnel à dégager selon ces critères, en spécifiant les personnes dont l'activité est indispensable malgré le fait qu'elles aient atteint l'âge de la retraite.

Ensuite, les procédures de dégagement existent. Les points cruciaux seront l'appui de la hiérarchie aux délégués, la cohérence du système (pour qu'une personne ne puisse pas obtenir quelque part ce qui lui a été refusé ailleurs) et la résistance aux pressions. Un règlement des droits largement compté contribuera certainement à faire accepter cette mesure par les intéressés.

7.6 PLANS D'AFFECTATION

Lorsqu'un scénario sera adopté, fin juin 1994, pour la gestion du personnel entre 1995 et 2000, la DRH pourra travailler sur des plans d'affectation pour 1994-95. Si ces plans prévoient un redéploiement du personnel, il sera sage de désigner une personne pour servir de médiateur, en quelque sorte, entre le Ministère et les agents concernés. En effet, il semble que les agents sont prêts, plus souvent qu'on ne le pense, à partir en périphérie, pour autant qu'ils n'en soient pas dissuadés par les conditions de travail (cf § 4.2.5). Mais le dialogue est parfois difficile, de sorte que le recours à une personne extérieure au Ministère de la santé et bénéficiant de la confiance de toutes les parties pourrait se révéler utile et permettre des accords. Ainsi, l'élaboration du plan d'affectation peut être suivi d'une phase de présentation et de discussion avec les intéressés, avec la possibilité de choix entre 2 ou 3 propositions (cf § 5.2.2) et, seulement ensuite, donner lieu à des arrêtés ministériels.

De même, les associations professionnelles pourront être associées avec profit au processus pour représenter les intérêts des diverses catégories de personnel et pour obtenir d'elles une discipline.

*

Le **tableau 7.1**, établi par l'Atelier National pour le Développement des Ressources Humaines, passe en revue les acteurs institutionnels impliqués dans les solutions proposées.

TABLEAU 7.1 : 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	
-Relations fonctionnelles avec les autres secteurs adm.préf.et s/préf.						X							
-Textes sur les mouvements du personnel							X	X		X		X	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

TABLEAU 7.1 (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
-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	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
-Bonification indiciaire après form		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'assainis.		X .					X	X					

TABLEAU 7.1 (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

8. SUIVI ET ÉVALUATION DES PLANS DE DOTATION ET DE REDÉPLOIEMENT

Le suivi de la mise en oeuvre du plan de dotation peut être assuré grâce aux tableaux 4.7 à 4.10. La mise à jour périodique des tableaux fera instantanément apparaître la situation du personnel présent par rapport aux effectifs théoriques. Dans la mesure où des objectifs quantitatifs ont été fixés, le suivi devient évaluation.

Il en va de même pour le plan de redéploiement à travers les tableaux 4.11 à 4.14.

Il est proposé de pratiquer de telles évaluations chaque année.

Les indicateurs de processus sont également intéressants, car ils permettent d'expliquer les raisons pour lesquelles un objectif n'a pas été atteint ou n'a été que partiellement atteint. Ils peuvent être formulés ainsi, par domaine:

Application des textes existants:
Sur un échantillon d'agents ayant été affectés dans l'année: quelle proportion a-t-elle bénéficié d'une avance de salaire? d'un déplacement payé?

Mise en oeuvre de la décentralisation:
Les délégués préfectoraux disposent-ils de l'autorité nécessaire: pour répartir le personnel dans la DPS ? Sanctionner le personnel ?

Réorganisation de la DRH
L'audit a-t-il eu lieu?
Les recommandations ont-elles été appliquées?
Les formations ont-elles eu lieu?
Les équipements (ordinateurs, logiciels) sont-ils fonctionnels?

Ajustement des effectifs?
Des critères de dégagement du personnel existent-ils?
Quelle proportion du personnel figurant sur la liste de personnel à dégager établie par les délégués est-elle encore en place?

Toutes ou partie de ces questions pourraient donner lieu à des enquêtes au sein du personnel de santé, par exemple fin 1995, fin 1997 et fin 2000.

* * *

ANNEXES

BESOINS EN PERSONNEL DE SANTÉ

PAR TYPE DE PERSONNEL ET

PAR DELEGATION PRÉFECTORALE SANITAIRE

EXPLICATION DES TABLEAUX

Type de personnel : SFDE = Sage femme diplômées d'Etat
IDE = Infirmier diplômé d'Etat
IB = Infirmier breveté

Population: Chiffres publiés par le Ministère du plan et de la Coopération dans: "Recensement général de la population et de l'habitat 1993, Résultats provisoires", N'Djaména, juillet 1993".

Norme: Normes adoptées par l'Atelier National pour le Développement des Ressources Humaines. Pour les SFDE, IDE et IB: quantité par formation sanitaire ou nombre de lits hospitalier (en considérant un taux d'occupation des lits de 70%) par personnel de santé. Pour les médecins généralistes, on se référera aux normes présentées dans le § 4.1.

Norme moyenne: **quantité de personnel par unité de service, selon les normes opérationnelles.**

Pour les SFDE, les IDE, et les IB, il ne figure jamais de chiffre dans cette colonne sur la ligne "Hôpital", les lits de tous les hôpitaux (de district et de préfecture) étant totalisés dans "Lits totaux". La préfecture est donc dotée en personnel en fonction de ce nombre de lits totaux. C'est ensuite la Délégation Préfectorale Sanitaire qui répartit le personnel entres les hôpitaux.

Le chiffre qui figure dans cette colonne sur la ligne "Lits totaux" est la quantité du personnel considéré par lit d'hôpital A titre indicatif, le nombre de lits pour 100.000 habitants est donné pour la préfecture.

Nombre fonctionnels :
nombre d'unités de service fonctionnelles en janvier 1994. L'ensemble représente, en moyenne pour le Tchad, 50% de la couverture sanitaire.

Dotation 1994: **produit des deux premières colonnes** pour les lignes concernant les districts, les préfectures et les lits totaux.

A la ligne "Effectif théorique" apparaît la **somme** des lignes supérieures.

A la ligne "Effectivement présents..." à été introduite la quantité de **personnel recensé** dans la préfecture. Le chiffre mentionné comprend les expatriés dont le nombre apparait, le cas échéant, aur la ligne suivante.

La ligne "...dont aptes" montre le nombre d'**agents aptes au travail**. Dans tous les tableaux, le chiffre est établi en multipliant le nombre des "Effectivement présents..." par 0,8 (cf § 4.3), pour les SFDE, IDE, et IB, et par 0,85 pour les médecins généralistes.

La ligne "Besoins" est la **différence** entre les lignes "Effectif théorique" et "...dont aptes". Un rombre négatif signifie un excédent de personnel.

Nombre 2000: nombre d'unités de service qui seront fonctionnelles en l'an 2000. Ce nombre représente environ 75% de la couverture sanitaire pour chaque DPS.

Pour les lits d'hôpitaux, le nombre figurant en 2000 est occasionnellement inférieur au nombre de 1994: ce sont des cas où il y aurait sur-capacité, à l'échelle du Tchad, et où un statut d'autogestion pourrait pousser certains hôpitaux à diminuer le nombre de leurs lits, dans un souci de rationnalisation de la gestion.

Dotation 2000: Présente les mêmes calculs que la colonne "dotation 1994", à partir de la même norme moyenne multipliée par le nombre de formations sanitaires qui existeront vraisemblablement en 2000.

Pour la ligne "effectivement présents...", un facteur 0,8, de nouveau, a été appliqué au chiffre des "aptes" de 1994 (on prévoit 20% de diminution de l'effectif entre 1995 et 2000 (par départs à la retraite, decès, démissions).

A la ligne "...dont aptes", par conséquent, on a estimé cette fois que 100% des présents étaient aptes.

Par année 1995-2000 : Nombre de personnes à affecter, en moyenne, chaque année, pour atteindre en 2000 l'effectif théorique de la dotation 2000. ("Besoins" de la colonne "Dotation 2000" divisé par 6).

"1 agent pour x habitant": effectif théorique / population.

ype de personnel:	médecin généraliste			Préfecture:	Batha	
				Population:	288 074	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
istrict:						
entres de santé						
irection	1	2	2	2	2	
ôpital	1	2	2	2	2	
réfecture:						
irection	1	1	1	1	1	
ôpital	1	1	1	1	1	
ts totaux						
fectif théorique			6		6	
fectivement présents...			3		3	
ont expatriés)						
dont aptes			3		3	
soins			3		3	0,5
médecin pour x habitants			48 012		52 814	

pe de personnel:	médecin généraliste			Préfecture:	B.E.T	
				Habitants:	70 603	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
strict:						
ntres de santé						
ection	1			1	1	
pital	1			1	1	
ifecture:						
ection	1	1	1	1	1	
pital	1	1	1	1	1	
s totaux						
ectif théorique			2		4	
ectivement présents...			1		1	
dont expatriés)						
ont aptes			1		1	
oins			1		3	0,5
médecin pour x habitants			35 302		19 416	

Type de personnel:	médecin généraliste			Préfecture:	Biltine	
				Population:	187 115	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par anné 1995 - 20
District:						
Centres de santé						
Direction	1	1	1	1	1	
Hôpital	1	1	1	1	1	
Préfecture:						
Direction	1	1	1	1	1	
Hôpital	1	1	1	1	1	
Lits totaux						
Effectif théorique			4		4	
Effectivement présents...			2		2	
(... dont expatriés)			1		1	
...dont aptes			2		2	
Besoins			2		3	0,5
1 médecin pour x habitants			46 779		51 457	

Type de personnel:	médecin généraliste			Préfecture:	Chari-Baguirmi rural	
				Population:	489 146	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année 1995 - 20
District:						
Centres de santé						
Direction	1	3	3	4	4	
Hôpital	1	3	3	4	4	
Préfecture:						
Direction	1	1	1	1	1	
Hôpital	1					
Lits totaux						
Effectif théorique			7		9	
Effectivement présents...			3		3	
(...dont expatriés)						
...dont aptes			3		3	
Besoins			4		6	1,0
1 médecin pour x habitants			69 878		59 785	

Type de personnel:	médecin généraliste			Préfecture:	Guéra	
				Population:	306 653	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé						
Direction	1	1	1	2	2	
Hôpital	1	1	1	2	2	
Préfecture:						
Direction	1	1	1	1	1	
Hôpital	1	1	1	1	1	
its totaux						
ffectif théorique			4		6	
ffectivement présents...			3		3	
..dont expatriés)			2		2	
.dont aptes			3		3	
esoins			1		5	0,8
médecin pour x habitants			76 663		56 220	

ype de personnel:	médecin généraliste			Préfecture:	Kanem	
				Population:	280 804	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
strict:						
entres de santé						
rection	1			1	1	
pital	1			1	1	
éfecture:						
rection	1	1	1	1	1	
pital	1	1	1	1	1	
s totaux						
ectif théorique			2		4	
ectivement présents...			3		3	
dont expatriés)			1		1	
lont aptes			3		3	
soins			-1		2	0,3
médecin pour x habitants			140 402		77 221	

Type de personnel:	médecin généraliste			Préfecture:	Lac	
				Population:	248 226	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année 1995 - 20(
District:						
Centres de santé						
Direction	1			1	1	
Hôpital	1			1	1	
Préfecture:						
Direction	1	1	1	1	1	
Hôpital	1	1	1	1	1	
Lits totaux						
Effectif théorique			2		4	
Effectivement présents...			2		2	
(...dont expatriés)			1		1	
...dont aptes			2		2	
Besoins					3	0,5
1 médecin pour x habitants			124 113		62 057	

Type de personnel:	médecin généraliste			Préfecture:	Logone Occidental	
				Population:	455 140	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année 1995 - 20(
District:						
Centres de santé						
Direction	1	2	2	3	3	
Hôpital	1	2	2	3	3	
Préfecture:						
Direction	1	1	1	1	1	
Hôpital	1	1	1	1	1	
Lits totaux						
Effectif théorique			6		8	
Effectivement présents...			6		5	
(...dont expatriés)			2		2	
...dont aptes			5		5	
Besoins			1		5	0,8
1 médecin pour x habitants			75 857		62 582	

Type de personnel:	médecin généraliste			Préfecture:	Logone Oriental	
				Population:	440 342	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé						
Direction	1			2	2	
Hôpital	1			2	2	
Préfecture:						
Direction	1	1	1	1	1	
Hôpital	1	1	1	1	1	
its totaux						
ffectif théorique			2		6	
ffectivement présents...			1		1	
..dont expatriés)						
.dont aptes			1		1	
esoins			1		5	0,8
médecin pour x habitants			220 171		80 729	

ype de personnel:	médecin généraliste			Préfecture:	Moyen-Chari	
				Population:	744 741	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
strict:						
entres de santé						
rection	1	4	4	6	6	
pital	1	4	4	6	6	
éfecture:						
rection	1	1	1	1	1	
pital	1	1	1	1	1	
s totaux						
ectif théorique			10		14	
ectivement présents...			6		5	
dont expatriés)			1		1	
dont aptes			5		5	
soins			5		10	1,7
médecin généraliste pour x habitants			74 474		58 515	

Type de personnel:	médecin généraliste			Préfecture:	Mayo-Kebbi	
				Population:	820 249	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année,
District:						
Centres de santé						
Direction	1	4	4	5	5	
Hôpital	1	4	4	5	5	
Préfecture:						
Direction	1	1	1	1	1	
Hôpital	1	1	1	1	1	
Lits totaux						
Effectif théorique			10		12	
Effectivement présents...			8		7	
(...dont expatriés)			4		4	
...dont aptes			7		7	
Besoins			3		9	1,5
1 médecin pour x habitants			82 025		75 189	

Type de personnel:	médecin généraliste			Préfecture:	N'Djaména	
				Population:	763 015	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé						
Direction	1	2	2	4	4	
Hôpital	1	2	2	4	4	
Préfecture:						
Direction	1	1	1	1	1	
Hôpital	1	1	1	1	1	
Lits totaux						
Effectif théorique			6		10	
Effectivement présents...			18		15	
(...dont expatriés)						
...dont aptes			15		15	
Besoins			-9		-5	-0,8
1 médecin pour x habitants			127 169		83 932	

ype de personnel:	médecin généraliste			Préfecture:	Ouaddaï	
				Population:	549 932	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
istrict:						
entres de santé						
rection	1	2	2	3	3	
pital	1	2	2	3	3	
éfecture:						
rection	1	1	1	1	1	
pital	1	1	1	1	1	
s totaux						
fectif théorique			6		8	
fectivement présents...			5		4	
dont expatriés)			1		1	
dont aptes			4		4	
soins			2		5	0,8
médecin pour x habitants			91 655		75 616	

pe de personnel:	médecin généraliste			Préfecture:	Salamat	
				Population:	185 981	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
trict:						
ntres de santé						
ection	1					
pital	1			1	1	
fecture:						
ection	1	1	1	1	1	
pital	1	1	1	1	1	
totaux						
ctif théorique			2		3	
ctivement présents...			1		1	
ont expatriés)						
ont aptes			1		1	
oins			1		2	0,3
édecin pour x habitants			92 991		68 193	

Type de personnel:	médecin généraliste			Préfecture:	Tandjile	
				Population:	458 240	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé						
Direction	1	2	2	3	3	
Hôpital	1	2	2	3	3	
Préfecture:						
Direction	1	1	1	1	1	
Hôpital	1	1	1	1	1	
Lits totaux						
Effectif théorique			6		8	
Effectivement présents...			3		3	
(...dont expatriés)						
...dont aptes			3		3	
Besoins			3		5	0,8
1 médecin pour x habitants			76 373		63 008	

Type de personnel:	SFDE			Préfecture:	Batha	
Norme:	1/40 lits occupés à 70 %, min 1/hôp.			Population:	288 074	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	2	2	3	3	
Direction						
Hôpital		1		2		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,025	195	5	195	5	
lits/100 000 habitants		67,7		67,7		
Effectif théorique			7		8	
Effectivement présents...			1		1	
(dont expatriés)						
...dont aptes			1		1	
Besoins			6		7	1,2
1 SFDE pour x habitants			41 153		39 610	

Type de personnel:	SFDE			Préfecture:	B.E.T	
Norme: 1/40 lits (min 1/hôp.); + 1/ZR urbaine si > 10'000 hab.				Population:	70 603	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé						
Direction						
Hôpital	1			1	1	
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,025	57	1	57	1	
lits/100 000 habitants		80,7		80,7		
Effectif théorique			1		2	
Effectivement présents...						
(dont expatriés)						
...dont aptes						
Besoins			1		2	0,3
1 SFDE pour x habitants			70 603		38 832	

Type de personnel:	SFDE			Préfecture:	Bilitne	
Norme:	1/40 lits occupés à 70 %, min 1/hôp.			Population:	187 115	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année,
District:						
Centres de santé						
Direction						
Hôpital		1		1		
Préfecture:						
Direction				1		
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,025	74	2	74	2	
lits/100 000 habitants		39,5		39,5		
Effectif théorique			2		2	
Effectivement présents...			1		1	
(dont expatriés)						
...dont aptes			1		1	
Besoins			1		1	0,2
1 SFDE pour x habitants			93 558		102 913	

Type de personnel:	SFDE			Préfecture:	Chari-Baguirmi rural	
Norme: 1/40 lits (min 1/hôp.); + 1/ZR urbaine si > 10'000 hab.				Population:	489 146	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	4	4	5	5	
Direction						
Hôpital		3		4		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,025	142	4	200	5	
lits/100 000 habitants		29,0		40,9		
Effectif théorique			8		10	
Effectivement présents...			2		2	
(dont expatriés)						
...dont aptes			2		2	
Besoins			6		8	1,3
1 SFDE pour x habitants			61 143		53 806	

92

Type de personnel:	SFDE			Préfecture:	Guéra	
Norme:	1/40 lits occupés à 70 %, min 1/hôp.			Population:	306 653	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	2	2	3	3	
Direction						
Hôpital		1		2		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,025	133	3	183	5	
lits/100 000 habitants		43,4		59,7		
Effectif théorique			5		8	
Effectivement présents...			1		1	
(dont expatriés)						
...dont aptes			1		1	
Besoins			4		7	1,2
1 SFDE pour x habitants			61 331		42 165	

Type de personnel :	SFDE			Préfecture:	Kanem	
Norme:	1/40 lits occupés à 70 %, min 1/hôp.			Population:	280 804	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	2	2	2	2	
Direction						
Hôpital				1		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,025	132	3	182	5	
lits/100 000 habitants		47,0		64,8		
Effectif théorique			5		7	
Effectivement présents...						
dont expatriés)						
..dont aptes						
Besoins			5		7	1,2
1 SFDE pour x habitants			56 161		44 126	

Type de personnel:	SFDE			Préfecture:	Lac	
Norme: 1/40 lits (min 1/hôp.); + 1/ZR urbaine si > 10'000 hab.				Population:	248 226	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	
District:						
Centres de santé	1			1	1	
Direction						
Hôpital				1		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,025	35	1	100	3	
lits/100 000 habitants		14,1		40,3		
Effectif théorique			1		4	
Effectivement présents...						
(dont expatriés)						
...dont aptes						
Besoins			1		4	0,7
1 SFDE pour x habitants			248 226		68 262	

Type de personnel:	SFDE			Préfecture:	Logone Occidental	
Norme:	1/40 lits occupés à 70 %, min 1/hôp.			Population:	455 140	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	4	4	8	8	
Direction						
Hôpital		2		3		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,025	561	14	350	9	
lits/100 000 habitants		123,3		76,9		
Effectif théorique			18		17	
Effectivement présents...			5		3	
(dont expatriés)						
...dont aptes			4		3	
Besoins			14		14	2,3
1 SFDE pour x habitants			25 286		29 450	

Type de personnel:	SFDE			Préfecture:	Logone Oriental	
Norme:	1/40 lits occupés à 70 %, min 1/hôp.			Population:	440 342	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	2	2	3	3	
Direction						
Hôpital				2		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,025	284	7	310	8	
lits/100 000 habitants		64,5		70,4		
Effectif théorique			9		11	
Effectivement présents...			1		1	
(dont expatriés)						
...dont aptes			1		1	
Besoins			8		10	1,7
1 SFDE pour x habitants			48 927		44 034	

Type de personnel:	SFDE			Préfecture:	Moyen-Chari	
Norme: 1/40 lits (min 1/hôp.); + 1/ZR urbaine si > 10'000 hab.				Population:	744 741	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	7	7	12	12	
Direction						
Hôpital		4		6		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,025	706	18	550	14	
lits/100 000 habitants		94,8		73,9		
Effectif théorique			25		26	
Effectivement présents...			9		6	
(dont expatriés)						
...dont aptes			7		6	
Besoins			18		20	3,3
1 SFDE pour x habitants			29 790		31 508	

Type de personnel:	SFDE			Préfecture:	Mayo-Kebbi	
Norme: 1/40 lits (min 1/hôp.); + 1/ZR urbaine si > 10'000 hab.				Population:	820 249	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	7	7	8	8	
Direction						
Hôpital		4		5		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,025	511	13	570	14	
lits/100 000 habitants		62,3		69,5		
Effectif théorique			20		22	
Effectivement présents...			4		2	
(dont expatriés)						
...dont aptes			3		2	
Besoins			17		20	3,3
1 SFDE pour x habitants			41 012		41 012	

Type de personnel:	SFDE			Préfecture:	N'Djaména	
Norme: 1/40 lits (min 1/hôp.); + 1/ZR urbaine si > 10'000 hab.				Population:	763 015	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	9	9	30	30	
Direction						
Hôpital		2		4		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,025	580	15	580	15	
lits/100 000 habitants		76,0		76,0		
Effectif théorique			24		45	
Effectivement présents...			54		34	
(dont expatriés)						
...dont aptes			43		34	
Besoins			-19		11	1,8
1 SFDE pour x habitants			31 792		18 651	

Type de personnel:	SFDE			Préfecture:	Ouaddaï	
Norme: 1/40 lits (min 1/hôp.); + 1/ZR urbaine si > 10'000 hab.				Population:	549 932	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	3	3	5	5	
Direction						
Hôpital		2		3		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,025	282	7	400	10	
lits/100 000 habitants		51,3		72,7		
Effectif théorique			10		15	
Effectivement présents...			3		2	
(dont expatriés)						
..dont aptes			2		2	
Besoins			8		13	2,2
1 SFDE pour x habitants			54 993		40 328	

Type de personnel:	SFDE			Préfecture:	Salamat	
Norme:	1/40 lits occupés à 70 %, min 1/hôp.			Population:	185 981	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	1	1	2	2	
Direction						
Hôpital				1		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,025	77	2	100	3	
lits/100 000 habitants		41,4		53,8		
Effectif théorique			3		5	
Effectivement présents...						
(dont expatriés)						
..dont aptes						
Besoins			3		5	0,8
1 SFDE pour x habitants			61 994		40 916	

Type de personnel:	SFDE			Préfecture:	Tandjile	
Norme:	1/40 lits occupés à 70 %, min 1/hôp.			Population:	458 240	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par ann 1995 - 2
District:						
Centres de santé	1	2	2	5	5	
Direction						
Hôpital		2		3		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,025	222	6	320	8	
lits/100 000 habitants		48,4		69,8		
Effectif théorique			8		13	
Effectivement présents...			2		2	
(dont expatriés)						
...dont aptes			2		2	
Besoins			6		11	1,8
1 SFDE pour x habitants			57 280		38 774	

Type de personnel:	IDE			Préfecture:	Batha	
Norme:	1/CS + 1/15 lits occupés à 70 %.			Population:	288 074	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	16	16	22	22	
Direction						
Hôpital		1		2		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,067	195	13	195	13	
lits/100 000 habitants		67,7		67,7		
Effectif théorique			29		35	
Effectivement présents...			9		6	
(dont expatriés)						
...dont aptes			7		6	
Besoins			22		29	4,8
1 IDE pour x habitants			9 934		9 054	

Type de personnel:	IDE			Préfecture:	B.E.T	
Norme:	1/CS + 1/15 lits occupés à 70 %			Population:	70 603	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	13	13	15	15	
Direction						
Hôpital				1		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,067	57	4	57	4	
lits/100 000 habitants		80,7		80,7		
Effectif théorique			17		19	
Effectivement présents...			2		2	
(dont expatriés)						
...dont aptes			2		2	
Besoins			15		17	2,8
1 IDE pour x habitants			4 153		4 088	

Type de personnel:	IDE			Préfecture:	Biltine	
Norme:	1/CS + 1/15 lits occupés à 70 %			Population:	187 115	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	6	6	12	12	
Direction						
Hôpital		1		1		
Préfecture:						
Direction				1		
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,067	74	5	74	5	
lits/100 000 habitants		39,5		39,5		
Effectif théorique			11		17	
Effectivement présents...			3		2	
(dont expatriés)						
...dont aptes			2		2	
Besoins			9		15	2,5
1 IDE pour x habitants			17 010		12 107	

Type de personnel:	IDE			Préfecture:	Chari-Baguirmi rural	
Norme:	1/CS + 1/15 lits occupés à 70 %			Population:	489 146	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	20	20	34	34	
Direction						
Hôpital		3		4		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,067	142	10	200	13	
lits/100 000 habitants		29,0		40,9		
Effectif théorique			30		47	
Effectivement présents...			18		11	
(dont expatriés)						
...dont aptes			14		11	
Besoins			16		36	6,0
1 IDE pour x habitants			16 305		11 448	

Type de personnel:	IDE			Préfecture:	Guéra	
Norme:	1/CS + 1/15 lits occupés à 70 %			Population:	306 653	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	10	10	20	20	
Direction						
Hôpital		1		2		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,067	133	9	183	12	
lits/100 000 habitants		43,4		59,7		
Effectif théorique			19		32	
Effectivement présents...			6		4	
(dont expatriés)						
...dont aptes			5		4	
Besoins			14		28	4,7
1 IDE pour x habitants			16 140		10 541	

Type de personnel:	IDE			Préfecture:	Kanem	
Norme:	1/CS + 1/15 lits occupés à 70 %			Population:	280 804	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	16	16	26	26	
Direction						
Hôpital				1		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,067	132	9	182	12	
lits/100 000 habitants		47,0		64,8		
Effectif théorique			25		38	
Effectivement présents...			6		4	
(dont expatriés)						
...dont aptes			5		4	
Besoins			20		34	5,7
1 IDE pour x habitants			11 232		8 129	

Type de personnel:	IDE			Préfecture:	Lac	
Norme:	1/CS + 1/15 lits occupés à 70 %			Population:	248 226	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	13	13	24	24	
Direction						
Hôpital				1		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,067	35	2	100	7	
lits/100 000 habitants		14,1		40,3		
Effectif théorique			15		31	
Effectivement présents...			6		4	
(dont expatriés)						
...dont aptes			5		4	
Besoins			10		27	4,5
1 IDE pour x habitants			16 548		8 808	

Type de personnel:	IDE			Préfecture:	Logone Occidental	
Norme:	1/CS + 1/15 lits occupés à 70 %			Population:	455 140	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	13	13	31	31	
Direction						
Hôpital		2		3		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,067	561	38	350	23	
lits/100 000 habitants		123,3		76,9		
Effectif théorique			51		54	
Effectivement présents...			17		11	
(dont expatriés)						
...dont aptes			14		11	
Besoins			37		43	7,2
1 IDE pour x habitants			8 924		9 271	

Type de personnel:	IDE			Préfecture:	Logone Oriental	
Norme:	1/CS + 1/15 lits occupés à 70 %			Population:	440 342	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	21	21	52	52	
Direction						
Hôpital				2		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,067	284	19	310	21	
lits/100 000 habitants		64,5		70,4		
Effectif théorique			40		73	
Effectivement présents...			8		5	
(dont expatriés)						
...dont aptes			6		5	
Besoins			34		68	11,3
1 IDE pour x habitants			11 009		6 635	

Type de personnel:	IDE			Préfecture:	Moyen-Chari	
Norme:	1/CS + 1/15 lits occupés à 70 %			Population:	744 741	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	26	26	58	58	
Direction						
Hôpital		4		6		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,067	706	47	550	37	
lits/100 000 habitants		94,8		73,9		
Effectif théorique			73		95	
Effectivement présents...			24		15	
(dont expatriés)						
...dont aptes			19		15	
Besoins			54		80	13,3
1 IDE pour x habitants			10 202		8 623	

Type de personnel:	IDE			Préfecture:	Mayo-Kebbi	
Norme:	1/CS + 1/15 lits occupés à 70 %			Population:	820 249	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	23	23	59	59	
Direction						
Hôpital		4		5		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,067	511	34	570	38	
lits/100 000 habitants		62,3		69,5		
Effectif théorique			57		97	
Effectivement présents...			11		7	
(dont expatriés)						
...dont aptes			9		7	
Besoins			48		90	15,0
1 IDE pour x habitants			14 390		9 302	

Type de personnel:	IDE			Préfecture:	N'Djaména	
Norme:	1/CS + 1/10 lits			Population:	763 015	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	27	27	47	47	
Direction						
Hôpital		2		4		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,100	580	58	580	58	
lits/100 000 habitants		76,0		76,0		
Effectif théorique			85		105	
Effectivement présents...			35		22	
(dont expatriés)						
...dont aptes			28		22	
Besoins			57		83	13,8
1 IDE pour x habitants			8 977		7 993	

Type de personnel:	IDE			Préfecture:	Ouaddaï	
Norme:	1/CS + 1/15 lits occupés à 70 %			Population:	549 932	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	32	32	39	39	
Direction						
Hôpital		2		3		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,067	282	19	400	27	
lits/100 000 habitants		51,3		72,7		
Effectif théorique			51		66	
Effectivement présents...			7		5	
(dont expatriés)						
...dont aptes			6		5	
Besoins			45		61	10,2
1 IDE pour x habitants			10 783		9 166	

Type de personnel:	IDE			Préfecture:	Salamat	
Norme:	1/CS + 1/15 lits occupés à 70 %			Population:	185 981	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	3	3	10	10	
Direction						
Hôpital				1		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,067	77	5	100	7	
lits/100 000 habitants		41,4		53,8		
Effectif théorique			8		17	
Effectivement présents...			2		2	
(dont expatriés)						
...dont aptes			2		2	
Besoins			6		15	2,5
1 IDE pour x habitants			23 248		12 034	

105

Type de personnel:	IDE			Préfecture:	Tandjile	
Norme:	1/CS + 1/15 lits occupés à 70 %			Population:	458 240	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	13	13	40	40	
Direction						
Hôpital		2		3		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,067	222	15	320	21	
lits/100 000 habitants		48,4		69,8		
Effectif théorique			28		61	
Effectivement présents...			8		5	
(dont expatriés)						
...dont aptes			6		5	
Besoins			22		56	9,3
1 IDE pour x habitants			16 366		8 263	

Type de personnel:	IB			Préfecture:	Batha	
Norme:	1/CS + 1/10 lits			Population:	288 074	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	16	16	22	22	
Direction						
Hôpital		1		2		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,100	195	20	195	20	
lits/100 000 habitants		67,7		67,7		
Effectif théorique			36		42	
Effectivement présents...			15		10	
(dont expatriés)						
...dont aptes			12		10	
Besoins			24		32	5,3
1 IB pour x habitants			8 002		7 545	

Type de personnel:	IB			Préfecture:	B.E.T	
Norme:	1/CS + 1/10 lits			Population:	70 603	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	13	13	15	15	
Direction						
Hôpital				1		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,100	57	6	57	6	
lits/100 000 habitants		80,7		80,7		
Effectif théorique			19		21	
Effectivement présents...			7		5	
(dont expatriés)						
...dont aptes			6		5	
Besoins			13		16	2,7
1 IB pour x habitants			3 716		3 698	

Type de personnel:	IB			Préfecture:	Bilitne	
Norme:	1/CS + 1/10 lits			Population:	187 115	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	6	6	12	12	
Direction						
Hôpital		1		1		
Préfecture:						
Direction				1		
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,100	74	7	74	7	
lits/100 000 habitants		39,5		39,5		
Effectif théorique			13		19	
Effectivement présent			9		6	
(dont expatriés)						
...dont aptes			7		6	
Besoins			6		13	2,2
1 IB pour x habitants			14 393		10 833	

Type de personnel:	IB			Préfecture:	Chari-Baguirmi rural	
Norme:	1/CS + 1/10 lits			Population:	489 146	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	20	20	34	34	
Direction						
Hôpital		3		4		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,100	142	14	200	20	
lits/100 000 habitants		29,0		40,9		
Effectif théorique			34		54	
Effectivement présents...			23		14	
(dont expatriés)						
...dont aptes			18		14	
Besoins			16		40	6,7
1 IB pour x habitants			14 387		9 964	

Type de personnel:	IB			Préfecture:	Guéra	
Norme:	1/CS + 1/10 lits			Population:	306 653	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	10	10	20	20	
Direction						
Hôpital		1		2		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,100	133	13	183	18	
lits/100 000 habitants		43,4		59,7		
Effectif théorique			23		38	
Effectivement présents...			15		10	
(dont expatriés)						
...dont aptes			12		10	
Besoins			11		28	4,7
1 IB pour x habitants			13 333		8 877	

Type de personnel:	IB			Préfecture:	Kanem	
Norme:	1/CS + 1/10 lits			Population:	280 804	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	16	16	26	26	
Direction						
Hôpital				1		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,100	132	13	182	18	
lits/100 000 habitants		47,0		64,8		
Effectif théorique			29		44	
Effectivement présents...			11		7	
(dont expatriés)						
...dont aptes			9		7	
Besoins			20		37	6,2
1 IB pour x habitants			9 683		7 020	

Type de personnel:	IB			Préfecture:	Lac	
Norme:	1/CS + 1/10 lits			Population:	248 226	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	13	13	24	24	
Direction						
Hôpital				1		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,100	35	4	100	10	
lits/100 000 habitants		14,1		40,3		
Effectif théorique			17		34	
Effectivement présents...			14		9	
(dont expatriés)						
...dont aptes			11		9	
Besoins			6		25	4,2
1 IB pour x habitants			14 602		8 031	

Type de personnel:	IB			Préfecture:	Logone Occidental	
Norme:	1/CS + 1/10 lits			Population:	455 140	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	13	13	31	31	
Direction						
Hôpital		2		3		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,100	561	56	350	35	
lits/100 000 habitants		123,3		76,9		
Effectif théorique			69		66	
Effectivement présents...			104		66	
(dont expatriés)						
...dont aptes			83		66	
Besoins			-14			
1 IB pour x habitants			6 596		7 586	

Type de personnel:	IB			Préfecture:	Logone Oriental	
Norme:	1/CS + 1/10 lits			Population:	440 342	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	21	21	52	52	
Direction						
Hôpital				2		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,100	284	28	310	31	
lits/100 000 habitants		64,5		70,4		
Effectif théorique			49		83	
Effectivement présents...			64		41	
(dont expatriés)						
...dont aptes			51		41	
Besoins			-2		42	7,0
1 IB pour x habitants			8 987		5 836	

Type de personnel:	IB			Préfecture:	Moyen-Chari	
Norme:	1/CS + 1/10 lits			Population:	744 741	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	26	26	58	58	
Direction						
Hôpital		4		6		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,100	706	71	550	55	
lits/100 000 habitants		94,8		73,9		
Effectif théorique			97		113	
Effectivement présents...			156		100	
(dont expatriés)						
...dont aptes			125		100	
Besoins			-28		13	2,2
1 IB pour x habitants			7 678		7 250	

Type de personnel:	IB			Préfecture:	Mayo-Kebbi	
Norme:	1/CS + 1/10 lits			Population:	820 249	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	23	23	59	59	
Direction						
Hôpital		4		5		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,100	511	51	570	57	
lits/100 000 habitants		62,3		69,5		
Effectif théorique			74		116	
Effectivement présents...			71		46	
(dont expatriés)						
...dont aptes			57		46	
Besoins			17		70	11,7
1 IB pour x habitants			11 084		7 778	

Type de personnel:	IB			Préfecture:	N'Djaména	
Norme:	1/CS + 1/15 lits			Population:	763 015	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	27	27	47	47	
Direction						
Hôpital		2		4		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,067	580	39	580	39	
lits/100 000 habitants		76,0		76,0		
Effectif théorique			66		86	
Effectivement présents...			123		78	
(dont expatriés)						
...dont aptes			98		78	
Besoins			-32		8	1,3
1 IB pour x habitants			11 561		9 759	

Type de personnel:	IB			Préfecture:	Ouaddaï	
Norme:	1/CS + 1/10 lits			Population:	549 932	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	32	32	39	39	
Direction						
Hôpital		2		3		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,100	282	28	400	40	
lits/100 000 habitants		51,3		72,7		
Effectif théorique			60		79	
Effectivement présents...			13		8	
(dont expatriés)						
...dont aptes			10		8	
Besoins			50		71	11,8
1 IB pour x habitants			9 166		7 657	

Type de personnel:	IB			Préfecture:	Salamat	
Norme:	1/CS + 1/10 lits			Population:	185 981	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	3	3	10	10	
Direction						
Hôpital				1		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,100	77	8	100	10	
lits/100 000 habitants		41,4		53,8		
Effectif théorique			11		20	
Effectivement présents...			8		5	
(dont expatriés)						
...dont aptes			6		5	
Besoins			5		15	2,5
1 IB pour x habitants			16 907		10 229	

Type de personnel:	IB			Préfecture:	Tandjile	
Norme:	1/CS + 1/10 lits			Population:	458 240	
	Norme moyenne	Nombre fonctionnels	Dotation 1994	Nombre 2000	Dotation 2000	Par année, 1995 - 2000
District:						
Centres de santé	1	13	13	40	40	
Direction						
Hôpital		2		3		
Préfecture:						
Direction						
Hôpital		1		1		
Lits totaux	0,100	222	22	320	32	
lits/100 000 habitants		48,4		69,8		
Effectif théorique			35		72	
Effectivement présents...			54		34	
(dont expatriés)						
...dont aptes			43		34	
Besoins			-8		38	6,3
1 IB pour x habitants			13 093		7 001	