REPUBLIQUE DU TCHAD

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

GUIDE DES ETUDES REALISEES PAR LA CELLULE TECHNIQUE DE SUIVI DANS LE CADRE DU PROJET D'ASSISTANCE PREPARATOIRE A LA PROGRAMMATION OPERATIONNELLE DU SECTEUR SANTE/AFFAIRES SOCIALES

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

N'Djaména, Août 1994

PN-ABU-793

REPUBLIQUE DU TCHAD

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

GUIDE DES ETUDES REALISEES PAR LA CELLULE TECHNIQUE DE SUIVI DANS LE CADRE DU PROJET D'ASSISTANCE PREPARATOIRE A LA PROGRAMMATION OPERATIONNELLE DU SECTEUR SANTE/AFFAIRES SOCIALES

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

N'Djaména, Août 1994

2

TABLE DES MATIERES

PAGE

ABREVIATIONS UTILISEES iv

AVANT-PROPOS I

HISTORIQUE DU PROCESSUS DE LA TABLE RONDE SECTORIELLE "SANTE/AFFAIRES SOCIALES" ET DE LA CELLULE TECHNIQUE DE SUIVI 2

LA POLITIQUE SOCIO-SANITAIRE DU TCHAD..... 5

ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU TCHAD 6

LE MODELE DE DEVELOPPEMENT DES DISTRICTS 9

LA PLACE DES ETUDES DE LA CTS DANS LE MODELE DE DEVELOPPEMENT DES DISTRICTS 10

PREMIER DOCUMENT: LA MATRICE DES DISTRICTS SANITAIRES AU TCHAD.....11

Problématique du secteur
Objectifs de l'étude
Informations contenues dans le document
Référence du document
Résumé du document

DEUXIEME DOCUMENT: LA PROGRAMMATION FONCTIONNELLE DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES AU TCHAD 15

Problématique du secteur
Objectifs de l'étude
Informations contenues dans le document
Référence du document
Résumé du document

TROISIEME DOCUMENT: RAPPORT TECHNIQUE DE L'ATELIER NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCE HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD.....19

Problématique du secteur
Objectifs de l'étude
Informations contenues dans le document

A. Informations générales
B. Plans de dotation et de redéploiement du personnel
C. Administration et Gestion du Personnel
D. La formation initiale et continue des cadres moyens et intermédiaires de la santé
E. La formation initiale des cadres supérieurs de la santé
F. La formation continue du personnel de santé

Référence du document
Résumé du document

QUATRIEME DOCUMENT: PLANS NATIONAUX DE FORMATION INITIALE ET DE FORMATION CONTINUE DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE 1994-2000 25

Problématique du secteur
Objectifs de l'étude
Informations contenues dans le document

A. Plan national de formation initiale des cadres moyens et intermédiaires de la santé 1994-2000
B. Plan national de formation initiale des cadres supérieurs de la santé 1994-2000
C. Plan national de formation continue des ressources humaines pour la santé 1994-2000

Référence du document
Résumé du document

CINQUIEME DOCUMENT: PLANS DE DOTATION ET DE REDEPLOIEMENT DU PERSONNEL DE SANTE 30

Problématique du secteur
Objectifs de l'étude
Informations contenues dans le document
Référence du document
Résumé du document

SIXIEME DOCUMENT: BILAN DE LA PARTICIPATION DES POPULATIONS AU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE AU TCHAD 34

Problématique du secteur
Objectifs de l'étude

4

Informations contenues dans le document
Référence du document
Résumé du document

SEPTIEME DOCUMENT: LE STATUT JURIDIQUE DES HOPITAUX CENTRAUX DE PREFECTURE, DES HOPITAUX DE DISTRICT, ET DES CENTRES DE SANTE.....38

Problématique du secteur
Objectifs de l'étude
Informations contenues dans le document
Référence du document
Résumé du document

HUITIEME DOCUMENT: LA PRIORISATION DES INVESTISSEMENTS EN SANTE AU TCHAD 43

Problématique du secteur
Objectifs de l'étude
Informations contenues dans le document
Référence du document
Résumé du document

NEUVIEME DOCUMENT: LE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD, PROBLEMATIQUE PERSPECTIVES ET IMPACT 47

Problématique du secteur
Objectifs de l'étude
Informations contenues dans le document
Référence du document
Résumé du document

ANNEXES 52

Annexe 1: Lettre de Déclaration de Politique de Santé Publique
Annexe 2: Pyramide sanitaire du Tchad
Annexe 3: Carte géographique du découpage sanitaire du Tchad
Annexe 4: Liste des districts sanitaires au Tchad

ABREVIATIONS UTILISEES

ASBL:	Association Sans But Lucratif
BAD:	Banque Africaine de Développement
BM:	Banque Mondiale
BSPE:	Bureau des Statistiques, Planification et Etudes
CTS:	Cellule Technique de Suivi
CNAR:	Centre National d'Appareillage et de Rééducation
CS:	Centre de Santé
DPS:	Délégation Préfectorale Sanitaire
DS:	District Socio-Sanitaire
DD:	Direction de District
DDPS:	Direction de la Délégation Préfectorale Sanitaire
DD:	Direction de District
DDPS:	Direction de la Délégation Préfectorale Sanitaire
ENASS:	Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux
FAD:	Fonds Africain de Développement
FACSS:	Faculté des Sciences de la Santé
HCP:	Hôpital Central de Préfecture
HGRN:	Hôpital Général de Référence Nationale
HG:	Hôpital de District
IDE:	Infirmiers Diplômé d'Etat
ITS:	Institut Tropical Suisse
MSP:	Ministère de la Santé Publique
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
PASP:	Pharmacie d'Approvisionnement du Secteur Public
PCA:	Paquet Complémentaire d'Activités
PERI:	Projet d'Etudes et de Renforcement Institutionnel
PMA:	Paquet Minimum d'Activités
PNUD:	Programme des Nations-Unies pour le Développement
PIP:	Programme d'Investissement Public
PIB:	Produit Intérieur Brut
PNB:	Produit National Brut
SSP:	Soins de Santé Primaires
TRS:	Table Ronde Sectorielle
ZR:	Zone de Responsabilité

6

AVANT-PROPOS

Ce document a pour but de présenter les études réalisées par la Cellule Technique de Suivi (CTS) de la Table Ronde Santé/Affaires Sociales à l'intérieur d'un cadre conceptuel unique. Ce cadre explicite les liens existants entre les études et leur pertinence par rapport à un modèle de développement du système de santé basé sur l'organisation en districts.
Le modèle en question, qui a servi de logique de travail à la CTS, se concentre sur les conditions d'opérationnalité des districts sanitaires.
En ce sens, il reste parfaitement adapté au choix de politique sanitaire fait par le Tchad, basé sur les Soins de Santé Primaires, et défini par:

- son but ultime: l'accès de tous à des services de santé capables d'offrir des prestations de qualité;

- sa stratégie prioritaire: le développement de districts opérationnels.

Les informations apportées par ces études sont décrites dans le présent document.
Les résultats mêmes de ces études se trouvent dans les documents y afférents. Néanmoins, un résumé de chaque document est présenté.

Le présent document constitue donc un guide destiné à aider le Ministère de la Santé Publique (MSP) et les intervenants extérieurs et autres partenaires en développement à tirer le maximum de profit des études réalisées par la CTS.

Il faut toutefois signaler que sur les huit (8) études à réaliser par la CTS, l'étude sur le Secteur Social n'a pas toujours commencé au moment où le document est produit.

De même, l'élaboration du Programme-Cadre du PNUD d'appui au secteur Santé/Affaires Sociales, qui n'est pas résumé et contenu dans ce guide, sera présenté dans ses grandes lignes lors de la réunion d'octobre 1994.

HISTORIQUE DU PROCESSUS DE LA TABLE RONDE SECTORIELLE "SANTE/AFFAIRES SOCIALES"ET DE LA CELLULE TECHNIQUE DE SUIVI

Le processus de la Table Ronde Sectorielle (TRS) a été choisi par le Gouvernement du Tchad comme mécanisme privéligié de mobilisation et de coordination de l'aide extérieure. C'est à l'occasion de la conférence dite de Genève III en Juin 1990 que le principe des Tables Rondes Sectorielles a été décidé et réaffirmé; Celles-ci coordonnées par le Ministère du Plan et de la Coopération, devaient identifier les priorités de leur secteur, les stratégies, un plan d'action et dégager les coûts et les moyens financiers du secteur, le tout dans un plan national de éveloppement du secteur concerné.

A l'issue de la Conférence dite de Génève III de juin 1990, constat a été fait : d'intenses travaux ont été entrepris et réalisés sur le secteur Santé/Affaires Sociales, grâce au soutien technique, matériel et financier des partenaires du Tchad.

Aussi, il convient de situer ces différentes étapes de réalisation avant d'arriver à la tenue de la TRS de janvier 1993.

Ainsi, plusieurs études, séminaires et atéliers nationaux ont eu lieu, grâce au soutien de Bailleurs de fonds et des agences de Coopération parmi lesquels la BAD, l'OMS et la Banque Mondiale pour ne citer que celles-là et dont les principaux sont les suivants:

- Séminaire national MSP/OMS d'Août 1988 portant sur le scénario de développement sanitaire en trois phases.
  Ce séminaire a défini les trois niveaux de la pyramide sanitaire (Central, intermédiaire et périphérique) ainsi que le district sanitaire qui se situe au niveau de la Sous-Préfecture (niveau périphérique).

- Séminaire national organisé par l'équipe du Projet Etudes et Renforcement institutionnel (PERI), Projet financé par la BAD/FAD, en collaboration avec le Projet Santé 6è FED et le BSPE, les partenaires nationaux et internationaux ont élaboré le plan de découpage socio-sanitaire du pays, la rationalisation de l'organisation et du fonctionnement du Ministère ainsi que la planification socio-sanitaire opérationnelle de la majorité des instances du Ministère et défini le contenu du système d'information sanitaire.

- Le 10 juillet 1990, la TRS Santé/Affaires Sociales a été officiellement créée par Arrêté ministériel du Ministère du Plan et de la Coopération (Arrêté n° 18/MPS/SE/DG/DPDR); L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Banque Africaine de Développement (BAD) ont été choisis comme chefs de file de la consultation sectorielle dans le domaine de la Santé et des Affaires Sociales.

8

Ainsi, l'OMS a coordonné, depuis Décembre 1991 avec la BAD, les travaux préparatoires de la TRS Santé/Affaires Sociales qui s'est tenue en janvier 1993 à N'Djaména.

Celle-ci a abouti à la définition d'une politique socio-sanitaire basée sur le développement des districts, selon les principes des Soins de Santé Primaires (S.S.P.).

A cet effet, l'OMS a initié et piloté des mécanismes suivants financés par la Banque Mondiale et le PNUD :

- Décembre 1991 - Mission du Dr d'ALMEIDA
  Consultant OMS - Mr Jean Perrot
- Avril à Août 1992 - Consultants OMS
  - Mr Pierre Pichette
  - Mr Jean Perrot
- Sept. à Déc. 1992 - Dr Henriette R. RAHANTALALAO
  - Mr William Baker
  - Mr Jean Perrot
- Janv. à Fév. 1993 - Dr henriette R. RAHANTALALAO
  Consultante PNUD.

Les résultats de la consultation sectorielle Santé/Affaires Sociales ont été positifs et les bailleurs de fonds avaient soutenu la politique sanitaire présentée par le Gouvernement (cf: **Tome I** de la TRS Diagnostic et stratégie)

Néanmoins, un certain nombre de données, nécessaires aux bailleurs de fonds pour mieux planifier leur appui au MSP, n'étaient pas disponibles. Pour cette raison, il a été décidé qu'une Cellule Technique de Suivi serait mise en place pour 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 "d'Assistance Préparatoire à la Programmation Opérationnelle du Secteur Santé/Affaires Sociales, N°CHD/93/007 financé par le Programme des Nations-Unies pour le Développement (PNUD) et dont l'OMS est l'agence d'exécution.

Le mandat de la CTS est la réalisation de dossiers techniques sur huit sujets reconnus 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.

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:

. la mise en place de programmes ou projets respectant les orientations de politique sanitaire et sociale énoncées par le Ministère du Plan et de la Coopération (tome I de la Table Ronde)
  la coordination entre agences.

Les huit études portent sur les sujets suivants:

i) la matrice des districts socio-sanitaires
ii) le redéploiement du personnel sanitaire
iii) la formation initiale et continue du personnel sanitaire
iv) la programmation fonctionnelle des hôpitaux
v) le statut juridique des Hôpitaux et des Centres de Santé
vi) le recouvrement des coûts
vii) la priorisation des investissements
viii) l'étude du domaine social

Elles constituent autant de préalables à un soutien efficace des bailleurs de fonds aux districts dans la mesure où les investissements réalisés doivent tenir compte de la capacité d'absorption du Tchad.

La CTS a réalisé 3 études supplémentaires ne faisant pas partie explicitement de son mandat initial, mais qui se sont avérés nécessaires en cours de projet parce qu'elles constituent des étapes intermédiaires des autres études et les complémentent utilement:

1) Le developpement des Ressources humaines pour la Santé au Tchad: Problématique, perspectives et Impact.

2) Le Rapport Technique de l'Atelier National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tchad.

3) Le guide des études réalisées par la CTS.

La CTS est composée de 6 personnes:

- Dr. Granga Daouya, Coordonnateur National
- Dr. Bruno Bouchet, Conseiller Technique Principal
- Mr. Abatcha Kadaï, Economiste-Gestionnaire
- Mlle Marie-Claire Démbaye, Secrétaire
- Mr. Ernest Dingamtoloum, Reprographe et Agent d'Entretien
- Mr. Abdoulaye Dagal, Chauffeur

Elle a bénéficié de l'expertise de 6 consultants de l'OMS:

- Mr. Jacques Waechter, Architecte DPLG
- Dr. Evariste Mutabaruka, Médecin expert en formation
- Dr. Jean-Dominique Laporte, Médecin de Santé Publique
- Dr. Rohingalaou N'doundo, Médecin National
- Mr. Gérard Schmets, Economiste de la Santé
- Mme Kassadoïh Kanika Loli, Administrateur Juriste

LA POLITIQUE SOCIO-SANITAIRE DU TCHAD

La Table Ronde Sectorielle a vu l'aboutissement d'une réflexion menée depuis longtemps sur la politique socio-sanitaire du Tchad et des actions des différents projets, notamment le Projet Etudes et Renforcement Institutionnel (PERI/BAD). La politique socio-sanitaire est énoncée par le Ministère du Plan et de la Coopération dans son document de suivi de la conférence de Genève III intitulé: Diagnostic et Stratégie. Elle a été encore recemment réaffirmée par une "Lettre de Politique de Santé Publique" du 14 Mai 1994 par le Gouvernement à l'intention des Bailleurs de fonds (cf. **annexe 1**). Les grandes lignes de cette politique sont les suivantes:

1) Le but du Gouvernement est d'assurer à la population l'accès à des services de santé de base de qualité, s'inscrivant ainsi dans la philosophie de l'OMS "Santé Pour Tous en l'an 2.000".

2) La stratégie retenue pour atteindre ce but est le développement des soins de santé primaires, à travers la délivrance de prestations de santé identifiées au niveau du district (Paquet Minimum d'Activités du centre de santé, et Paquet Complémentaire d'Activités de l'hôpital de district).

3) La priorité est donc la mise en place d'un niveau périphérique opérationnel c-à-d le district. Ceci implique à la fois une couverture sanitaire selon le plan de découpage adopté (égalité d'accès), mais aussi la formation initiale et continue du personnel (qualité des soins et des services), et la définition d'un mode de fonctionnement pour en assurer la pérennité (décentralisation de la responsabilité, de l'autorité et du budget, recouvrement des coûts, etc...).

ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU TCHAD

Le modèle de santé qui existe au Tchad est un modèle pyramidal à 3 niveaux: central, intermédiaire, et périphérique (cf. **annexe 2**).

Le Niveau Central

Le niveau central comprend les Directions du MSP et les Institutions Nationales, de même que certains Programmes nationaux.

En plus de la Direction Générale et de la Direction Générale Adjointe, les Directions Techniques du MSP sont au nombre de 4:

- Direction des Ressources Humaines
- Direction des Activités de Santé
- Direction des Etablissements Sanitaires
- Direction de la Planification et de la Formation

Les Institutions Nationales sont au nombre de 4:

- L'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS)
- Le Centre National d'Appareillage et de Rééducation (CNAR)
- La Pharmacie d'Approvisionnement du Secteur Public (PASP)
- l'Hopital Général de Référence Nationale (HGRN).

Le rôle du niveau central est la conception et l'orientation de la politique sanitaire du pays. Il doit élaborer les politiques de santé, coordonner les aides extérieures, superviser, évaluer et contrôler les programmes nationaux et le niveau intermédiaire.

Le Niveau Intermédiaire

Le niveau intermédiaire est la Délégation Préfectorale Sanitaire (DPS).
Chaque DPS correspond aux limites administratives de sa préfecture, et comprend une Direction de la DPS et un Hôpital Central de Préfecture (HCP).

Le rôle du niveau intermédiaire est stratégique. Il a en charge la coordination de la mise en oeuvre des politiques retenues en les adaptant aux réalités locales, appuyer techniquement les districts sanitaires.

Le Niveau Périphérique

Le niveau périphérique est le District Sanitaire (DS).
Chaque DS comprend une Direction de District et 2 échelons de soins: le centre de santé (1° échelon) correspondant à chaque zone de rsponsabilité et l'hôpital de district (2° échelon).

Le rôle du niveau périphérique est opérationnel. Il est chargé d'exécuter les activités définies par la politique sanitaire:

. le Paquet Minimum d'Activités (PMA) au niveau du centre de santé;
. le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) au niveau de l'hôpital de district.

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

Le PMA comprend les activités suivantes:

- La consultation curative primaire;
- Le dépistage des pathologies sociales;
- La consultation des enfants sains de 0 à 4 ans (y compris vaccinations, dépistages de la malnutrition);
- La prise en charge des femmes enceintes et en âge de procréer (consultations prénatales, accouchements normaux, et bien-être familial);
- La prise en charge des malades chroniques (malnutris, tuberculeux, lépreux ...) ;
- L'éducation socio-sanitaire intégrée aux autres activités et communication avec la population;
- Les activités de développement communautaire;
- L'organisation du système de référence vers l'hôpital de district et de contre-référence (orientation/recours).

Les activités de gestion ne sont pas explicitement citées dans le PMA, notamment celles en rapport avec la mise en place du recouvrement des coûts, malgré la part de plus en plus importante qu'elles occupent.

L'Hôpital de District (HD), reçoit les malades référés des 1ers échelons du district - ses activités sont complémentaires à celles des 1ers échelons.

Le PCA comprend les activités suivantes:

- La prise en charge des urgences médico-chirurgicales;
- La prise en charge des accouchements compliqués;
- La consultation de référence;
- L'hospitalisation;
- La fonction diagnostic de laboratoire;
- La fonction diagnostic de radiologie;
- Le système de contre-référence.

Le PCA correspond aux activités de prise en charge des malades référés - Dans un très petit nombre de cas, ces malades devront être encore référés à l'Hôpital Central de Préfecture (2ème niveau) pour des soins spécialisés.

L'équipe de District doit en plus assurer les fonctions de supervison, de formation/recyclage du personnel de Santé et de gestion de district.

Il est enfin très important de souligner que le développement de ces deux paquets d'activités doit être simultané pour une bonne efficacité et efficience du système de Santé.

Le plan de découpage sanitaire

C'est entre 1989 et 1991 que les réflexions sur le plan de découpage sanitaire ont commencé - l'année 1991 a vu l'aboutissement de ces réflexions au cours d'un Atélier national organié par PERI/BAD/BSPE/6è FED -

Ainsi, le Tchad est divisé 14 DPS: Batha, Borkou-Ennedi-Tibesti, Biltine, Chari-Baguirmi, Guéra, Kanem, Lac, Logone Occidental, Logone Oriental, Mayo-Kebbi, Moyen-Chari, Ouaddaï, Salamat et Tandjilé (cf. **annexe 3**).

Chaque DPS est divisée en DS, au nombre total de 46 (cf. **annexe 4**). L'hôpital central de préfecture (HCP) est situé dans le district où se situe le chef-lieu de préfecture. La couverture sanitaire totale comprend donc 14 HCP. Les HCP jouant le rôle d'hôpital de district dans leur district, le plan de découpage complet comprend donc 32 hôpitaux de district proprement dit.

Chaque DS est divisé en zones de responsabilité (ZR), le principal critère étant démographique: une ZR comprend environ 10.000 habitants. Chaque zone de responsabilité doit être couverte par un centre de santé. Le plan de découpage complet comprend 633 ZR.

Selon ce plan de découpage, les structures du système de santé du Tchad seraient, à terme, les suivantes:

. 4 Institutions Nationales
. 1 Hôpital Général de Référence Nationale
. 14 Directions de Délégations Préfectorales Sanitaires
. 14 Hôpitaux Centraux de Préfecture
. 46 Directions de District
. 32 Hôpitaux de District
. 633 Zones de Responsabilité

Il est à remarquer que le Tchad ne dispose pas encore d'un plan de couverture sanitaire proprement dit avec :

- une explicitation et une priorisation des objectifs pour une période donnée ;
- les résultats attendus : réalisation de la couverture géographique dans le temps et dans l'espace ;
- les moyens et les activités à entreprendre pour permettre l'atteinte des résultats désirés.

LE MODELE DE DEVELOPPEMENT DES DISTRICTS

Le modèle de développement des districts adopté par la CTS suit un raisonnement en 3 étapes:

1°) Les conditions d'opérationnalité des districts sont au nombre de quatre:

- des infrastructures
- des équipements
- du personnel
- un mode de fonctionnement (au sens large)

2°) Pour chacune de ces quatre conditions, des normes[1] sont nécessaires:

- normes architecturales des infrastructures;
- normes d'équipement aux différents niveaux;
- normes quantitatives et qualitatives en personnel de santé;
- normes de fonctionnement (au sens large).

3°) Une fois que des normes sont établies, la comparaison avec la situation existante mettra en évidence les lacunes à combler. La programmation dans le temps des activités à réaliser pour atteindre les normes retenues constitue les plans opérationnels.

Le rôle de la CTS est triple:

. décrire la situation actuelle des 46 districts pour chacune de leur quatre conditions d'opérationnalité;

. définir des normes architecturales, d'équipement, et de personnel pour les structures de santé au niveau national;

. concevoir des plans opérationnels pour la formation et le redéploiement du personnel de santé, la mise en place du système de recouvrement des coûts et la définition d'un statut juridique des Hôpitaux Centraux de Préfecture, des Hôpitaux de District et des Centres de Santé.

Ce faisant, elle lèvera un certain nombre de blocages qui empêchent actuellement les bailleurs de fonds de se positionner efficacement pour soutenir le développement des districts.

Pour chacune des études réalisées, la CTS a bénéficié de l'appui de consultants internationaux et nationaux et a impliqué les principaux partenaires extérieurs dans la réflexion à travers des ateliers et rencontres, selon une approche consensuelle et participative.

1: *le terme de "normes" doit être compris dans le sens d'un objectif opérationnel et adaptable et non pas dans le sens d'un standard rigide destiné à uniformiser les besoins de tous les districts.*

LA PLACE DES ETUDES DE LA CTS DANS LE MODELE DE DEVELOPPEMENT DES DISTRICTS

ETAPES CONDITIONS	ANALYSE DE SITUATION	NORMES	PLANIFICATION OPERATIONNELLE
INFRASTRUCTURES	La matrice des districts sanitaires au Tchad	La programmation fonctionnelle des infrastructures sanitaires au Tchad	La priorisation des investissements en santé au Tchad
EQUIPEMENT	La matrice des districts sanitaires au Tchad	La programmation fonctionnelle des infrastructures sanitaires au Tchad	La priorisation des investissements en santé au Tchad
PERSONNEL	La matrice des districts sanitaires au Tchad Le développement des ressources humaines pour la santé au Tchad: problématique, perspectives et impact	Rapport technique de l'atelier national de développement des ressources humaines pour la santé au Tchad	Plans nationaux de formation initiale et continue du personnel de santé 1994-2000. Plans de dotation et de redéploiement du personnel de santé
FONCTIONNEMENT	La matrice des districts sanitaires au Tchad	Bilan de la participation des populations au financement des services de santé au Tchad Le statut juridique des HCP, des HD et des Centres de Santé au Tchad	Le statut juridique des HCP, des HD et des Centres de Santé au Tchad. Bilan de la participation des populations au financement des services de santé au Tchad

PREMIER DOCUMENT:

LA MATRICE DES DISTRICTS SANITAIRES AU TCHAD

LA MATRICE DES DISTRICTS SANITAIRES AU TCHAD

Problématique du secteur:

Au moment de la Table Ronde, ni le MSP ni les bailleurs de fonds n'avaient une vision globale et complète de l'ensemble des interventions dans le domaine de la santé. L'appui des intervenants extérieurs au système de santé n'était recensé dans aucun document officiel permettant de situer le positionnement spatial et temporel des différentes agences, ainsi que les activités réellement soutenues. Il était par conséquent impossible d'évaluer les lacunes à combler par zone géographique et par domaine d'action afin de renforcer la mise en place de la politique sanitaire reposant sur le PMA et le PCA.

Objectifs de l'étude:

1. Décrire les infrastructures, les équipements, le personnel, et le fonctionnement de chacun des 46 DS;

2. Présenter les interventions des bailleurs de fonds et agences d'exécution dans le domaine de la santé publique, et plus particulièrement au niveau des DS.

Informations contenues dans le document:

- Description géographique, démographique, historique, ethnique, et administrative des 14 préfectures;
- Découpage en DS de chaque préfecture: nom, nombre, population;
- Découpage en zones de responsabilité de chaque DS: nom, nombre, population;
- Carte de couverture sanitaire de chaque préfecture en DS et ZR;
- Description géographique, administrative, ethnique et économique de chaque DS;
- Nombre de personnel et responsable de chaque centre de santé;
- ZR couvertes et non couvertes par un centre de santé;
- Existence, état, affiliation, et prise en charge actuelle ou à venir des infrastructures socio-sanitaires;
- Liste des équipements techniques principaux et moyens roulants existants par niveau du système de santé;
- Prise en charge actuelle des équipements de chaque district;
- Nombre de personnel, par catégorie, de chaque structure socio-sanitaire;

- Prise en charge des différents aspects du fonctionnement de chaque structure socio-sanitaire (Etat, population, aide extérieure);
- Existence ou non d'un recouvrement des coûts;

- Statistiques sur la couverture des DS en infrastructures et personnel;
- Partenaires intervenant dans chaque DS;
- Statistiques sur la couverture des Délégations Préfectorales Sanitaires en infrastructures et personnel;
- Partenaires intervenant dans chaque DPS;
- Description des projets de chaque intervenant extérieur: bailleurs de fonds, titre du projet, agence d'exécution, zones d'intervention, objectifs, et durée;
- Description des activités de développement des DS de chaque intervenant extérieur;
- Données sur l'hôpital général de référence nationale: état des bâtiments, équipements, et personnel par service;
- Synthèse statistique au niveau national: découpage sanitaire, infrastructures, personnel, et fonctionnement.

Référence du document:

Rohingalaou N., Cellule Technique de Suivi Santé/Affaires Sociales. "*Matrice des Districts Socio-Sanitaires*" - MSP/DG/CTS - N'Djaména, juillet 1994.

RESUME DU DOCUMENT

Concernant la couverture sanitaire, le Tchad compte 46 districts sanitaires et 655 zones de responsabilité (ZR). Parmi celles-ci, on compte 43 ZR à population non determinée. Parmi les ZR à population connue, on distingue 2 niveaux de concentration : i) faible (< 5.000 habitants) : 112 sur 655, soit 17,0% et ii) forte (> 15.000 habitants) : 44 sur 655, soit 6,7%. L'éventualité d'un nouveau découpage en ZR se pose dans quelques districts de la Tandjilé, du kanem et du Salamat. Parmi les 14 Directions de Délégation Préfectorale Sanitaire (DPS), 11 existent soit 78,6%. Parmi celles-ci, 6 sont en bon état (54,5%), 3 nécessitent une réhabilitation/extension (R/E) dont la prise en charge est prévue (27,3%) et 2 nécessitent une R/E dont la prise en charge n'est pas assurée (18,2 %). Les 3 Directions de DPS restant à construire n'ont pas de prise en charge prévue. Sur les 14 Hôpitaux Centraux de Préfecture (HCP), 13 existent dont 2 sont en bon état (15,4 %), 7 nécessitent une R/E dont la prise en charge est assurée (53,8%) et 4 nécessitent une R/E dont la prise en charge n'est pas assurée (30,8%).

1 HCP n'existe pas, mais sa construction est prévue (Diguel, Chari-Baguirmi). Sur les 46 Directions de Districts (DD) prévues 19 (soit 41,3%) existent dont 9 sont en bon été (47,4%), 6 nécessitent une R/E dont la prise en charge est prévue (31,6%) et 4 nécessitent une R/E dont la prise en charge n'est pas assurée (21%) . 27 DD (soit 58,7%) n'existent pas dont 6 ont une construction déjà prise en charge. Sur les 32 Hôpitaux de District (HD) nécessaires, 25 existent (soit 78,1%) dont 7 sont en bon état (28%), 13 nécessitent une R/E dont la prise en charge est prévue (52%) et 5 nécessitent une R/E dont la prise en charge n'est pas prévue (20%). 7 HD sont à construire dont 5 sont déja pris en charge. Enfin, 4 HD sont confessionnels (Bebalem, Goundi, Béré et Bébidjia). Parmi les 655 ZR recensées, 373 (soit 57%) sont couvertes par un Centre de Santé (CS) dont 87 (Soit 23%) sont à réhabiliter, parmi lesquels 37 (soit 42,5%) ont trouvé une prise en charge et 286 (soit 77%) sont en bon état. 282 ZR (soit 43%) ne sont pas couvertes par un CS, dont 81 (soit 28,7%) ont leur construction déjà prévue et 201 (soit 71,3%) n'ont pas de prise en charge pour leur construction. 29,9% des CS sont gérés par un personnel de niveau Infirmier Diplômé d'Etat (IDE). Le ratio nombre de Personnel/100.000 habitants est de 1,4 pour les médecins; 2,8 pour les (IDE); 1,1 pour les Sages-Femmes Diplômées d'Etat; 2,5 pour le personnel social qualifié; et 15 pour le personnel infirmier qualifié. Toutes les DPS ont au moins un bailleur de fonds principal qui prend en charge le fonctionnement des districts (entre autres les médicaments essentiels): UE/7ème FED pour les 8 Préfectures Sahéliennes (Batha, BET, Biltine, Guéra, Kanem, Lac, Ouaddaï, Salamat); Coopération Suisse ITS pour le Chari-Baguirmi; Coopération Suisse/ITS et l'USAID pour le Moyen-Chari; MSF pour le Mayo-Kebbi; Banque Mondiale/PADS et UNICEF pour la Tandjilé; Coopération Française/FAC pour le logone Occidental; et ONG confessionelles pour le Logone Oriental. Bien que 91,6% des CS soient approvisionnés en médicaments essentiels, 27,7% seulement pratiquent le recouvrement des coûts.

DEUXIEME DOCUMENT:

LA PROGRAMMATION FONCTIONNELLE DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES AU TCHAD

LA PROGRAMMATION FONCTIONNELLE DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES AU TCHAD

Problématique du secteur:

La couverture sanitaire du pays, conformément au plan de découpage, implique la construction et la réhabilitation ou l'extension de nombreuses infrastructures sanitaires. Les bailleurs de fonds qui soutiennent cet aspect du développement des districts se heurtent tous au même problème: l'absence de normes architecturales officielles. Ceci oblige chaque intervenant à répéter à chaque projet la même étude, ce qu'ont fait à ce jour la BAD, l'UE, et la Banque Mondiale.

Objectifs de l'étude:

1. Définir des normes architecturales pour les centres de santé et les hôpitaux périphériques en fonction des normes en personnel retenues;

2. Evaluer les coûts de construction et de maintenance des centres de santé et des hôpitaux périphériques;

3. Etablir des normes en équipement médical pour les centres de santé et les hôpitaux de district.

Informations contenues dans le document:

- Principes architecturaux de base pour la construction des centres de santé et hôpitaux de district;
- Scénarios de développement du plan de couverture sanitaire en infrastructures: critères de priorisation;
- Quantification et localisation des besoins en infrastructures;
- Normes architecturales d'un centre de santé en zone urbaine;
- Coûts de construction et de maintenance d'un centre de santé en zone urbaine;
- Normes d'équipement d'un centre de santé en zone urbaine;
- Affectation des équipements dans un centre de santé en zone urbaine;
- Normes architecturales d'un centre de santé en zone rurale;
- Coûts de construction et de maintenance d'un centre de santé en zone rurale;
- Normes d'équipement d'un centre de santé en zone rurale;
- Affectation des équipements dans un centre de santé en zone rurale;
- Normes architecturales d'un hôpital de district;
- Coûts de construction et de maintenance d'un hôpital de district;

- Normes d'équipement d'un hôpital de district;
- Affectation des équipements dans un hôpital de district;
- Etat actuel de la couverture et des besoins en centres de santé;
- Etat actuel de la couverture et des besoins en hôpitaux de district;
- Programmation des centres de santé dans les districts possédant un hôpital de district;
- Programmation des hôpitaux de district;
- Coefficients d'éloignement pour les coûts de construction;
- Augmentation prévisionnelles des coûts liée à la dévaluation.

Référence du document:

Waechter J., Cellule Technique de Suivi Santé/Affaires Sociales. "*La Programmation Fonctionnelle des Infrastructures Sanitaires au Tchad*" - MSP/DG/CTS - N'Djaména, Juin 1994, 47pp.

RESUME DU DOCUMENT

Les normes architecturales sont de 125m² de surfaces brutes pour un Centre de Santé urbain et 169m² pour un Centre de Santé rural. Elles ont été conçues pour une équipe de 3 personnes. Les coûts de construction sont estimés à 36.335.000 CFAs pour un Centre de Santé rural et 26.875.000 CFAs pour un Centre de Santé urbain. Le coût unitaire est le même: 215.000 CFAs par m². Les normes architecturales d'un Hôpital de District sont estimées à 1.261m² pour 21 personnes. Le coût total de construction d'un Hôpital de District est évalué à 315.250.000 CFAs, pour un coût unitaire de 250.000 CFAs par m². Tous les coûts sont donnés en Francs CFA après dévaluation. L'impact de la dévaluation de 50% du Franc CFA a conduit à une majoration des coûts avant dévaluation de 78.2% pour un Hôpital de District et 76.2% pour un Centre de Santé. Il ne s'agit que d'une estimation susceptible d'évoluer avec le temps. De plus, des coefficients d'éloignement variant de 10% (Kanem) à 50% (B.E.T.) doivent être appliqués et viennent majorer ces coûts. Des normes d'équipement ont été définies pour les Centres de Santé urbain et rural, ainsi que pour l'Hôpital de District. Ces normes demandent à être validées par un consensus, mais constituent un point de départ dans la réflexion. Les coûts des équipements n'ont pas été estimés car ils varient fortement avec le fournisseur, le modèle, la marque, etc... ce qui en diminue toute précision. Deux scénarios de programmation des infrastructures ont été envisagés. Le premier concerne les districts ne possédant pas d'Hôpital de District et pour qui le critère de priorisation pour leur construction est la population. Dans ce cas, la priorité va de la plus forte à la plus faible population. Le deuxième concerne les districts possédant un Hôpital de District et pour lesquels le critère de priorisation de la construction des Centres de Santé est le taux d'occupation des lits de l'Hôpital de District. Dans ce cas, la priorité va du plus faible au plus fort taux d'occupation. Il n'a pas été possible au cours de cette étude de définir les normes architecturales d'une direction de district , d'une direction de la Délégation Préfectorale Sanitaire ni d'un Hôpital Central de Préfecture, ainsi que celles des infrastructures du niveau Central et leurs équipements par contraintes de temps et de manque d'informations pertinentes à ces niveaux.

TROISIEME DOCUMENT:

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

25

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

Problématique du secteur:

L'insuffisance quantitative et qualitative en ressources humaines est le premier obstacle au développement du système de santé Tchadien. Aucune norme en personnel n'existe officiellement et la planification de la formation ou du redéploiement s'en trouve handicapée. Le fonctionnement de l'ENASS et de la FACSS reste un point de blocage entre le MSP et les Bailleurs de fonds. Ces derniers ont supprimé leur appui à la formation locale des infirmiers, et refusent de s'engager à soutenir une formation locale de médecins dans un contexte défavorable.

Objectifs de l'étude:

1. Définir, par consensus, des normes en personnel par niveau du système de santé;

2. Obtenir, par consensus, des principes généraux sur l'administration et la gestion du personnel de santé;

3. Définir les grandes lignes de la formation initiale et la formation continue du personnel de santé.

Informations contenues dans le document:

A. Informations Générales

- Effectif du personnel du MSP;
- Ratio population par Médecins, IDE, et SFDE par Délégation Préfectorale Sanitaire;
- Liste du personnel de santé en instance d'intégration dans la fonction publique;
- Etudiants en formation à la FACSS;
- Liste des étudiants en sciences de la santé en formation initiale à l'étranger;
- Description de 5 méthodes d'estimation des besoins futurs en personnel de santé;
- Synthèse des études sur le plan de dotation en personnel et la définition de normes;

B. Plans de Dotation et de Redéploiement du Personnel

- Liste des catégories de personnel de santé nécessaires et leur répartition aux différents niveaux du système de santé;
- Normes stratégiques et opérationnelles en personnel pour les niveaux intermédiaires et périphériques du système de santé;
- Normes stratégiques et opérationnelles en personnel pour l'HGRN;
- Liste des contraintes au redéploiement du personnel;
- Propositions de mesures d'accompagnement sociales, économiques et politiques au redéploiement du personnel de santé;

C. Administration et Gestion du Personnel

- Liste des textes officiels régissant l'administration et la gestion des personnels de santé;
- Liste des problèmes d'administration et de gestion du personnel de santé rencontrés aux niveaux périphériques et central;
- Identification des causes et propositions de solutions aux problèmes d'administration et de gestion rencontrés aux niveaux périphériques et central;
- Stratégies d'implantation des solutions aux problèmes d'administration et de gestion du personnel;
- Estimation du coût de mise en oeuvre des solutions aux problèmes de gestion et d'administration du personnel de santé;

D. La Formation Initiale des Cadres Moyens et Intermédiaires de la Santé

- Définition des activités, tâches, et profil de sortie synthétique des catégories de personnel nécessaires pour assurer le PMA;
- Définition des activités, tâches, et profil de sortie synthétique des catégories de personnel nécessaires pour assurer le PCA;
- Définition des activités, tâches, et profil de sortie synthétique des catégories de personnel social nécessaires pour assurer le PCA social au niveau du district;
- Liste des catégories prioritaires de personnel paramédical à former d'ici l'an 2000;
- Liste des catégories prioritaires de personnel social à former d'ici l'an 2000;
- Répartition des catégories de personnel paramédical par postes, fonctions, et tâches;
- Répartition des catégories de personnel social par postes, fonctions, et tâches;
- Principales orientations pour la formation des catégories prioritaires de personnel, concernant les programmes, les élèves, le contenu, les enseignants, l'administration, et les resssources;

- Principales orientations pour la formation initiale à l'étranger du personnel paramédical;
- Ressources et budget nécessaires pour la formation du personnel paramédical à l'ENASS;
- Stratégies d'implantation du plan de formation initiale du personnel paramédical et social;

E. La Formation Initiale des Cadres Supérieurs de la Santé

- Liste des catégories de médecins à former selon 4 niveaux de priorité, et estimation des besoins quantitatifs;
- Liste des catégories de techniciens supérieurs et agents de niveau maîtrise à former selon 4 niveaux de priorité, et estimation des besoins quantitatifs;
- Durée et lieux de formation à l'étranger des médecins spécialistes d'ici l'an 2000;
- Durée et lieux de formation à l'étranger des techniciens supérieurs et agents de niveau maîtrise d'ici l'an 2000;
- Rôle et orientations souhaitées de la FACSS dans la formation des cadres supérieurs de la santé;
- Programme actuel de formation des médecins à la FACSS;
- Scénarios possibles du rôle de la FACSS dans la formation des cadres supérieurs de la santé;
- Propositions d'affectation des cadres supérieurs de la santé dans les différentes catégories d'hôpitaux;
- Estimation comparée des coûts de formation selon la catégorie de personnel et le lieu de formation;

F. La Formation Continue du Personnel de Santé

- Liste des formations continues ayant eu lieu entre 1990 et 1993 pour le personnel de santé;
- Liste des thèmes prioritaires pour la formation continue du personnel de santé;
- Scénarios de formation continue pour les thèmes prioritaires retenus au 1° échelon;
- Scénarios de formation continue pour les thèmes prioritaires retenus au 2° échelon;
- Scénarios de formation continue pour les thèmes prioritaires retenus au niveau intermédiaire;
- Scénarios de formation continue pour les thèmes prioritaires retenus au niveau central;
- Liste des formations continues à l'étranger pour la période 1994-2000:
- Le système de la formation continue, avec la définition de fonctions de chaque niveau;
- Synthèse des scénarios de formation continue;
- Liste des formations continues ayant eu lieu entre 1990 et 1993 pour le personnel social;

- Liste des formations continues retenues dans le domaine social de 1994 à 2000;
- Budget estimatif pour les formations continues souhaitées de 1994 à 2000;

Référence du document:

Cellule Technique de Suivi Santé/Affaires Sociales. "*Rapport Technique de l'Atelier National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tchad*" - MSP/DG/CTS - N'Djaména, Mars 1994, 198pp.

RESUME DU DOCUMENT

Les normes opérationnelles suivantes en personnel ont été retenues aux différents niveaux du système de santé: 7 personnels dans un centre de santé rural, 8 en zone urbaine; 23 personnels à l'hôpital de district; 8 personnels à la direction de district; 62 personnels à l'hôpital central de préfecture; 12 personnels à la direction de la délégation préfectorale sanitaire; et 380 personnels à l'hôpital général de référence nationale. Les principales solutions suivantes aux problèmes de gestion et d'administration des personnels de santé ont été proposées: la définition précise des profils des postes budgétaires; la réorganisation de la division des ressources humaines; le dégagement du personnel non nécessaire selon des critères d'inaptitude objectifs; l'affectation du personnel en fonction de critères transparents; la décentralisation de l'autorité et de la responsabilité des affectations de personnel aux délégués des préfectures sanitaires; le paiement régulier des salaires; la définition de plans de carrière motivant l'acceptation des postes en province. La définition des profils de sortie synthétiques des personnels nécessaires pour l'application du PMA et du PCA met en évidence les besoins en personnel social dans les structures de santé. La formation locale, à l'ENASS, du personnel paramédical est possible pour toutes les catégories prioritaires de personnel. Les besoins supplémentaires en médecins généralistes ont été estimés à 90 d'ici l'an 2000. Leur formation sur place reste problématique étant donné la faible viabilité financière et technique de la FACSS. Les scénarios alternatifs poposés envisagent une partie de la formation dans un autre pays africain. Un symposium a été proposé pour discuter des problèmes spécifiques de la FACSS. Le manque de coordination des formations continues pourrait être limité avec la création d'une Cellule d'Appui Pédagogique qui renforcerait la division de la formation du MSP, et une Commission Nationale de Formation.

QUATRIEME DOCUMENT:

PLANS NATIONAUX DE FORMATION INITIALE ET DE FORMATION CONTINUE DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE 1994-2000

31

PLANS NATIONAUX DE FORMATION INITIALE ET DE FORMATION CONTINUE DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE 1994-2000

Problématique du secteur:

Lors de la Table Ronde Sectorielle "Santé/Affaires Sociales", la formation du personnel de santé a été reconnue unanimement comme le point de blocage principal au renforcement du système de santé. En effet, la capacité de gestion des services de santé est insuffisante à tous les niveaux, les besoins qualitatifs et quantitatifs en personnel sont importants, les profils et tâches sont insuffisamment définis, et les écoles nationales (ENASS et FACSS) connaissent des problèmes importants remettant en cause leur viabilité technique et financière à court-terme. Le soutien à moyen terme à la formation du personnel de santé passe par la conception d'un plan national de formation initiale et continue. Ces plans constituent une condition indispensable à l'impact sur la santé de la population d'un engagement plus général des intervenants extérieurs.

Objectifs de l'étude:

1. Concevoir un plan national de formation initiale des cadres moyens et intermédiaires de la santé 1994-2000;

2. Concevoir un plan national de formation initiale des cadres supérieurs de la santé 1994-2000;

3. Concevoir un plan national de formation continue du personnel de santé 1994-2000.

Informations contenues dans le document:

A. <u>Plan National de Formation Initiale des Cadres Moyens et Intermédiaires de la Santé 1994-2000</u>

- Répartition des cadres moyens et intermédiaires par poste, par fonction, et par tâche;
- Besoins quantitatifs et qualitatifs en cadres moyens et intermédiaires de la santé de priorité 1: IDE, IB, SFDE, Agent social;
- Formation des Infirmiers Diplômés d'Etat 1994-2000;
- Formation des Infirmiers Brevetés 1994-2000;
- Formation des Sage-Femmes Diplômées d'Etat 1994-2000;
- Formation des Agents Sociaux 1994-2000;

- Besoins quantitatifs et qualitatifs en cadres moyens et intermédiaires de la santé de priorité 2: technicien de laboratoire, assistant social, technicien d'assainissement, technicien de radiologie, préparateur en pharmacie, technicien anesthésiste;
- Formation des cadres moyens et intermédiaires de priorité 2, 1994-2000;
- Formation des Techniciens de Laboratoire 1994-2000;
- Formation des Techniciens d'Assainissement 1994-2000;
- Formation des Techniciens de Radiologie 1994-2000;
- Formation des Préparateurs en Pharmacie 1994-2000;
- Formation des Techniciens Anesthésistes 1994-2000;
- Organisation du système enseignant des cadres moyens et intermédiaires: élèves, programmes, enseignants, et environnement;
- Indicateurs de suivi et d'évaluation du plan de formation initiale des cadres moyens et intermédiaires de la santé;
- Calendrier d'exécution du plan de formation initiale des cadres moyens et intermédiaires de la santé;
- Coût et budget du plan de formation initiale des cadres moyens et intermédiaires de la santé;

B. Plan National de Formation Initiale des Cadres Supérieurs de la Santé 1994-2000

- Répartition des différentes catégories de cadres supérieurs de la santé aux divers niveaux du système de santé;
- Besoins quantitatifs en médecins spécialistes;
- Besoins quantitatifs en médecins généralistes, pharmaciens, et dentistes;
- Besoins quantitatifs en techniciens supérieurs et agents de niveau maîtrise;
- Organisation du système enseignant des cadres supérieurs de la santé: élèves, programmes, enseignants, et environnement;
- Indicateurs de suivi et d'évaluation du plan de formation initiale des cadres supérieurs de la santé;
- Calendrier d'exécution du plan de formation initiale des cadres supérieurs de la santé;
- Coût et budget du plan de formation initiale des cadres supérieurs de la santé.

C. Plan National de Formation Continue des Ressources Humaines pour la Santé 1994-2000

- Besoins en formation continue;
- Fonctions pondérées des différentes catégories de personnel par niveau du système de santé;
- Thèmes prioritaires et scénarios de formation continue pour le centre de santé;

- Thèmes prioritaires et scénarios de formation continue pour l'hôpital de district;
- Thèmes prioritaires et scénarios de formation continue pour la direction de la délégation préfectorale;
- Thèmes prioritaires et scénarios de formation continue pour l'hôpital central de préfecture;
- Thèmes prioritaires et scénarios de formation continue pour le niveau central du MSP;
- Thèmes des modules de formation continue à élaborer;
- Scénarios et méthodes pédagogiques de formation continue;
- Organisation du système de formation continue: Commission Nationale de Formation, et Cellule d'Appui Pédagogique;
- Formation complémentaire des nouveaux médecins de district;
- Formation continue à l'étranger;
- Indicateurs de suivi et d'évaluation du plan de formation continue;
- Calendrier d'exécution du plan de formation continue du personnel de santé;
- Coût et budget du plan de formation continue du personnel de santé.

Référence du document:

Mutabaruka E., Cellule Technique de Suivi Santé/Affaires Sociales. "*Plans Nationaux de Formation Initiale et de Formation Continue des Ressources Humaines pour la Santé 1994-2000*" - MSP/DG/CTS - N'Djaména, Février 1994, 114pp.

RESUME DU DOCUMENT

Trois plans nationaux de formation du personnel de santé sont présentés pour la période 1994-2000. Le plan de formation initiale des cadres moyens et intermédiaires prévoit la formation, à l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS) de N'djaména, de 620 Infirmiers Diplômés d'Etat, 102 Infirmiers Brevetés, 100 Sage-Femmes, 100 Adjoints Sociaux, 40 Techniciens Biomédicaux, 50 Manipulateurs de Radiologie, 50 Préparateurs en Pharmacie, et 50 Techniciens Anesthésistes. Le coût total de ce plan est de 2.389.755.000 CFAs. Le plan de formation initiale des cadres supérieurs prévoit la formation de 40 Médecins Généralistes, 62 Médecins Spécialistes, 6 Pharmaciens, 6 Chirurgiens-Dentistes, et 178 Techniciens Supérieurs et Agents de niveau maîtrise. Seuls les Médecins Généralistes et certains Techniciens Supérieurs seront formés à la Faculté des Sciences de la Santé (FACSS) de N'djaména. Les autres seront formés en Afrique, sauf certains spécialistes en Europe. Le coût total de ce plan est de 3.351.670.000 CFAs. Le plan de formation continue du personnel de santé prévoit 3 thèmes prioritaires: la santé maternelle et infantile, la lutte contre la maladie, et la gestion des services de santé. La population-cible prioritaire est le personnel des niveaux périphérique (district) et intermédiaire (délégation préfectorale sanitaire). Le coût total de ce plan est de 2.864.944.500 CFAs. Une assistance technique importante est proposée sous forme de 18 personnels expatriés, principalement des Volontaires des Nations-Unies. La priorité est donnée à la formation de formateurs et l'urgence de faire fonctionner l'ENASS dès 1994 est soulignée. La mise en place de ces plans nécessite un renforcement institutionnel sous forme d'une Cellule Pédagogique qui conseillerait la Divison de la Formation du Ministère de la Santé Publique, et d'une Commission Nationale de Formation. Cette dernière est une instance interministérielle qui a pour rôle l'homologation, le suivi, l'évaluation, et la validation des formations.

CINQUIEME DOCUMENT:

PLANS DE DOTATION ET DE REDEPLOIEMENT DU PERSONNEL DE SANTE

PLANS DE DOTATION ET DE REDEPLOIEMENT DU PERSONNEL DE SANTE

Problématique du secteur:

Le personnel de santé est très inégalement réparti sur le territoire. En effet, 32% du personnel de santé, toutes catégories confondues, se trouve à N'djaména, alors que seulement 8% de la population y vit. Lorsque l'on considère la répartition par catégorie, le déséquilibre est encore plus grand: 56% des médecins, 81% des SFDE, 34% des IDE, et 26% ds IB/AT sont à N'Djaména. Bien que le pays soit déficitaire en personnel pour chacune des 4 catégories précédentes, certaines préfectures sont excédentes par rapport aux normes alors que d'autres sont déficitaires. Ce déséquilibre handicape le fonctionnement des services (presque 58% des centres de santé sont gérés par des manoeuvres) et le développement des districts. En effet, le découpage sanitaire prévoit la construction de nouvelles structures pour lesquelles le personnel ne sera pas disponible si un minimum de redéploiement n'est pas réalisé. Les causes de la concentration excessive du personnel qualifié dans la capitale sont bien connues et liées à l'aspect peu attractif des postes en province.

Objectifs de l'étude:

1. Proposer un plan de dotation en personnel de santé destiné à compenser les déséquilibres régionaux;

2. Proposer des mesures concrètes pour l'application d'un plan de redéploiement du personnel de santé.

Informations contenues dans le document:

- La situation actuelle du personnel de santé: nombre d'agents par catégorie;
- La répartition géographique du personnel de santé par catégorie et par délégation préfectorale sanitaire;
- Les ratios population/personnel par délégation préfectorale sanitaire, pour les médecins, IDE, et SFDE:
- Le nombre de personnel de santé pour 100.000 habitants, par catégorie et par zone géographique;
- Les normes stratégiques et opérationnelles en personnel de santé par structure et niveau du système de santé;

- Les besoins en médecins généralistes pour 1994;
- Les besoins en Infirmiers Diplômés d'Etat pour 1994;
- Les besoins en Sage-Femmes Diplômées d'Etat pour 1994;
- Les besoins en Infirmiers Brevetés pour 1994;
- Les besoins en médecins généralistes pour l'an 2000;
- Les besoins en Infirmiers Diplômés d'Etat pour l'an 2000;
- Les besoins en Sage-Femmes Diplômées d'Etat pour l'an 2000;
- Les besoins en Infirmiers Brevetés pour l'an 2000;
- Les besoins en médecins généralistes, IDE, SFDE et IB, par délégation préfectorale sanitaire, pour 1994;
- Les besoins en médecins généralistes, IDE, SFDE et IB, par délégation préfectorale sanitaire, pour l'an 2000;
- Le niveau de satisfaction des normes en personnel de chaque DPS pour les médecins, IDE, SFDE, et IB;
- Les mouvements nécessaires et possibles en médecins, IDE, SFDE, et IB pour un reéquilibrage régional;
- Les scénarios possibles de redéploiement du personnel;
- Les textes officiels régissant l'administration et la gestion du personnel de santé;
- Liste des problèmes d'administration et de gestion du personnel de santé rencontrés aux niveaux périphériques et central;
- Identification des causes et propositions de solutions aux problèmes d'administration et de gestion rencontrés aux niveaux périphériques et central;
- Stratégies d'implantation des solutions aux problèmes d'administration et de gestion du personnel;
- Estimation du coût de mise en oeuvre des solutions aux problèmes de gestion et d'administration du personnel de santé;
- Les stratégies de renforcement de la décentralisation;
- Les mesures d'accompagnement destinées à inciter le personnel à accepter un poste en province en rendant ceux-ci plus attractifs;
- L'estimation du coût des mesures proposées pour le redéploiement;
- Les stratégies d'implantation des plans de dotation et de redéploiement.

Référence du document:

Laporte JD., Cellule Technique de Suivi Santé/Affaires Sociales. "*Plans de Dotation et de Redéploiement du Personnel de Santé 1994-2000*" - MSP/DG/CTS - N'Djaména, Mai 1994, 110pp.

RESUME DU DOCUMENT

L'impact que l'on peut attendre d'un redéploiement du personnel est relativement modéré. En effet, les principales catégories de personnel de santé qualifié sont déficitaires et le redéploiement de personnel non qualifié n'est d'aucun intérêt. Un redéploiement qui tendrait vers la satisfaction des normes opérationnelles en personnel retenues lors de l'Atelier National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé, aurait pour seul effet d'équilibrer le déficit parmi les Délégations Préfectorales Sanitaires. Ainsi, 18 médecins seraient actuellement mobilisables pour la province, ce qui satisferait 86% des normes dans les structures existantes. Le redéploiement immédiat de 31 sage-femmes permettrait de satisfaire 46% des besoins sur l'ensemble du territoire; 17 Infirmiers Diplômés d'Etat seulement sont mobilisables, ce qui permettrait d'atteindre dans toutes les préfectures la moyenne nationale de 23% de satisfaction des besoins. Enfin, 126 Infirmiers Brevetés seraient mobilisables, ce qui permettrait d'égaliser la satisfaction des besoins à 87% sur tout le territoire. Au total, c'est 192 personnels sur 1.063 qui seraient mobilisables, soit 18% du personnel de ces quatre catégories. Le principal obstacle au redéploiement est le peu d'attractivité des postes en province: salaires non payés, absence de plans de carrière favorables, absence d'une gestion transparente des affectations. Les mesures suggérées sont: 1) d'appliquer les textes existants sur l'administration et la gestion du personnel, et notamment l'affectation par postes budgétaires; 2) décentraliser le pouvoir de gestion des personnels aux Délégations Préfectorales Sanitaires; 3) mettre en place une véritable gestion des ressources humaines au sein d'une direction où chaque agent serait responsable de suivre tous les aspects de la gestion d'environ 500 dossiers; 4) entreprendre le dégagement du personnel inapte, estimé à 20% du total; 5) mettre en place des mesures d'accompagnement pour rendre les postes plus attractifs en province: préférence pour le paiement des salaires, facilités de logement, avancement de carrière plus rapide, moyens de travail renforcés. La stratégie adoptée pour un redéploiement doit satisfaire d'abord tous ces préalables, et nécessitera une forte volonté politique.

SIXIEME DOCUMENT:

BILAN DE LA PARTICIPATION DES POPULATIONS AU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE AU TCHAD

BILAN DE LA PARTICIPATION DES POPULATIONS AU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE AU TCHAD

Problématique du secteur:

Depuis l'adhésion du Tchad en 1989, aux principes de base de l'Initiative de Bamako, de nombreux projets ont inscrit dans leurs stratégies le recouvrement des coûts. La participation financière des utilisateurs des services de santé est une condition à la pérennité du fonctionnement de ces services. L'engouement des intervenants pour la mise en place d'un système approprié de recouvrement des coûts se heurte à l'inexpérience de certaines agences en ce domaine. Les leçons tirées des expériences précédentes de certains partenaires n'ont jamais été mises en commun. Des principes directeurs de base adaptés à la situtation Tchadienne n'ont jamais été clairement édictés. De plus, la récente dévaluation du franc CFA peut remettre en cause la viabilité financière des systèmes de recouvrement des coûts.

Objectifs de l'étude:

1. Faire la synthèse des expériences de recouvrement des coûts existant au Tchad;

2. Faire des recommandations générales pouvant servir de principes directeurs pour la mise en place d'une stratégie de recouvrement des coûts;

3. Evaluer l'impact de la dévaluation sur les systèmes de recouvrement des coûts.

Informations contenues dans le document:

- Description de 8 expériences de participation des populations au financement des services de santé;
- Problématique du recouvrement des coûts au niveau d'un centre de santé;
- Problématique du recouvrement des coûts au niveau d'un hôpital de district;
- Problématique du recouvrement des coûts au niveau d'un district;
- Localisation géographique des expériences de recouvrement des coûts au Tchad;
- La constitution et le fonctionnement des comités de gestion;
- La problèmatique du bénévolat des membres des comités;
- Les systèmes de tarification existants;
- Les niveaux de tarifs et de recouvrement au 1° échelon;
- Les niveaux de tarifs et de recouvrement au 2° échelon;
- La problématique des non-payants et des indigents;
- La distribution des coûts de la santé entre partenaires;
- Le circuit du patient;
- Les sources d'approvisionnement en médicaments;
- Les circuits des médicaments;
- Les circuits de l'argent;

- Le suivi de la qualité des services et des soins;
- Les conséquences générales de la dévaluation;
- Les conséquences de la dévaluation sur les services fonctionnant avec la participation financière des populations;
- Les mesures d'accompagnement de la dévaluation;
- Recommandations générales pouvant servir de principes directeurs à la mise en place du recouvrement des coûts.

Référence du document:

Schmets G., Cellule Technique de Suivi Santé/Affaires Sociales. "*Bilan de la Participation des Populations au Financement des Services de Santé*" - MSP/DG/CTS - N'Djaména, Mai 1994, 45pp.

RESUME DU DOCUMENT

Huit expériences de participation financière des populations aux services de santé du Tchad ont été étudiées. Elles concernent au total 6 Hôpitaux de District et 67 Centres de Santé. Le principe du recouvrement des coûts est appliqué en priorité pour l'achat des médicaments, le fonctionnement courant, et les primes du personnel. Un taux de recouvrement de 100% de ces dépenses semble réaliste dans les centres de santé, mais pas dans les hôpitaux de district où seulement 25% des dépenses de fonctionnement sont actuellement recouvrées. La viabilité financière dépend du mode de paiement choisi, mais surtout de l'implication de la population dans la gestion à travers des comités réellement représentatifs. Le bénévolat de leurs membres peut poser un problème de pérennité du système dû à une baisse de motivation à long terme. Le statut de ces comités devrait être celui d'une Association Sans But Lucratif qui définit elle-même son mode de fonctionnement. Tout arrêté voulant leur imposer des règles de fonctionnement est un facteur de rigidité visant à uniformiser le système et entrainant donc sa disparition. Alors que l'harmonisation recherchée impose une grande souplesse pour adapter les systèmes à des contextes différents. Le paiement à l'épisode (forfait) est le plus fréquent, mais semble poser plus de problèmes que le paiement à l'acte et au médicament qui est plus transparent et plus viable à terme. Le prix moyen d'une consultation curative est d'environ 500 CFA. Il n'y a pas de couplage entre le circuit de l'argent et celui du médicament, c-à-d que l'argent collecté ne sert pas réellement à racheter des médicaments mais à financer des activités annexes, notamment de sanitation. Ceci est dû au fait que les bailleurs de fonds ont prévu l'approvisionnement en médicaments dont le rachat par la population n'est pas réel. Seule 5% de la population est reconnue comme indigente, mais nous n'avons pas assez d'informations sur le nombre d'exclus du système de soins au Tchad. La dévaluation de 50% du Franc CFA ne devrait pas avoir d'impact sur la viabilité des expériences de recouvrement des coûts en cours car d'une part le bailleur de fonds concerné achète les médicaments essentiels en devises, et d'autre part les mesures d'accompagnement ont prévu la subsidiation des médicaments pendant 1 an. L'attention doit être portée sur 2 points prioritaires: 1) le système de recouvrement des coûts doit être considéré comme un supplément aux ressources publiques affectées à la santé, et non pas comme une situation aboutissant au désengagement de l'Etat; 2) le recouvrement des coûts n'est qu'une stratégie visant à atteindre un objectif plus global d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé. Une attention toute particulière doit être portée au suivi des progrès réalisés dans ce domaine, alors que le risque est de concentrer les efforts sur le recouvrement lui-même qui deviendrait donc l'objectif principal. L'engagement responsable des parties en présence pourrait se matérialiser sous forme d'un contrat Etat/Bailleurs/Population, dans lequel les droits et obligations de chacun seraient clairement exposés.

SEPTIEME DOCUMENT:

LE STATUT JURIDIQUE DES HOPITAUX CENTRAUX DE PREFECTURE, HOPITAUX DE DISTRICT, ET CENTRES DE SANTE AU TCHAD

LE STATUT JURIDIQUE DES HOPITAUX CENTRAUX DE PREFECTURE, HOPITAUX DE DISTRICT, ET CENTRES DE SANTE AU TCHAD

Problématique du secteur:

La définition du statut juridique des formations sanitaires publiques au Tchad constitue une nécessité, préalable à la mise en place d'un recouvrement des coûts, stratégie indispensable pour assurer le bon fonctionnement des structures sanitaires.

Les principaux problèmes identifiés dans ce domaine sont :

- L'absence d'un cadre juridique permettant aux structures de santé de tous niveaux (Centres de Santés, Hôpitaux de District, Hôpitaux Préfectoraux, Hôpital National) de mettre en application le recouvrement des coûts.

- L'absence d'une autonomie de gestion, responsable entre autres d'une insuffisance de budget de fonctionnement (Hôpitaux), voire d'une absence totale (Centres de Santé).

Objectifs de l'étude:

1. Recenser les textes existants qui définissent le statut et régissent le fonctionnement des structures sanitaires en vue d'identifier les points qui freinent la mise en application du recouvrement des coûts de la santé et proposer les changements nécessaires.

2. Proposer un projet de statut juridique des Hôpitaux Centraux de Préfecture et des Hôpitaux de District ainsi que des Centres de Santé susceptible de permettre l'application du recouvrement des coûts de la Santé.

Informations contenues dans le document:

- Priorités - stratégies et moyens d'action de la politique socio-sanitaire du Tchad.

  Description du contexte juridique et institutionnel des formations sanitaires publiques au Tchad :

  * Textes relatifs à l'organisation et au fonctionnement du système sanitaire ;

  * Textes relatifs aux recettes du secteur Santé.

  Problèmes identifiés dans les Textes :

  * Absence d'autonomie des Hôpitaux Préfectoraux et de District;

* Vide juridique quant au Statut des Centres de Santé ;

* Incohérence des Textes visant la mise en application du recouvrement des coûts de la santé ;

Les solutions proposées :

* Recommandations :

  - L'adoption d'un texte de valeur législative pour l'institution de la participation des populations au financement des services de santé en République du Tchad;

  - L'octroi de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion aux hôpitaux de préfecture et de district;

  - L'adoption de textes complétant le décret n° 086/MSP/94 et l'arrêté n° 152/MSP/94 en ce qui concerne le statut des Centres de Santé ;

  - L'option pour un statut d'association privée à but non lucratif pour les organismes de santé communautaire ;

  - L'organisation des relations de partenariat Etat - Bailleurs de Fonds - Populations pour le financement de la santé ;

* Traduire des solutions préconisées en Projets de Textes ;

Dispositions légales et réglementaires relatives au recouvrement et à l'utilisation des recettes des formations sanitaires publiques.

Régime Financier applicable aux services de l'Etat d'une manière générale.

* Projet de Loi portant institution de la participation des populations au financement des services de santé au Tchad ;

* Projet de Loi érigeant les Hôpitaux Centraux de Préfecture et les Hôpitaux de District en Etablissement Publics Hospitaliers ;

* Projet de Décret portant statuts des Hôpitaux Centraux de Préfecture et des Hôpitaux de District ;

* Projet d'Arrêté Ministériel relatif à l'organisation et au fonctionnement des Centres de Santé des Zones de Responsabilité;

* Projet de Protocole d'Accord de Partenariat Etat - Aide-Extérieure - Population pour le financement de la formation Sanitaire de la Zone de Responsabilité.

Référence du document:

KASSADOIH Kanika Loli., Cellule Technique de Suivi Santé/Affaires Sociales. "*Le Statut Juridique des Hôpitaux Centraux de Préfecture, Hôpitaux de District, et des Centres de Santé au Tchad*" - MSP/DG/CTS - N'Djaména, Août 1994.

RESUME DU DOCUMENT

L'étude sur le statut juridique des formations sanitaires des niveaux intermédiaire et périphérique à savoir les hôpitaux centraux de préfecture, les hôpitaux de District et Centres de Santé, vise à définir pour eux des règles d'organisation et de fonctionnement susceptibles de permettre leur rationalisation en vue de l'amélioration et du développement de la santé publique et cela en accord avec les mesures de la politique sanitaire définies au cours de la Table Ronde Sectorielle Santé/Affaires Sociales de Janvier 1993. L'étude réalisée s'appuie inévitablement sur un examen de la politique socio-sanitaire pour retenir les éléments qui présentent un intérêt particulier, et sur une exploration du contexte de fonctionnement des formations sanitaires visées pour y déceler les principaux points d'achoppement avant de proposer les solutions possibles. La problématique du statut juridique des hôpitaux périphériques et des centres de santé met en présence deux paramètres : 1) Depuis le constat fait par les intervenants du secteur santé de l'incapacité des Etats africains à assumer seuls les dépenses de santé des populations, ces derniers ont été amenés à définir et adopter un certain nombre de principes appelés Initiative de Bamako, dont le principe du recouvrement des coûts de la Santé; le Tchad a adhéré à l'Initiative de Bamako depuis 1987 et tente de mettre en application le recouvrement des coûts de la Santé dans ses structures publiques. 2) Le contexte juridique et institutionnel des formations sanitaires publiques au Tchad est caractérisé par une absence de définition claire de leur Statut juridique et une règlementation générale incompatible avec certaines options de la politique socio-sanitaire du gouvernement à savoir l'application du recouvrement des coûts de la Santé et l'autonomie de gestion pour les Hôpitaux périphériques. L'étude procède à une exploration critique du contexte de fonctionnement de ces formations sanitaires publiques à travers quelques textes relatifs à l'organisation et au fonctionnement du système socio-sanitaire ainsi qu'aux modalités de recouvrement de leurs recettes, qui aboutit à mettre à jour les problèmes suivants : 1) une absence d'autonomie des hôpitaux qui apparaissent comme de simples services publics administratifs sans budgets propres; 2) un manque de respect des procédures d'adoption des textes visant l'application du Principe de recouvrement des coûts de la santé; 3) une volonté d'intervention étatique quant aux modalités de gestion et de contrôle de l'utilisation des fonds provenant du recouvrement des coûts de la Santé. L'étude propose un cerain nombre de solutions sous forme de recommandations générales qui sont ensuite traduites en différents projets de textes.

Globalement, la solution retenue consiste en : 1) la mise en oeuvre d'un mécanisme juridique pour les centres de santé comprenant : a) un projet de loi instituant la participation communautaire qui permet d'abroger la règlementation antérieure relative aux recettes de santé, la reconnaissance d'un statut de ASBL aux instances représentant la population; b) un projet de texte fixant le statut des Centres de Santé; c) un projet de protocole d'accord de partenariat financier régissant les rapports des ASBL avec les bailleurs de fonds et l'Etat.

2) l'octroi de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion pour les Hôpitaux de Préfecture et de District qui permet à ces derniers pour lesquels l'application du recouvrement des coûts s'avère difficile en raison des coûts élevés de leurs prestations, de disposer d'un budget propre alimenté en partie par les recettes réalisées par eux, au lieu que ces dernières soient reversées au Trésor public. L'étude prévoit pour eux : a) un projet de loi les érigeant en établissements publics hospitaliers; b) un projet de décret fixant leur statut type.

HUITIEME DOCUMENT:

LA PRIORISATION DES INVESTISSEMENTS EN SANTE AU TCHAD

LA PRIORISATION DES INVESTISSEMENTS EN SANTE AU TCHAD

Problématique du secteur:

Lors de la consultation sectorielle Santé/Affaires Sociales,le gouvernement du Tchad et les Bailleurs de fonds ont constaté que les besoins exprimés dans ce secteur dépassent les limites du cadrage macro-économique.
Aussi, la faiblesse de la gestion du système de santé a permis la prolifération d'actions isolées, non coordonnées, financées par des dons et des prêts extérieurs dont l'exécution se heurte à des problèmes de fonctionnement des services de santé.
Les différents dossiers étudiés par la CTS identifient un certain nombre de blocages au développement du système de santé Tchadien. Les actions à mener pour lever ces blocages deviennent donc prioritaires.

Objectifs de l'étude:

1. Définir les limites de la capacité d'absorption du pays à travers l'élaboration d'un cadrage macro-économique jusqu'à l'horizon 2.000.

2. Identifier les priorités d'investissement en appliquant des critères techniques de priorisation à chaque domaine d'investissement retenu pendant la même période.

3. Proposer des scénarios d'investissement permettant l'adaptation entre les besoins en investissement et le cadrage macro-économique.

Informations contenues dans le document:

1- <u>Le cadrage macro-économique selon le plan d'orientation à l'horizon 2.000</u>

* Les perspectives d'évolution macro-économique du Tchad

* Les perspectives d'évolution du secteur de la santé
  - Les dépenses de Santé par l'Etat
  - Les dépenses de santé financés par l'aide extérieure
  - Les produits escomptables de recouvrement des coûts

* Les contextes économiques actuels

2- <u>Les domaines d'investissement</u> :

* Description du modèle de développement des Districts
* Logique de Priorisation interne à chaque domaine d'investissement

* Les infrastructures sanitaires (éléments, critères, résultats du choix)
  - La priorisation de la construction des C.S.
  - La priorisation de la construction des H.D. et H.C.P.
  - La priorisation de la construction des D.D.
  - La priorisation des constructions des D.D.P.S.
  - Priorisation de la réhabilitation des C.S.
  - Les conclusions de choix

* Les équipements (éléments, critères, résultats du choix)
  - Les conclusions du choix
  - Priorisation de l'équipement des Districts

* La formation du Personnel (éléments, critères, résultats du choix)
  - Les conclusions du choix
  - Logique de Priorisation entre les différents domaines d'investissement

3- Les scénarios d'investissement possibles

* Scénarios d'investissement avec l'ancien cadrage
  . Scénario des constructions des infrastructures et équipements
  . Scénario des réhabilitations des infrastructures et équipements
* Scénarios d'investissement avec une hypothèse d'augmentation de 5% du cadrage
  . Scénarios des constructions des infrastructures et équipements
  . Scénario des réhabilitations des infrastructures et équipements

* Scénarios d'investissement avec une hypothèse d'augmentation de l'ancien cadrage de 10%
  .Scénarios des constructions des infrastructures et équipements
  .Scénarios des réhabilitations des infrastructures et équipements

* Tableaux des trois scénarios d'investissement.

Référence du document:

Cellule Technique de Suivi Santé/Affaires Sociales. "*La Priorisation des Investissements en Santé au Tchad*" - MSP/DG/CTS - N'Djaména, Août 1994.

51

RESUME DU DOCUMENT

Trois scénarios d'investissement possibles ont été proposés avec les critères techniques de priorisation définis selon le modèle de développement de District sanitaire. Les critères techniques ont permis de prioriser dans quel ordre il faudrait choisir les constructions de 282 CS, 7 HD, 1 HCP, 27 DD et 3 DDPS, les réhabilitations de 87 CS, 18 HD, 10 DD, 11 HCP et 5 DDPS et en même temps les équipements, correspondant à une couverture sanitaire à 100%. Pour la formation du personnel, les critères techniques ont été retenus pour faire le choix entre les catégories de personnel à former en priorité et entre les thèmes de formation à prioriser. Par contre, le choix n'est pas fait entre la formation initiale et la formation continue, car les deux types de formation sont nécessaires et répondent à des besoins différents. Quant aux scénarios d'investissement, deux propositions ont été faites, à savoir construction, équipement et formation, réhabilitation, équipement et formation, pour chaque scénario avec un même cadrage macro-économique. Le raisonnement est le suivant : ***Avec un tel cadrage macro-économique, que peut-on réaliser en construction, équipement et formation ou réhabilitation, équipement et formation ou encore réhabilitation, construction, équipement et formation ?*** *L'étude n'a pas analysé toutes les situations pour faire d'autres propositions par manque d'informations précises sur les coûts unitaires des niveaux intermédiaire et central. D'autres scénarios peuvent être montés avec des critères techniques différents suivant des cadrages macro-économiques retenus par rapport aux contextes économiques du pays.*

52

NEUVIEME DOCUMENT:

LE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD: PROBLEMATIQUE, PERSPECTIVES ET IMPACT

LE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD: PROBLEMATIQUE, PERSPECTIVES ET IMPACT

Problématique du secteur:

Le système de santé Tchadien est largement déficitaire en personnel de santé, à la fois quantitativement et qualitativement. Le développement des ressources humaines nécessaires à son fonctionnement n'a jamais fait l'objet d'une programmation dans le temps. Ceci a abouti à une situation de déséquilibre entre l'offre et la demande. Ce déséquilibre a été bien documenté sur le plan de la disponibilité des ressources humaines et de leur répartition sur le territoire. Des normes en personnel ont été récemment définies et des plans de formation initiale et continue, de dotation et redéploiement existent. Malgré cela, il manquait une vision globale à la problématique de ce secteur, et surtout une anticipation, par projection dans l'avenir, des conséquences du développement des ressources humaines sur le plan de la programmation de la couverture sanitaire en infrastructures et de l'impact financier de ce personnel supplémentaire sur le budget du MSP.

Objectifs de l'étude:

1. Evaluer la disponibilité actuelle des ressources humaines pour la santé, et leur évolution depuis 1991;

2. Evaluer la disponibilité future des ressources humaines pour la santé en fonction de l'évolution prévisible de l'offre et de la demande de 1995 à l'an 2000;

3. Evaluer l'impact financier du développement des ressources humaines pour la santé sur le budget du Ministère de la Santé Publique.

Informations contenues dans le document:

- L'évolution quantitative du personnel de santé entre 1991 et 1993;
- L'évolution de la répartition du personnel de santé entre 1991 et 1993;
- Le ratio effectif/population par DPS pour 1991 et 1993;
- L'évolution de la situation de la formation du personnel de santé depuis 1991;
- L'effectif global du personnel de santé au niveau national;
- L'effectif global du personnel de santé par DPS en Juin 1994;

- L'effectif global du personnel de santé par type de structure sanitaire;
- L'effectif détaillé du personnel de santé pour chacune des 14 DPS;
- L'effectif détaillé du personnel de santé pour chacun des 46 DS;
- L'évolution de l'offre et de la demande pour chaque catégorie du personnel de santé de 1994 à 2000 pour la couverture sanitaire actuelle;
- L'évolution de l'offre et de la demande pour chaque catégorie du personnel de santé de 1994 à 2000 pour une couverture sanitaire globale de 70%;
- L'évolution de l'offre et de la demande pour chaque catégorie du personnel de santé de 1994 à 2000 pour une couverture sanitaire globale de 100%;
- Les besoins en chacune des catégories de personnel de santé selon 3 hypothèses de couverture sanitaire en infrastructures;
- Les courbes d'évolution qualitative de chacune des catégories du personnel de santé de 1994 à 2000;
- La date de satisfaction des besoins, spécifique à chacune des catégories du personnel de santé de 1994 à 2000;
- La disponibilité attendue de chacune des catégories du personnel de santé de 1994 à 2000;
- La répartion actuelle de chacune des catégories du personnel de santé par niveau du système de santé;
- La répartion actuelle de chacune des catégories du personnel de santé entre la capitale et la province;
- La problématique spécifique du développement de chacune des catégories du personnel de santé;
- Un scénario de couverture sanitaire optimale du Tchad, basé sur l'utilisation optimale des ressources humaines existantes;
- La répartition théorique du personnel de santé selon les normes opérationnelles définies;
- La répartition optimale du personnel de santé existant, proportionnelle à la répartition dictée par les normes;
- La quantité de personnel nécessaire à chaque niveau du système de santé pour chacune des catégories de personnel et selon 3 hypothèses de couverture sanitaire;
- La masse salariale minimale, moyenne, et maximale de chacune de catégories du personnel de santé selon 4 hypothèses de développement des ressources humaines;
- La masse salariale des personnels du niveau central du MSP;
- La masse salariale moyenne totale de l'ensemble des personnels de santé;
- L'augmentation de la masse salariale moyenne totale selon 4 hypothèses de développement des ressources humaines;
- Les budgets du MSP pour les années 1992, 1993 et 1994;
- Le pourcentage des crédits ouverts par département par rapport au total des crédits ouverts en 1992 et 1993;
- Le pourcentage des dépenses réelles par département par rapport au total des dépenses réelles en 1992 et 1993;
- Le pourcentage des dépenses réelles par rapport aux crédits ouverts par département en 1992 et 1993;

- La masse salariale annuelle et mensuelle moyenne pour chaque niveau du système de santé;
- L'identification des catégories de personnel excédentaires et déficitaires en 1994 par rapport aux normes opérationnelles;
- La pyramide sanitaire du Tchad;
- La correspondance entre les DPS et le DS;
- Les normes en personnel de santé pour chaque niveau du système de santé;
- Une bibliographie sur le développement des ressources humaines pour la santé au Tchad.

Référence du document:

Cellule Technique de Suivi Santé/Affaires Sociales. "*Le Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tchad: Problématique, Perspectives et Impact*" - MSP/DG/CTS - N'Djaména, Juin 1994, 175pp.

RESUME DU DOCUMENT

Le développement des ressources humaines pour la santé est la condition incontournable à l'amélioration du système de santé Tchadien. Tout impact attendu sur les indicateurs de santé passe par la disponibilité de personnels en quantité suffisante, de qualité optimale et répartis au bon endroit. Leur développement doit être programmé et progressif afin d'éviter des déséquilibres entre l'offre et la demande. Il doit guider l'étendue de la couverture sanitaire qui se réalisera au rythme de production des nouveaux personnels. Les plans de formation initiale et continue, et les plans de dotation et de redéploiement récemment adoptés auront des conséquences positives sur les dimensions qualitatives et quantitatives de ce personnel. Quantitativement, des normes opérationnelles en personnel de santé ont été définies lors d'un atelier national en Janvier 1994, pour chaque niveau de la pyramide sanitaire, à l'exception du niveau central. Cette étude se divise en 4 parties: i)l'analyse de la situation antérieure, ii)la disponibilité actuelle des ressources humaines pour la santé, iii)la disponibilité future des ressources humaines pour la santé, et iv)l'impact du développement des ressources humaines pour la santé sur le budget du Ministère de la Santé Publique (MSP). La situation antérieure montre, entre 1991 et 1993, une augmentation importante du nombre des infirmiers diplômés d'Etat (IDE= +40%), des infirmiers titulaires (+31%) et des médecins (+10%). Par contre, 2 catégories sont en diminution, les infirmiers brevetés et agents techniques (-32%) et les sage-femmes (-9%). Une catégorie n'a pas changé, les techniciens d'assainissement. Dans cette même période, la formation du personnel a été marqué par 2 évènements majeurs: l'arrêt du recrutement à l'école d'infirmiers (ENASS) et le recrutement de 2 promotions d'étudiants à la faculté de médecine (FACSS). Concernant la répartition de ce personnel, il existe une forte consentration à N'Djaména et de grandes inégalités entre Délégations Préfectorales Sanitaires. La concentration dans la capitale s'est accentuée pour les sage-femmes et les médecins dont 77% et 73% respectivement sont à N'Djaména. La disponibilité actuelle, en Juin 1994, des personnels de santé est la suivante: 3.832 personnels, toutes catégories confondues, sont recensés. Parmi eux, 3.024 (soit 79%) sont dans les structures des Délégations Préfectorales Sanitaires et les districts, 547 (soit 14%) sont à l'Hôpital Général de Référence Nationale, et 261 (soit 7%) sont au niveau central du MSP. Les manoeuvres représentent la catégorie prédominante (48%), en excès de 977 personnes par rapport aux besoins actuels. Les IDE sont la catégorie la plus déficitaire, 388 sont nécessaires pour répnder aux besoins des infrastructures existantes. La disponibilité future en personnel a été appréciée selon l'évolution prévisible du eprsonnel existant et la production attendue de personnel nouveau. Elle montre que dans le scénario le plus optimiste, les besoins en catégories prioritaires ne seront pas comblés au plus tôt avant 2000. Une utilisation optimale du personnel disponible actuellement dans les structures existantes est proposée, basée sur une répartition proportionnelle à la couverture idéale et totale pour les différentes catégories. Le développement des ressources humaines se traduira par une augmentation du nombre et de la qualité du personnel de santé. L'impact sur le budget du MSP sera considérable, allant d'uune augmentation de 43,6% à 97% selon l'hypothèse de couverture sanitaire retenue. Cette étude montre la nécessité de programmer le développement du sytème de santé au rythme du développement quantitatif et qualitatif des ressources humaines nécessaires à son fonctionnement. Les ressources humaines ne peuvent être mises en place que si l'Etat a la capacité d'absorber l'augmentation de la masse salariale. Ce dernier point doit faire réfléchir à un partenariat possible entre l'Etat, la population et l'aide extérieure, de manière à définir une certaine forme de privatisation dont dépend peut-être la survie du système de santé Tchadien.

57

ANNEXES

ANNEXE 1: Lettre de Déclaration de politique de Santé Publique

ANNEXE 2: La pyramide sanitaire du Tchad

ANNEXE 3: Carte du découpage sanitaire du Tchad

ANNEXE 4: Liste des districts sanitaires au Tchad

ANNEXE 1

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

A

Monsieur le Chef de Division
Population et Ressources Humaines
Département du Sahel
Région Afrique

Banque Mondiale

WASHINGTON, D.C.

Objet: ***Lettre de Politique de Santé Publique***

1. La présente lettre a pour objet d'exposer la politique de santé du Gouvernement du Tchad qui sert de cadre à la réalisation des plans, projets et stratégies de développement du secteur.

I. CONTEXTE

2. La charte de transition de la République du Tchad issue de la Conférence Nationale Souveraine tenue en janvier 1993 garantit le droit à la santé.

3. La politique sanitaire du Tchad est conforme, d'une part aux grands principes de l'Organisation Mondiale de la Santé dont il est membre et d'autre part à ses réalités socio-économiques et culturelles . Elle est fondée sur le principe d'universalité qui fait de la santé un droit fondamental de tout tchadien et l'action sanitaire une oeuvre sociale de solidarité de l'Etat, des Collectivités et de l'individu.

4. La situation sanitaire continue toujours d'être caractérisée par :

- la persistance d'une forte morbidité et mortalité en particulier dans la population infantile et maternelle

- la prédominance de maladie infectieuse, parasitaire et nutritionnelle au sein de la population

Cette situation sanitaire est aggravée par :

- la faiblesse de la couverture sanitaire
- un sous équipement des services de santé
- un manque des médicaments et de matériel de travail
- une capacité insuffisante dans la gestion des ressources humaines, matérielles et financières
- une insuffisante dans l'intégration des activités
- une dimunition des dépenses publiques de santé
- un personnel quantitativement et qualitativement insuffisant, peu motivé et mal deployé

II. ORIENTATION

5. La priorité de la politique socio-sanitaire définit dans le plan d'orientation est : d'assurer la promotion de la population pour lui permettre de maîtriser les changements culturels, sociaux, économiques et technologiques auxquels le pays aura à faire face. Cette priorité demeure une condition sine qua non du développement.

6. La santé comme les affaires sociales font partie intégrante du bien être des populations. Dans ce contexte, il s'agit tout d'abord d'éviter la souffrance et la douleur aux populations. La place des structures publiques dans la résolution de ces problèmes socio-sanitaires est primordiale dans un pays où la majorité de la population n'a pas les moyens d'accéder aux services privés encore embryonnaires mais le bien-être des populations passe aussi par une santé préventive familiale. Enfin, cette politique entend donner aux populations les moyens de vivre dans un environnement sain : eau potable, assainissement, lutte contre les principaux vecteurs des maladies et épidemies.

7. La santé est une condition sine qua non du développement. Les secteurs sociaux éducation, santé doivent être reconsiderés comme des facteurs de développement et bénéficier des ressources nécessaires.

8. La santé est un moyen d'assurer un développement équilibré et harmonieux du pays. Une répartition équitable des services de santé peut contribuer à l'équilibre entre les milieux urbain et rural, notamment, en offrant aux populations rurales des services qui leur permettent de rester dans le milieu rural et d'y être actives et en évitant ainsi que ces populations ne viennent gonfler les populations urbaines défavorisées.

9. La politique présentée ici se fonde sur un double constat : le niveau actuel de santé des populations est très bas d'une part et d'autre part l'accès aux services socio-sanitaires est très limité, et la qualité des services est faible.

10. La priorité revient à la mise en place et au développement des districts sanitaires qui doivent fournir le paquet minimum d'activités (PMA) au niveau des centres de santé de premier échelon le paquet complementaires d'activités (PCA) au niveau des hopitaux de districts.

III. OBJECTIFS DE POLITIQUE DE SANTE

11. L'objectif majeur de la politique sanitaire du Tchad est d'assurer à la population l'accès à des services de base de qualité s'inscrivant ainsi dans la philosophie de l'OMS Santé pour Tous sur un horizon aussi rapproché que possible.

12. La concrétisation de cet objectif passe par des objectifs intermédiaires suivants :

a) Santé maternelle et infantile et immunisation contre les principales maladies infectieuses.

- réduire le taux de mortalité infantile de 180 à 120 pour mille
- augmenter le dépistage des accouchements à risque
- réduire la mortalité maternelle
- augmenter le taux de couverture vaccinale pour le porter à 60 % en l'an 2000 et 80 % en l'an 2005
- traiter 90 % des cas de diarhée par TRO

b) Promotion nutritionnelle

- réduire le nombre d'enfants qui ont un poids à la naissance inférieur à 2,5 Kg
- augmenter le suivi de la croissance des enfants de 0 à 5 ans et la prise en charge des enfants malnutris

c) Disponibilité en médicaments essentiels

- assurer la disponibilité en médicaments essentiels dans toutes les formations sanitaires publiques et à but non lucratif.

d) Eau Potable et Assainissement

- assurer la disponibilité en eau saine à 50 % de la population d'ici l'an 2005 et 70 % en l'an 2015
- augmenter les latrines à la maison et dans les services publics (écoles, dispensaires)

e) Prévention et Contrôle des maladies localement endémiques

- réduire la mortalité et la morbidité pour les maladies suivantes : Paludisme, Lèpre, Tuberculose, Onchocercose, Trypanosomiase. Dracunculose, MST/SIDA

f) Bien-être familial

- augmenter le taux de prévalence contraceptive pour le porter de 1 % à 10 % en l'an 2000 et 30 % en l'an 2015

IV. STRATEGIE NATIONALE DE DEVELOPPEMENT DE SANTE

13. La stratégie de développement sanitaire du Tchad est basée sur le concept de soins de santé primaires adopté par la Conférence mondiale d'Alma-Ata en 1978.

14. Afin d'accélerer la mise en oeuvre des soins de santé primaires cinq (5) stratégies ont été adoptées :

a) le développement du système de santé à 3 niveaux proposé par l'OMS et auquel le Tchad a adheré en 1988 (scénario de développement en trois phases). Cette stratégie fait évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle qui differencie les niveaux opérationnel, d'appui et d'orientation. Le district répresente le niveau opérationnel et constitue l'unité chargée d'exécuter les politiques. Le niveau préfectoral est chargé d'adapter les politiques nationales aux préfectures et constitue un appui pour les districts sur le plan technique. Le niveau central, chargé de la conception, du contrôle et de l'évaluation ; il détermine les investissements et le fonctionnement du secteur, les standards qui tiennent compte des principes d'efficacité, d'efficience, d'équité et de viabilité. Il s'efforce de mobiliser les ressources de l'Etat et des bailleurs de fonds pour le financement de soins de qualité accesssible à tous.

b) la seconde stratégie repose sur la réalisation d'un plan de couverture socio-sanitaire, visant à couvrir tout le pays à partir des normes qui découlent du modèle retenu, en termes médicaments et de financement, et à partir de la connaissance des ressources existantes.

Les intervenants non publics (ONG, Confessionnels, Coopérations) sont integrés dans le plan de couverture socio-sanitaire et ils sont responsabilisés de la même façon que les structures du Ministère de la Santé Publique.

c) En matière de médicaments, le Tchad a adhéré à la politique des médicaments essentiels et possède une liste nationale des médicaments en vigueur dans le pays ; l'accessibilité des médicaments essentiels passe par une serie des mesures dont la reforme de la Pharmacie d'Approvisionnement du secteur public, la rationalisation de l' approvisionnement et le recouvrement des coûts des médicaments.

d) Renforcer la participation communautaire à la gestion du système, les individus, les menages et les communautés assurent leur propre santé. Malgré la modicité de leur pouvoir d'achat, ces derniers peuvent favoriser grandement la survie de leurs enfants et réduire l'importance des maladies. Afin de garantir l'accessibilité aux soins et à l'information nécessaire à l'amélioration de la santé, les bénéficiaires seront associés à la gestion des services au niveau opérationnel (district et zone de responsabilité).

e) La cinquième stratégie repose sur un nouveau fonctionnement du système sanitaire national se caracterisant par une volonté de décentralisation, de participation, de planification, de responsabilisation et d'intégration.

L'ensemble des stratégies ont été préparées en collaboration avec l'ensemble des partenaires au développement qui se sont engagés à la soutenir.

Lettre de Politique de santé

Mise en oeuvre de la stratégie :

15. Pour améliorer l'état de santé de la population en général et de celui de la mère et de l'enfant en particulier, la stratégie du Gouvernement vise à : (i) élargie l'accès aux services de santé, c'est à dire à en accroitre la couverture et l'utilisation ; (ii) améliorer la qualité ; (iii) viabiliser le développement des districts sanitaires par l'utilisation rationnelle et efficiente des ressources (personnel, médicaments, finances...) (iv) organiser et susciter la participation communautaire au recouvrement des coûts par une campagne soutenue de l'information, d'éducation et la communication.

16. Renforcément de l'accessibilité : Pour l'accroissement de la couverture et l'utilisation des services, la stratégie est basée sur le développement des districts sanitaires qui se traduit par la mise en place d'un processus de planification, d'organisation et de gestion décentralisée s'articulant autour des principes suivants :

a) Le découpage des préfectures en districts sanitaires et les districts en zone de responsabilité sur la base de concentrations optimales de la population dans des aires géographiques données tout en tenant compte du découpage administratif. Le découpage en 46 districts sanitaires et 633 zones de responsabilité a été réalisé.

b) La spécialisation par niveau du système entre le 1er échelon et l'hôpital de district qui constitue une référence pour le 1er échelon.

c) La réhabilitation et la construction des structures légères des soins comprenant un centre de santé avec une salle d'accouchement denommée zone de responsabilité et puis un deuxième échelon (hôpital de district) comprenant un plateau technique plus importants (urgences, radiologie, laboratoire, maternité, hospitalisation, consultation des références).

d) L'organisation de la participation communautaire au recouvrement des coûts de la santé par : (i) la création des comités de santé ; (ii) l'utilisation des moyens IEC pour vulgariser le système de participation communautaire.

17. Amélioration de la qualité : Le Gouvernement a défini un paquet d'activités par niveau, tant pour les soins de base que pour les soins de référence. Ce qui permettra une utilisation rationnelle des ressources. Aussi, un accent particulier est mis sur la formation et la supervision du personnel ainsi que la disponibilité en médicaments essentiels à des prix abordables sur l'ensemble du territoire.

18. Gestion : La gestion des structures sanitaires (centres de santé et hôpital de district) sera la responsabilité des communautés qui assurent la gestion par les comités de santé. Ces comités garantiront aux communautés dont ils sont issus, les soins de base dans la mesure où elles accepteraient de partager la prise en charge de certains coûts de fonctionnement notamment une part non négligeable du coût des médicaments.

19. Financement : En plus de la participation communautaire, la stratégie Gouvernementale vise d'abord à : (i) rationaliser le financement du secteur afin de maximiser les économies possibles, (ii) augmenter dans l'ensemble ledit financement.

Lettre de Politique de santé

20. Participation des populations aux coûts de la santé par la création des comités de santé dans les zones rurales et les districts : le Gouvernement veillera à ce que les coûts de participation des populations n'entravent pas leur accès aux soins et ne compromettent pas le développement des services.

21. Financement public de la santé : Il est retenu que les dépenses de santé financés par le budget de l'Etat doivent s'accroitre de 10 % par an, ce qui, compte tenu d'un taux d'accroissement de la population de 2,3 % an, correspond à une augmentation réelle de 7,7 % par an. Un tel objectif est ambitieux puisqu'il fait passer la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat en une decennie de 4,2 % à 10,4 %.

On mesure là tout le poids des contraintes ; l'Etat n'aura pas, même au prix de gros efforts, les moyens d'assurer seul la santé pour tous d'ici l'an 2000.

22. Dépenses de santé financées par l'Aide Extérieure : on constate que malgré un effort tout à fait substantiel pour le secteur de la santé, l'Etat ne pourra donc pas à la fin de la decennie faire face seul aux besoins, même rudimentaires en matière de santé. Aussi, est-il fait l'hypothèse dans le PIP que l'aide extérieure non seulement devra se poursuivre mais devra s'amplifier, puisqu'elle aussi devrait s'accroitre de 10 % par an. L'Etat tchadien prend donc acte de sa faiblesse financière et appelle l'extérieur pour financer en grande partie son système de santé. Selon cette optique, l'aide n'est pas conçue comme une substitution passagère mais comme une complementarité nécessaire pour atteindre un certain état de santé des populations.

Le cadre de politique, les plans et les stratégies sanitaires ainsi définis doivent concourir à faciliter la mobilisation des financements extérieurs. L'utilisation efficiente de ces ressources nécessite leur coordination en rapport avec celles de l'Etat et des communautés. La coordination de l'aide extérieure sera ensuite assurée par des examens annuels conjoints Gouvernement – Bailleurs.

23. Personnel : En ce qui concerne le personnel, la mise en oeuvre du plan de formation et du plan de redeploiement est la priorité du Gouvernement. Un programme de dotation en personnel pour les structures sanitaires basé sur le plan de redeploiement et de recrutement sera exécuté selon un calendrier bien défini.

24. Médicaments : Afin d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels et consommables pour l'approvisonnement des formations sanitaires publiques et à but non lucratif, le Gouvernement a entamé le processus de création d'une centrale pharmaceutique d'achat des médicaments essentiels et génériques. Cette centrale sera une institution autonome à but non lucratif. Cela consiste en :

a) l' adoption des textes juridiques fixant les statuts de la centrale ainsi que la liste des médicaments essentiels qui seront exonerés d'impôts et taxes douanières.

b) la mise en place de mécanismes de contrôle de qualité des médicaments essentiels et d'inspection des pharmacies.

Lettre de Politique de santé

64

25. Patrimoine : Concernant les infrastructures sanitaires, la stratégie adoptée met l'accent sur l'extension de la couverture sanitaire par le développement rationnel des centres de santé basée sur le découpage du pays en districts sanitaires et zones de responsabilité d'une part et d'autre part par l'intégration des activités curatives et préventives avec la définition de normes de construction, d'équipement et de personnel.

26. Secteur privé de la santé : Convaincu que l'intégration des privés dans le secteur de la santé permettra d'accroitre la couverture de soins, l'efficacité et la qualité des services, le Gouvernement a pris des mesures pour promouvoir le développement du secteur privé. A cet effet, le Gouvernement a responsabilisé les Organisations non gouvernementales (ONG) dans la coordination des activités sanitaires de certains districts sanitaires et encourage la création des Cabinets des soins privés.

27. En matière du Bien-être familial, qui relève de plusieurs Ministères, la responsabilité du MSP porte plus particulièrement sur la planification familiale. Dans ce domaine, notre stratégie vise un développement integré de services de planification familiale, l'amélioration du bien être de la famille, et tout particulièrement la promotion de la femme. Par :

- l'élaboration et la mise en oeuvre d'une véritable politique de promotion de la femme

- la mise en oeuvre de campagnes d'Information pour provoquer les prises de conscience et les changements d'attitudes qui permettront une amélioration de la condition féminine.

CONCLUSION

28. La stratégie sanitaire est détaillée dans le plan de développement sanitaire (janvier 1993) et a déjà connu un debut de mise en oeuvre. L'opérationalisation de l'ensemble des mesures devrait permettre au secteur de la santé d'augmenter le rendement de ses services et de favoriser la réalisation de l'objectif majeur de notre politique de santé dans les meilleurs délais.

29. La présente déclaration de politique de santé devrait se traduire en actes concrets notamment un regain de confiance des populations aux services de santé, leur mobilisation et leur participation au fonctionnement du système, une meilleure accessibilité aux médicaments essentiels, l'utilisation accrue des services de santé et de Bien-être familial, l'augmentation de la couverture sanitaire.

30. La stratégie de la santé telle que décrite s'inscrit dans un processus de développement sanitaire à long terme. Elle servira de référence à l'ensemble des interventions nationales et extérieures en vue de la réalisation de l'objectif final de la santé pour tous.

Ndjamena, le 14 Mai 1994

Pour le Gouvernement de la République du Tchad

P. Le Ministre du Plan et de la Coopération,
Le Ministre de la Condition Feminine et des Affaires Sociales

Mme BINTOU MALLOUM.-

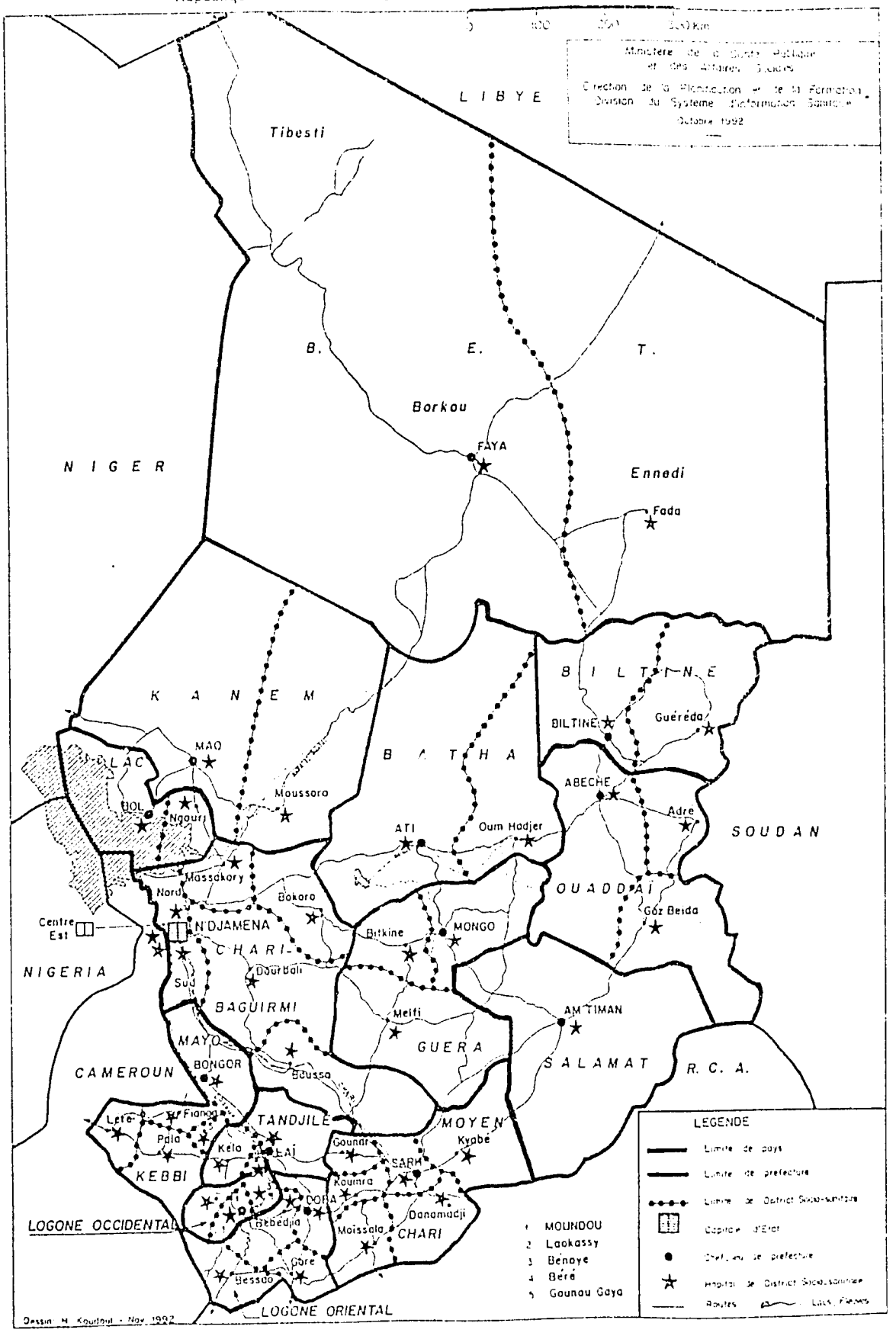
PYRAMIDE SANITAIRE DU TCHAD

NIVEAUX:		DÉNOMINATION:
CENTRAL	Cabinet du Ministre Directions Techniques Institutions Nationales	NIVEAU CENTRAL
INTERMÉDIAIRE	Direction de Délégation Hôpital Central de Préfecture	DÉLÉGATION PRÉFECTORALE SANITAIRE
PÉRIPHÉRIQUE	**Deuxième échelon** Direction de District Hôpital de District **Premier échelon** Zone de Responsabilité — Centre de Santé	DISTRICT SANITAIRE

ANNEXE 2

ANNEXE 3

République du Tchad - Carte des Districts Socio-Sanitaires



ANNEXE 3: LISTE DE DISTRICTS SANITAIRES AU TCHAD

DÉLÉGATION PRÉFECTORALE SANITAIRE	DISTRICT CENTRAL	DISTRICT PÉRIPHÉRIQUE
BATHA	Ati	Oum-Hadjer
BORKOU-ENNEDI-TIBESTI	Faya	Fada
BILTINE	Biltine	Guéréda
CHARI-BAGUIRMI	N'djaména-Centre N'djaména-Est N'djaména-Sud N'djaména-Nord	Bokoro Bousso Dourbali Massakory
GUÉRA	Mongo	Bitkine Melfi
KANEM	Mao	Moussoro
LAC	Bol	Ngouri
LOGONE OCCIDENTAL	Moundou	Bébalem Laokassy
LOGONE ORIENTAL	Doba	Bebedjia Bessao Goré
MAYO-KEBBI	Bongor	Fianga Gounou-Gaya Léré Pala
MOYEN-CHARI	Sarh	Danamadji Goundi Koumra Kyabé Moïssala
OUADDAI	Abéché	Adré Goz-Béida
SALAMAT	Am-Timan	-
TANDJILÉ	Laï	Béré Kélo
TOTAL	**17**	**29**