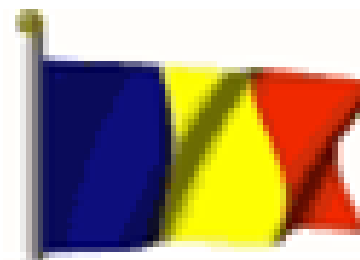




République du Tchad



**F E U I L L E DE ROUTE POUR
L'ACCELERATION DE LA
REDUCTION DE LA MORTALITE
MATERNELLE ET NEONATALE
AU TCHAD**

2008-2015

Octobre 2008

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	- 1 -
INTRODUCTION	- 2 -
I. CONTEXTE DE LA FEUILLE DE ROUTE	- 3 -
1.1. PRESENTATION DU PAYS	- 3 -
1.1.1. Données géographiques	- 3 -
1.1.2. Données administratives	- 3 -
1.1.3. Données sociodémographiques	- 3 -
1.1.4. Données économiques	- 3 -
1.2. LE SYSTEME DE SANTE	- 4 -
1.2.1. Organisation sanitaire	- 4 -
1.2.2. Ressources en santé	- 4 -
Source : Direction du Budget/Ministère des Finances, 2007	- 5 -
Tableau N°2 : Répartition du personnel	- 5 -
1.3. PRINCIPAUX PROBLEMES DE SANTE	- 6 -
1.4. SITUATION DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT	- 6 -
1.3.1. La santé de la mère	- 6 -
1.3.2. La santé de l'enfant	- 8 -
1.4. POINT DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE	- 9 -
1.4.1. Données statistiques	- 9 -
1.4.2. Facteurs explicatifs	- 10 -
1.4.3. Forces, faiblesses, opportunités et menaces	- 10 -
1.4.4. Problèmes prioritaires	- 11 -
1.4.5. Défis à relever	- 11 -
II. STRATEGIES DE REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE	- 12 -
2.1. VISION	- 12 -
2.2. BUT	- 12 -
2.3. OBJECTIFS GENERAUX	- 12 -
2.4. OBJECTIFS SPECIFIQUES	- 12 -
2.5. AXES STRATEGIQUES	- 12 -
2.6.1. Amélioration de l'accessibilité géographique aux soins de santé maternelle, néonatale et infantile	- 13 -
2.6.2. Amélioration de la disponibilité et de la qualité des services de santé maternelle, néonatale et infantile	- 14 -
2.6.3. Promotion de l'utilisation des services de santé de santé maternelle et néonatale	- 21 -
2.6.4. Amélioration de la gestion des services de santé	25
3. MISE EN ŒUVRE DU PLAN	27
3.2.2. Au niveau intermédiaire	30
3.2.3. Au niveau périphérique	30
3.2.4. Autres structures	30
3.3. SUIVI ET EVALUATION DE LA FEUILLE DE ROUTE	30
3.3.1. Suivi	30
3.3.2. Evaluation	31
3.4. ROLE DES COMMUNAUTES ET DES PARTENAIRES	32
3.4.1. Rôle des communautés	32
3.4.2. Rôle des partenaires	32
3.5. FACTEURS INFLUENÇANT LA MISE EN ŒUVRE	32
3.5.1. Facteurs favorisant	32
3.5.2. Contraintes pour la mise en œuvre	32
4. CONCLUSION	33
5. MATRICE DE LA FEUILLE DE ROUTE NATIONALE DE REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTIME	34

INTRODUCTION

Pendant très longtemps la mortalité maternelle était un problème négligé dans le monde, et ce, particulièrement, dans les pays en voie de développement où surviennent pourtant la grande majorité des décès maternels et néonataux.

Mais depuis la Conférence de Nairobi en 1987 qui a vu naître l'Initiative pour une Maternité Sans Risque, d'autres conférences ont suivi et ont inscrit la lutte contre la mortalité / morbidité maternelle sur les agendas. Il y a eu le Sommet Mondial sur l'Enfance à New York en 1990, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) en 1994 au Caire, la Conférence Internationale des Femmes à Beijing en 1995, et le Sommet du Millénaire en 2000 à New York. A travers ces différentes assises, la communauté internationale s'est engagée à réduire la mortalité maternelle de 3/4 et la mortalité infantile de 2/3 entre 1990 et 2015. Cependant les principales stratégies proposées étaient surtout focalisées sur la prévention et la détection des facteurs de risques.

Lors des assises du 10^{ème} anniversaire de l'Initiative pour la Maternité Sans Risque, le consensus dégagé était qu'en dépit des efforts déployés par les pays et les partenaires, le niveau de mortalité maternelle est resté très élevé. La conclusion en a été tirée que toute grossesse comporte un risque, et que l'assistance d'un personnel qualifié durant chaque grossesse et chaque accouchement est de loin l'intervention la plus efficace pour la réduction de la mortalité maternelle. Ces interventions doivent se faire à tous les niveaux des prestations de services de santé : au niveau de la communauté, au niveau des centres de santé et au niveau des hôpitaux de référence.

Près de la moitié des décès maternels dans le monde, soit 48%, survient en Afrique alors que sa population ne représente que 10% de la population mondiale.

C'est ainsi que l'Union Africaine avec l'appui des directions régionales de l'OMS, de l'UNFPA et de l'UNICEF, ont décidé à Harare, en février 2004, de proposer une Feuille de Route Africaine pour guider les Gouvernements dans le développement des feuilles de route nationales, ceci pour accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé maternelle et infantile. La Feuille de Route Africaine recommande une approche globale de prise en charge des problèmes tenant compte des aspects législatifs, politiques et sanitaires avec une implication effective de la communauté et de la société civile.

Au Tchad, le niveau de la mortalité infantile est resté pratiquement stationnaire entre 1993 et 2004 (103 pour 1000 contre 102 pour mille) tandis que la mortalité maternelle a augmenté durant la même période de 827 à 1.099 pour 100.000 naissances vivantes.

Le présent document de la feuille de route nationale définit les actions à mener pendant la période de 2007 à 2015 pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Tchad.

Il s'agit d'améliorer la couverture sanitaire en matière de soins obstétricaux et néonataux essentiels et la planification familiale d'une part et d'autre part de développer la prise en charge des complications obstétricales et néonatales. Au niveau communautaire, il sera développé la prise de conscience sur les risques liés à la grossesse et l'accouchement et la mobilisation sociale pour la promotion de la santé maternelle et néonatale.

I. CONTEXTE DE LA FEUILLE DE ROUTE

1.1. PRESENTATION DU PAYS

1.1.1. Données géographiques

Le Tchad est l'un des pays d'Afrique centrale entièrement enclavé. Il est situé au cœur du continent entre les 7ème et 24ème degrés de latitude Nord et les 13ème et 24ème degrés de longitude Est. Il couvre une superficie de 1 284 000 km² et est le cinquième pays le plus vaste d'Afrique après le Soudan, l'Algérie, la RDC et la Libye. Le Tchad partage ses frontières avec le Soudan à l'Est, la Libye au Nord, le Cameroun, le Niger et le Nigeria à l'Ouest et la RCA au Sud.

Le port le plus proche, Port Harcourt au Nigeria, se trouve à 1.700 km. A cet enclavement extérieur s'ajoute un enclavement intérieur caractérisé par une insuffisance du réseau routier qui rend difficile la circulation durant une bonne partie de l'année.

Le pays est caractérisé par trois zones climatiques (au nord, la zone saharienne désertique, au centre la zone sahélo saharienne et la zone soudanienne au sud) déterminant les types d'activités socio-économiques de sa population.

1.1.2. Données administratives

Au plan administratif, le territoire est divisé en dix huit (18) régions (y compris la capitale N'Djamena), cinquante (50) départements et deux cent deux (202) sous-préfectures.

1.1.3. Données sociodémographiques

La population est essentiellement rurale (80%). Elle est très dispersée dans le Nord du pays (4 hab. /Km²), et surtout concentrée dans la zone Sud (33 hab. /Km²) qui couvre environ 10% du territoire et où habitent 46% de la population.

D'après les projections, la population du Tchad est estimée à 9.300.000 habitants (DAP/Ministère du Plan, 2003) dont 52% de femmes. Celles en âge de procréer représentent 22,8%, soit 2.120.400, tandis que les jeunes de moins de 15 ans sont 48%. L'espérance de vie est de 49,6 ans, dont 50,6 ans pour les femmes et 48,5 ans pour les hommes (DAP, 2003).

L'âge médian au mariage est de 15,9 ans et l'Indice Synthétique de Fécondité est de 6,3 enfants par femme. Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans contribuent pour 15% à la fécondité totale ; 52% des adolescentes sont mariées à 16 ans et 71% des filles ont déjà un enfant à 19 ans.

Le taux brut de mortalité est encore élevé au Tchad. Il était estimé d'après les Nations Unies en 2005 à 18,6‰. L'espérance de vie à la naissance de la population tchadienne est de 46,3 ans.

Le taux d'alphabétisation est de 31% chez les femmes et de 59% chez les hommes.

L'indice de Développement Humain (IDH) du PNUD classe le Tchad au 173ème rang sur 177 pays en 2005.

1.1.4. Données économiques

Selon l'ECOSIT II, plus de la moitié de la population vivent avec moins d'un dollar par jour. L'incidence de la pauvreté alimentaire est de 55%. Cette pauvreté atteint plus particulièrement les femmes.

Depuis 2003, le Tchad est devenu un pays exportateur de pétrole. Le Gouvernement a déterminé un certain nombre de secteurs définis prioritaires, dont le secteur de la santé et celui de l'éducation, pour bénéficier d'une partie de ces ressources additionnelles, particulièrement en termes d'infrastructures à construire. Il faut cependant rappeler que les ressources liées au pétrole commenceront à baisser dès 2008, selon les prévisions, présentées par le Gouvernement lors de la présentation du budget 2007.

Bien que le Tchad dispose d'importantes potentialités économiques, il est classé parmi les pays les plus pauvres du monde (171ème sur 177 selon l'Indice de Développement Humain du PNUD en 2007). Cette situation de pauvreté s'explique en partie par :

- l'enclavement ;
- la mauvaise répartition temporelle et spatiale de la pluviométrie ;
- la dégradation de l'environnement ;
- la faiblesse du réseau de communication et de transport ;
- l'insuffisance des ressources humaines qualifiées ;
- la propagation de la pandémie du VIH/SIDA et les maladies épidémiques et endémiques récurrentes ;
- les conflits armés persistants ;
- la mauvaise gouvernance.

1.2. LE SYSTEME DE SANTE

1.2.1. Organisation sanitaire

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de développement sanitaire, le Ministère de la Santé Publique a adopté un plan de découpage qui repose sur le mode d'organisation pyramidal basé sur les Districts Sanitaires:

• Niveau central

Il comprend le Cabinet, le Secrétariat Général, l'Inspection Générale, trois Directions Générales, sept Directions Techniques, les Institutions Nationales, les Projets et Programmes Nationaux de Santé et les institutions nationales. Ce niveau a pour rôle la conception et l'orientation de la politique sanitaire du pays, est chargé d'élaborer les politiques de santé, de coordonner les aides extérieures, de superviser, d'évaluer et de contrôler la mise en œuvre des programmes nationaux.

• Niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire comprend 18 Délégations Sanitaires Régionales calquées sur les Régions Administratives. Il est prévu pour chaque DSR un hôpital régional de référence. Le niveau intermédiaire est chargé de la coordination de la mise en œuvre de la politique de santé. Il apporte un appui technique au niveau périphérique

• Niveau périphérique

Il est composé des Districts Sanitaires (DS) calqués généralement sur les départements administratifs à l'intérieur desquels se trouvent les Zones de Responsabilité (ZR). Le niveau périphérique est chargé de l'exécution des activités définies par la politique sanitaire. Le centre de santé offre le paquet minimum d'activités (PMA) qui comprend des activités préventives, curatives et promotionnelles, tandis que l'hôpital de district prend en charge le paquet complémentaire d'activités (PCA) dont les complications obstétricales et néonatales.

Actuellement le Tchad compte :

- 18 Délégations Sanitaires Régionales (DSR), calquées sur le découpage administratif du pays ;
- 72 Districts Sanitaires dont 59 fonctionnels et 13 non fonctionnels ;
- 932 zones de responsabilité dont 705 fonctionnelles, ce qui correspond à un taux de couverture sanitaire théorique de 75,64%.

1.2.2. Ressources en santé

Malgré l'effort du Gouvernement et l'appui des partenaires au développement, la mise en exécution de ce plan de couverture rencontre des difficultés :

- Insuffisance d'équipements et d'infrastructures ;
- Insuffisance d'un personnel qualifié ;
- Faiblesse d'organisation.

1.2.2.1. Infrastructures

L'organisation sanitaire du pays compte des Centres de santé, des hôpitaux de districts, des hôpitaux régionaux et un hôpital général de référence basé à Ndjamena.

Sur les 932 Centres de santé existants, 705 sont fonctionnels, avec un rayon moyen de couverture de 23,68 Km. Selon leur affiliation, 136 de ces centres relèvent d'institutions confessionnelles, 15 sont communautaires.

1.2.2.2. Financement

Conformément aux accords avec les institutions de Brettons Wood, le recrutement annuel du personnel de santé est souvent limité en quantité (300 par an en moyenne), et cela ne permet pas de combler le déficit.

Le secteur de la santé, bien que prioritaire, ne bénéficie que de 7% en 2005 du budget de l'Etat dont plus de la moitié est consacrée au paiement des salaires. Les dépenses d'investissement sont assurées principalement par les partenaires au développement.

Année	Budget total de l'Etat	Dotation au MSP	%	Observations
2000	222.202.516.000	11.748.095.000	5,3%	
2001	355.129.555.000	21.021.165.000	6 %	Augmentation de 0,7%
2002	398.919.680.000	27.026.070.201	6,8%	Augmentation de 0,8%
2003	395.724.188.000	33.408.625.183	8,5%	Augmentation de 1,7%
2004	484.246.759.000	40.191.261.000	8,3%	Chute de 0,2%
2005	527.199.830.000	36.623.856.846	7%	Chute de 1,3%
2006	641.299.000.000	30.285.667.000	4,8%	Chute de 2,2%
2007	577869 000 000	42060496425	5,28	

Source : Direction du Budget/Ministère des Finances, 2007

1.2.2.3. Ressources humaines

Concernant le personnel de santé et selon l'Annuaire de la DSIS/2005, le ratio population/personnel de santé est de 1 médecin pour 27 680 habitants, 1 sage- femme pour 9.074 femmes en âge de procréer et 1 infirmier pour 6 453 habitants. De manière générale, ces statistiques se situent en dessous des ratios préconisés par l'OMS : 1 médecin pour 10.000 habitants, 1 sage-femme pour 5.000 femmes en âge de procréer et 1 infirmier pour 5.000 habitants.

Comme le montre le tableau N°2, il y a une mauvaise répartition du personnel de santé sur l'étendue du territoire : selon la DSIS, 2007, 64,47% des sages-femmes et 63,37% des médecins exercent à N'Djamena qui ne concentre que 8,45% de la population totale du pays.

	Populations	Médecins		SFDE		IDE	
		Nombre	Ratio (OMS :1/10 000)	Nombre	Ratio (OMS : 1/5000)	Nombre	Ratio (OMS :1/5000)
Ensemble Tchad	9858500	370	26 645	152	14 788	1709	5 769
Ndjamena	833531	253	3 295	98	1 939	472	1 766
Reste Tchad	9 024 969	117	71 063	54	167 129	1237	7 296
Rapport (Ndjamena/Tchad)	8,45%	63,37%		64,47%		27,61%	

1.3. PRINCIPAUX PROBLEMES DE SANTE

Tableau N°3 : Les dix principales causes de consultations curatives dans les formations sanitaires

N°	Population générale	0-5ans
1	Paludisme	Paludisme
2	IRA	IRA
3	Diarrhée	Diarrhée
4	Dysenterie	Dysenterie
5	Conjonctivite	Conjonctivite
6	Pertes vaginales	Toux de 15 jours et plus
7	Toux de 15jrs et plus	Coqueluche
8	Urétrite Purulente	Méningite
9	Ulcération génitale	Rougeole
10	Complications du postpartum	Avitaminose A

Source : *Rapport statistique MSP, DSIS 2007*

Chez les enfants de moins de 5 ans, les affections les plus fréquentes sont :

- le paludisme,
- les maladies diarrhéiques
- les infections respiratoires aiguës

1.4. SITUATION DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Le taux de mortalité des enfants de 0 à 1 mois est de 39 pour 1000 naissances vivantes, et celui des enfants de 0 à 1 an, de 102 pour 1000 naissances vivantes.

Le taux de mortalité maternelle est de 1.099 pour 100.000 naissances vivantes en 2004 contre 827 en 1996/97. Les décès des adolescentes dus aux complications des avortements provoqués contribuent pour beaucoup aux décès maternels.

Le taux de prévalence contraceptive est de 3% toutes méthodes confondues et de 1,6% pour les méthodes modernes, selon les résultats de l'EDST II de 2004.

L'indice synthétique de fécondité, qui était de 6,6 enfants par femme en 1997 (EDSTI), est de 6,3 enfants par femme en 2004 selon les données de l'EDST II. Selon la même source, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont de 23 %.

Le risque de décès maternel de la femme tchadienne au cours d'une vie est de 1 : 11 (RDH, 2005), ce qui en fait l'un des risques les plus élevés au monde.

1.3.1. La santé de la mère

Les différentes études menées ainsi que les données du système d'informations sanitaires du Ministère de la Santé Publique ont montré qu'au Tchad la situation est plus préoccupante que dans l'ensemble de la région africaine. En effet, le taux de mortalité maternelle, qui était de 827 pour 100.000 naissances vivantes en 1997 (EDST I), est de 1.099 en 2004 (EDST II).

Ce taux de mortalité maternelle constamment élevé s'explique essentiellement par :

a) une insuffisance dans la surveillance de la grossesse

D'après les résultats de l'EDST II de 2004,

- 57% des femmes enceintes n'ont bénéficié d'aucun suivi par du personnel qualifié ;
- 58% des femmes enceintes n'ont pas été protégées contre le tétanos maternel et néonatal ;
- La première Consultation Périnatale est tardive et rares sont les femmes qui se soumettent aux 4 visites selon les normes préconisées par l'OMS (1,2% des femmes ont effectué les 4 visites) ;
- 79% des accouchements n'ont pas été assistés par du personnel qualifié. Les raisons en sont les suivantes : i) l'éloignement (33%), ii) le manque de temps (21%), iii) la préférence du domicile

(16%), iv) la cherté (11%), et, v) le fait de sentir en bonne santé (10%). Il est utile de relever que cette raison a été autant avancée en milieu rural qu'en milieu urbain.

- 92% des femmes ayant accouché sans assistance de personnel qualifié n'ont ensuite bénéficié d'aucune visite post-natale.

b) une prise en charge inadéquate du travail en cas de complications

Une évaluation nationale des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence a été réalisée en 2003 par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de l'UNICEF/AMDD, l'OMS et l'UNFPA. Il ressort de cette étude que :

- sur 55 hôpitaux de district, seulement 24 hôpitaux (44%) offrent des Soins Obstétricaux d'Urgence complets (SOUC) et parmi ces hôpitaux, six sont d'obédience confessionnelle. La répartition de ces structures SOUC est très inégale sur l'ensemble du territoire.
- Pour ce qui est de l'utilisation des services de SOU, l'étude a montré :
 - une très faible proportion d'accouchements dans les structures SOU : 9,06% pour un minimum acceptable de 15%
 - 0,55% de césariennes pour un minimum acceptable de 5%
 - Parmi toutes les complications obstétricales prises en charge dans les structures SOU, les avortements compliqués (18,92%) et les dystocies (18,79%) occupent la première place, suivis par les infections du post-partum (9,27%), les ruptures utérines (6,42%), les hémorragies (6%) et les éclampsies/pré-éclampsies (3,72%).
 - 3,74% de létalité parmi les femmes présentant des complications obstétricales dans les services SOU pour un minimum acceptable de 1%, c'est-à-dire que la proportion des décès dus à des complications obstétricales est près de quatre fois supérieur à ce qui est acceptable. Les dystocies représentent la première cause des décès (17,70%), suivis des éclampsies/pré-éclampsies (16,42%), des infections du post-partum (13,04%), des ruptures utérines (9,31%) et des hémorragies (8,38%).

L'analyse de ces données hospitalières des causes de décès montre que pour le Tchad, les dystocies et les éclampsies occupent la première place. Lorsque l'on sait que, de manière générale, les hémorragies constituent la première cause de décès maternels, l'on peut en déduire que les femmes du Tchad, victimes d'hémorragies meurent avant de parvenir aux structures de santé.

La faible fréquentation des services SOU s'explique en partie par : i) l'insuffisance et la qualité médiocre des prestations de services fournies, ii) l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel de santé, iii) la non implication des communautés dans la résolution de leurs problèmes de santé, particulièrement les problèmes de santé des femmes, iv) le manque de ressources financières des populations et v) le coût élevé des soins.

c) une faible prévalence contraceptive

Elle est de 3% toutes méthodes confondues et de 1,6% pour les méthodes modernes, selon les résultats de l'EDST-II. On note une très grande disparité selon les lieux de résidence. Ainsi, la prévalence contraceptive est de 10% en milieu urbain (14% à N'Ndjamena et 7% dans les autres villes) contre 1% en milieu rural.

Concernant la connaissance des méthodes de contraception, l'EDST-II montre que 61% des femmes connaissent une méthode quelconque et 48% une méthode moderne. Les méthodes les plus connues sont : le condom masculin (36%), la pilule (35%) et les injectables (32%). Pour les femmes connaissant une méthode de contraception, 66% n'ont jamais discuté de planification familiale avec leur conjoint.

Parmi les femmes n'utilisant pas la contraception et qui ne veulent pas en utiliser dans le futur (61%), certaines (38%) ont cité des raisons relatives à la fécondité (désir d'avoir autant d'enfants que possible et sous fécondité), d'autres sont opposées (24%) à l'utilisation pour des raisons propres ou à cause des interdits religieux, tandis que la méconnaissance des méthodes et des sources d'approvisionnement représente 25% et que les femmes ayant cité des raisons relatives à la méthode (problème de santé, peur des effets secondaires) ne constituent que 6%.

d) un mauvais état de santé de la femme

L'état nutritionnel des femmes a une grande influence sur le déroulement et l'issue de la grossesse. Il influence également la morbidité et la mortalité des jeunes enfants. Selon les résultats de l'EDST-II, une femme sur cinq présente une malnutrition chronique avec un indice de masse corporelle (IMC) inférieur au seuil critique de 18,5.

La charge de travail de la femme, notamment en milieu rural, et l'organisation du repas familial qui octroie à la femme les restes après que les hommes ont mangé, contribuent au mauvais état nutritionnel des femmes.

Près de ¾ des femmes enceintes n'ont pas reçu un supplément en Fer Acide Folique durant leur dernière grossesse et cette situation est plus accentuée en milieu rural.

Concernant la prophylaxie du paludisme pendant la grossesse, la proportion des femmes bénéficiaires est de 39% et c'est la chloroquine qui est le médicament le plus utilisé, suivi de la Sulfadoxine Pyriméthamine.

e) la persistance des pratiques traditionnelles

Les résultats de l'EDST-II indiquent que près d'une femme sur deux (45%) est excisée. La prévalence varie de 0 à plus de 90% selon les régions (Mayo-Kebbi Est et Mayo-Kebbi Ouest : 3,5% ; Logone Occidentale, Logone Orientale et Tandjilé : 12,6% ; Mandoul et Moyen-Chari : 79,9% ; Ouaddaï et Wadi Fira : 91,7% et Batha, Guéra et Salamat : 92,2%).

Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans contribuent pour 15% à la fécondité totale. Parmi elles, 52% sont mariées à 16 ans et 71% ont déjà un enfant à 19 ans.

Concernant la santé de la femme, l'on peut également noter que les fistules obstétricales constituent un facteur important de morbidité maternelle. Une étude réalisée en 2003 a montré que les fistules sont répandues sur l'ensemble du territoire, avec une prévalence très marquée dans la région de l'Est du pays.

1.3.2. La santé de l'enfant

L'état de santé de l'enfant dépend aussi pour beaucoup de l'état de santé de sa mère.

Selon les résultats de l'EDST-II, les indicateurs relatifs à la santé de l'enfant sont :

- un taux de mortalité infantile de 102‰
- Un taux de mortalité néonatale de 39‰. Il n'existe pas de données concernant la mortalité néonatale précoce, ni la mortalité périnatale.
- un taux de mortalité infanto juvénile de 191‰, c'est-à-dire qu'environ un enfant sur cinq n'atteint pas son cinquième anniversaire
- Une proportion d'enfants complètement vaccinés de 11%
- Concernant la prévention du tétanos néonatal, seulement 42% des femmes enceintes ont été protégées. Cette proportion passe de 33% chez les mères sans instruction à respectivement 70% et 83% pour les mères de niveau primaire et secondaire ou plus.
- Près de 90% des enfants souffrant d'infections respiratoires aiguës n'ont pas été vus par un personnel médical
- 44% des enfants de moins de cinq ans ne dorment pas sous une moustiquaire. Il n'existe pas de données concernant les nouveau-nés
- Près de 60% des enfants ayant eu un épisode diarrhéique n'ont pas bénéficié d'une thérapie de réhydratation par voie orale
- 41% des enfants souffrent de malnutrition chronique modérée et près d'un enfant sur cinq souffre de malnutrition chronique sévère.

En matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, dix structures sanitaires réparties sur l'ensemble du territoire avaient introduit la PTME dans leur paquet d'activités à la fin de l'année 2006. Selon les données de la coordination PTME, les 22 centres de dispensation des ARV auront introduit, d'ici la fin de l'année 2007, la composante PTME dans leur paquet d'activités au niveau de l'hôpital de référence et des maternités.

1.4. POINT DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE

Dans les instances médicales internationales, la stratégie de l'accouchement assisté par du personnel qualifié et l'accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence sont reconnus comme étant la stratégie centrale de la lutte pour la réduction de la mortalité et morbidité maternelle et néonatale.

1.4.1. Données statistiques

Au Tchad la situation reste préoccupante comme l'indiquent les chiffres suivants :

- Taux de mortalité maternelle : **1.099** pour 100 000 NV en 2004 (EDST II), en aggravation par rapport au taux de **827** en 96-97 (EDST I)
- Taux de mortalité néonatale : **39** pour 1 000 (EDST II)
- Taux de mortalité infantile : **103** pour 1 000 en 1996-97, **102** en 2004, en stagnation
- Taux de mortalité infanto-juvénile : **191** pour 1 000 en 2004 contre 194 en 1996-1997, en stagnation

Pour faire face aux problèmes de santé des populations, le Gouvernement a engagé plusieurs actions dans le souci d'améliorer la santé des populations, et en particulier la santé des mères et des enfants. Il s'agit de :

- i) Développement des réseaux routiers pour améliorer l'accessibilité,
- ii) Construction de structures sanitaires,
- iii) Priorité donnée au secteur de la santé dans la politique du Gouvernement,
- iv) Mise en place d'une politique de formation pour augmenter le nombre de personnels, et particulièrement de formation de spécialistes pour la santé de la mère et de l'enfant (formation de gynécologues, formation d'infirmiers anesthésistes),
- v) Création du Programme National de Santé de la Reproduction en 1999, puis de la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination en 2006,
- vi) Révision de la Politique Nationale de Santé qui met l'accent sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale,
- vii) Evaluation des besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence en 2003,
- viii) Développement d'une stratégie de coordination des interventions des partenaires,
- ix) Développement des actions de plaidoyer et d'IEC/CCC pour l'amélioration du statut de la femme,
- x) Adoption d'une Loi portant promotion de la Santé de la Reproduction en 2002,
- xi) Adoption de la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (SNRP) en 2003 et dont le secteur de la santé constitue un des axes importants.

Les résultats atteints restent cependant mitigés. En effet, les actions engagées n'ont pas eu un impact significatif sur les indicateurs de santé, particulièrement en matière de santé maternelle et néonatale. L'accessibilité aux soins demeure une préoccupation, particulièrement en zone rurale où vit la majorité (80%) de la population. Le coût des soins demeure élevé pour les populations, dans la mesure où la population participe de plus en plus au financement à travers le système de recouvrement des coûts et alors qu'il n'existe aucun système de partage des risques et que la population est de plus en plus pauvre. Le recrutement du personnel formé est entravé par des considérations macro économiques. L'on note une diminution progressive de la part du budget de la santé dans le budget national.

Au Tchad, malgré les efforts consentis, la situation demeure encore préoccupante comme l'attestent les niveaux élevés de mortalité maternelle et infantile cités plus haut.

1.4.2. Facteurs explicatifs

1.4.2.1. Pour la mère :

- Faible couverture en CPN (DSIS/MSP07 : moins de 52,8% pour CPN1 ; Indice de retour (CPN2 et plus): 1,9% ; les taux de réalisation de CPN 4 ne sont pas connus)
- Faible taux des accouchements en structure (21%) et très faible taux d'accouchements assistés par des professionnels qualifiés¹ (9,08% en 2003 (Evaluation des SONU), autour de 5,5% d'accouchements dans les hôpitaux de district (DSIS/MSP06), 5,1% (DSIS/MSP07), un des taux les plus bas des pays africains). 54% des accouchements en structure ont lieu des les hôpitaux (DSIS/MSP07). Ce dernier indicateur reflète le faible nombre d'accouchement au premier niveau de soins (CS) : 26.000 en 2007 (DSIS/MSP07)
- Prise en charge inadéquate des complications de la grossesse et de l'accouchement:
 - faible taux d'accouchements dans les hôpitaux de référence (5,5%)
 - taux de césarienne 0,54% en 2003, 0,35% en 2006, 0,48% en 2007 (DSIS/MSP).
- Faible couverture contraceptive, 1,6% en 2004 (1,2% en 1996-97), avec des besoins non couverts importants: 23% en 2004
- Mauvais état nutritionnel : 20% des femmes sont malnutries
- Mariages et maternités précoces : 52% mariées à 15 ans en 2004 ; 71% ont un premier enfant avant l'âge de 19ans
- Excision : 45% en 2004, sans progrès notable de réduction au cours des dernières années

Tout ceci s'explique par un manque d'investissement dans le renforcement des systèmes de santé en général, la santé des femmes et la planification familiale en particulier. La mauvaise santé maternelle a un important impact sur la santé néonatale.

1.4.2.2. Pour le nouveau né et l'enfant:

- Tétanos néonatal (VAT2 : 42% des femmes enceintes en 2004, 66% en 2006)
- Faible couverture d'enfants complètement vaccinés : 11%
- Faible taux de consultation préventive de l'enfant (CPE) : 13,48%
- Malnutrition : 41 % des enfants souffrent de malnutrition chronique modérée, 20% de malnutrition sévère
- Diarrhées/Déshydratation
- IRA

Les déterminants à la base de ces facteurs explicatifs se résument aux trois retards suivants :

1. Premier retard : retard à décider de recourir à des soins (facteurs culturels)
2. Second retard : retard à chercher à obtenir des soins (éloignement, disponibilité, accessibilité économique)
3. Troisième retard : retard à bénéficier de soins adaptés et qualifiés (qualité et coûts des services)

1.4.3. Forces, faiblesses, opportunités et menaces

1.4.3.1. Forces du système de santé

Elles résident dans le schéma organisationnel des services de soins assurant une couverture assez bonne du pays. Le pays s'est doté de critères de fonctionnalité des districts sanitaires et s'efforce d'amener chaque DS à réunir ces critères de fonctionnalité.

1.4.3.2. Faiblesses

Elles ont trait au faible taux de fréquentation des services de santé, lui-même lié à l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, à leur répartition inégale. Cette situation ne permet pas la disponibilité de

¹ Par définition, un accouchement est considéré comme assisté lorsqu'un professionnel qualifiée est sur place : sage-femme, infirmière accoucheuse ou médecin, formés aux SONU. Au Tchad les accouchements ne sont assistés à cette date qu'au niveau des hôpitaux de district, régionaux et national.

services de soins de qualité. De plus, l'étendue du territoire national rend l'accessibilité des populations aux services difficile. A cela s'ajoute la pauvreté qui constitue une barrière financière considérable.

1.4.3.3. Opportunités

Le pays dispose de potentialités économiques qui peuvent favoriser des revenus financiers à même d'améliorer sensiblement la part du budget accordée au secteur santé. Les revenus pétroliers constituent de ce point de vue une réelle opportunité.

L'engagement du Chef de l'Etat à subventionner l'ensemble des urgences en santé est également une opportunité pour permettre aux femmes d'accéder aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

La disponibilité des partenaires au développement sociosanitaire du pays peut être mise à contribution pour permettre au pays d'atteindre les OMD.

1.4.3.4. Menaces

La paix et la stabilité sont des facteurs importants dans la réussite de tout programme de développement. La persistance des menaces de guerre civile peut perturber la bonne conduite des actions de développement.

L'absence d'une rigueur dans la gestion des ressources humaines constitue une réelle menace pour la réussite des stratégies de développement sanitaire.

1.4.4. Problèmes prioritaires

Les principaux problèmes auxquels le gouvernement doit faire face pour améliorer la santé des populations en général et particulièrement la santé maternelle et néonatale, et atteindre les OMD en 2015, sont les suivants :

- 1) Insuffisance quantitative et qualitative du personnel et sa mauvaise répartition géographique ;
- 2) Faible qualification du personnel en prestations de Soins Obstétricaux d'Urgence ;
- 3) Faible disponibilité, faible accessibilité et faible utilisation de soins de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum immédiat ;
- 4) Mauvais fonctionnement du système de santé avec un faible système de référence/contre-référence et évacuation des complications obstétricales ;
- 5) Faible pouvoir de prise de décision des femmes ;
- 6) Insuffisance d'implication et de participation communautaire ;
- 7) Persistance de Pratiques et croyances socioculturelles néfastes à la santé de la femme et de l'enfant ;
- 8) Pauvreté croissante et taux d'analphabétisme élevé surtout chez les femmes.
- 9) Insuffisance de coordination stratégique des intervenants et des partenaires en SR.

1.4.5. Défis à relever

Les principaux défis que le gouvernement doit relever ont trait aux aspects suivants :

- Formation, recrutement et gestion de professionnels qualifiés en soins maternels, néonataux et infantiles
- Subvention des coûts des soins maternels et néonataux, en particulier la prise en charge des urgences
- Renforcement de la qualité des services de santé maternelle et néonatale au travers de la supervision, évaluation, revue des décès maternels et assurance de qualité
- Construction et équipement de nouveaux centres de santé de base

II. STRATEGIES DE REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE

2.1. VISION

La vision de la Feuille de route à l'horizon 2015, est celle d'une société Tchadienne, où chaque individu, chaque couple a les moyens, et la liberté de jouir pleinement de sa sexualité, et de choisir le nombre et l'espacement de ses enfants. Une société où la femme, quelque soit son origine, sa condition sociale et économique, vit ses grossesses, accouchements et suites de couches en toute sécurité, avec comme résultat, la mère et le bébé vivants et bien portants.

2.2. BUT

La Feuille de Route Nationale a pour but de contribuer aux efforts du Gouvernement visant à améliorer la Santé Maternelle (OMD 5) et infantile (OMD4) à travers la réduction des cas de décès néonataux.

2.3. OBJECTIFS GENERAUX

- Réduire d'au moins 40% le taux de mortalité maternelle à l'horizon 2015, RMM : 440 p. 100 000 NV
- Réduire d'au moins 40% le taux de mortalité néonatale à l'horizon 2015, RMN : 15,6 p. 1 000
- Réduire d'au moins 40 % le taux de mortalité infanto-juvénile à l'horizon 2015. RMI : 76,4 p. 1 000

2.4. OBJECTIFS SPECIFIQUES

L'atteinte des objectifs généraux ci-dessus passe par des actions visant à :

- Porter à au moins 15% la moyenne nationale du taux de prévalence contraceptive
- Porter la couverture en CPN2 à au moins 80%
- Amener à au moins 70% le taux des accouchements assistés par du personnel qualifié
- Assurer la prise en charge de toutes les complications des accouchements (complications maternelles et néonatales) réalisés dans les structures sanitaires
- Assurer la prise en charge de toutes les complications d'avortements se présentant dans les hôpitaux
- Porter de 4% à 50% le taux des consultations postnatales
- Porter de 13,48% à 60% le taux de consultations préventives enfant (CPE)
- Assurer la prise en charge de tous les cas de diarrhées, paludisme, IRA et malnutrition
- Assurer la prise en charge de tous les cas de fistules diagnostiqués

2.5. AXES STRATEGIQUES

Pour réaliser les objectifs spécifiques retenus, les stratégies suivantes seront appliquées:

- 1. Amélioration de l'accessibilité géographique des services de santé maternelle, néonatale et infantile**
- 2. Amélioration de la disponibilité et de la qualité des services de santé maternelle, néonatale et infantile**
- 3. Promotion de l'utilisation des services de santé maternelle, néonatale et infantile**
- 4. Amélioration de la gestion des services de santé**

2.6. INTERVENTIONS PRIORITAIRES

2.6.1. Amélioration de l'accessibilité géographique aux soins de santé maternelle, néonatale et infantile

L'offre de santé peut être aussi mesurée en termes de distance des formations sanitaires. Les données de l'ECOSIT2 indiquent qu'en moyenne les tchadiens doivent parcourir 14 kilomètres pour atteindre une structure sanitaire. La distance est plus longue en milieu rural (18 km dans le rural septentrional et 16 km dans le rural méridional) qu'en ville. Si l'on considère qu'un ménage a accès à un service de santé quand la distance à parcourir ne dépasse pas 5 km, c'est seulement un peu plus d'un ménage sur trois (36,5%) qui remplit cette condition. Les disparités sont importantes : environ 90% des ménages vivant dans les centres urbains sont à moins de 5 km d'une formation sanitaire, mais dans le reste du pays, la distance moyenne à parcourir est supérieure à 15 km.

Selon les données de DSIS 2007, le déficit en formations sanitaires est de 227 Centres de santé et 13 hôpitaux de Districts.

2.6.1.1. Objectif : - Réduire le rayon moyen de couverture des Centres de Santé de 23,68 km à 12 km
- Rendre opérationnels tous les districts sanitaires

2.6.2.2. Résultats attendus

- 13 nouveaux hôpitaux de Districts sont construits et équipés
- 227 nouveaux centres de santé sont construits et équipés
- Toutes les formations sanitaires dégradées sont répertoriées, réhabilitées et équipées

Tableau N° 4: Programmation des infrastructures à construire

Régions									TOTAUX PAR REGION							
	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		CS	HD
Batha																
Wadi Fira																
BET																
Guéra																
Kanem																
Lac																
Logone Occidental																
Logone Oriental																
Ouaddaï																
Salamat																
Tandjilé																
Chari Bag																
Hadjer Lamis																
N'djaména																
Mayo Kebbi Est																
Mayo Kebbi Ouest																
Mandoul																
Moyen Chari																
TOTAUX/AN																

2.6.1.3. Activités

- Programmer la construction des nouvelles formations sanitaires
- Identifier et délimiter les sites devant les abriter
- Répertorier les formations sanitaires dégradées
- Procéder à l'appel d'offre et à l'attribution des marchés
- Réceptionner les locaux nouvellement construits et ceux réhabilités
- Identifier les besoins en équipement
- Acquérir et affecter les équipements selon les besoins identifiés

2.6.2. Amélioration de la disponibilité et de la qualité des services de santé maternelle, néonatale et infantile

La disponibilité des services de soins est fonction de deux facteurs :

- l'équipement des infrastructures sanitaires
- l'affectation de personnels qualifiés et motivés.

Objectif : Assurer la disponibilité de services de santé maternelle, néonatale et infantile de qualité dans les structures sanitaires à tous les niveaux

2.6.2.1. Les Résultats attendus

- les besoins en personnels qualifiés et en équipements pour les activités de santé maternelle, néonatale et infantile sont répertoriés
- toutes les formations sanitaires disposent du personnel qualifié nécessaire pour les soins maternels, néonataux et infantile
- les formations sanitaires à tous les niveaux sont équipées de façon adéquate,

2.6.2.2. Les Activités

2.6.2.2.1. *Evaluer les besoins obstétricaux non couverts*

- a) Faire l'inventaire des besoins en équipements et établir la cartographie du personnel qualifié par niveau de structure de soins,
 - établir et valider une liste d'équipements techniques et de personnel pour offrir les soins obstétricaux et néonataux essentiels et d'urgence, ainsi que les soins aux enfants de moins de 5 ans, par structure de soins
 - élaborer des fiches d'inventaire des équipements et de cartographie du personnel
 - analyser les résultats des fiches dûment remplies
 - établir par région sanitaire les besoins en personnels qualifiés et en équipements

A. *Amélioration des plateaux techniques dans les formations sanitaires*

- a. Equiper les structures de soins sur la base des besoins évalués:
 - Acquérir et affecter les équipements selon les besoins identifiés, pour assurer les soins en PF, CPN, SONU (y compris les SAA), la CPoN, la PTME et la PCIME.
- b. Assurer la maintenance des équipements :
 - Former, progressivement 40 techniciens de maintenance des équipements biomédicaux
 - Doter les techniciens des trousse de maintenance et de moyens logistiques
 - Affecter les techniciens équipés par région sanitaire
- c. Assurer la disponibilité des moyens de prise en charge des complications obstétricales et néonatales
 - Doter chaque hôpital de district d'une ambulance
 - Doter les hôpitaux non couverts en moyens de télécommunication (RAC)

- Mettre en place des structures pour la transfusion sanguine (banques de sang dans les hôpitaux des régions et dépôts dans les hôpitaux de districts)
 - Equiper les maternités de tous les hôpitaux SONUC en source d'oxygène
 - Mettre en place des unités de néonatalogie dans chaque hôpital régional et à l'HGRN, et en assurer l'équipement
 - Approvisionner régulièrement les services en médicaments, y compris les contraceptifs dont les condoms, et en consommables, dont les boites d'AMIU
- d. Assurer la disponibilité des structures de prise en charge des fistules obstétricales
- Transformer, par un acte officiel, l'Unité de traitement des fistules de N'Djaména, en un centre National de Traitement et de Formation
 - Créer par un acte officiel, les centres secondaires de traitement des cas de fistules, dans les régions sanitaires, en débutant par les centres d'Abéché, Sarh, Mongo, Kélo, Moundou, Mao et Koumra, pour arriver d'ici 2015, à développer la prise en charge des fistules obstétricales dans chaque hôpital régional
 - Doter le Centre national de Traitement et de Formation, ainsi que les centres secondaires de traitement, des équipements spécifiques nécessaires au traitement chirurgical des fistules
 - Doter le Centre national de Traitement et de Formation en matériels nécessaires pour les activités de traitement, formation et supervision : matériel de reprographie, matériel informatique et didactique, véhicule de supervision
 - Assurer la réinsertion des femmes victimes de fistules par le financement des AGR

B. Mise en place de personnels qualifiés

- b) Faire l'inventaire des besoins en équipements et établir la cartographie du personnel qualifié par niveau de structure de soins,
- établir et valider une liste d'équipements techniques et de personnel pour offrir les soins obstétricaux et néonataux essentiels et d'urgence, ainsi que les soins à l'enfant de moins de 5ans, par structure de soins
 - élaborer des fiches d'inventaire des équipements et de cartographie du personnel
 - analyser les résultats des fiches dûment remplies
 - établir par région sanitaire les besoins en personnels qualifiés et en équipements

Tableau N° 5: Planification des besoins en ressources humaines pour la santé maternelle et néonatale

Délégation Régionale Sanitaire	Catégories d'agents	Existant	BESOINS A COMBLER PAR ANNEE					
			2009	2010	2011	2012	2013	2014
Batha 452834 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens							
	Anesthésistes Tech. Sup. ²							
BET 114889 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens							
	Anesthésistes Tech. Sup.							

² Techniciens supérieurs : 1 aide-anesthésiste, 1 aide-opérateur, 1 manipulateur radio, 1 laborantin

Wadi Fira 290118 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens Anesthésistes Tech. Sup.
Hadjer Lamis 412234 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens Anesthésistes Tech. Sup.
Chari Baguirmi 719529 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens Anesthésistes Tech. Sup.
Guéra 480769 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens Anesthésistes Tech. Sup.
Kanem 439441 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens Anesthésistes Tech. Sup.
Lac 397063 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens Anesthésistes Tech. Sup.
Logone Occidental 715046 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens Anesthésistes Tech. Sup.
Logone Oriental 692401 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens Anesthésistes Tech. Sup.
Mayo Kebbi Est 785381 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens Anesthésistes Tech. Sup.
Mayo Kebbi Ouest 509987	SFDE Gynéco-obstétriciens

habitants	Anesthésistes Tech. Sup.			
Moyen Chari 535889 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens Anesthésistes Tech. Sup.			
Mandoul 623588 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens Anesthésistes Tech. Sup.			
Ouaddaï 853837 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens Anesthésistes Tech. Sup.			
Salamat 289484 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens Anesthésistes Tech. Sup.			
Tandjilé 712479 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens Anesthésistes Tech. Sup.			
N'Djaména 833531 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens Anesthésistes Tech. Sup.			
TOTAL 9 858 500 habitants	SFDE Gynéco-obstétriciens Anesthésistes Tech. Sup.			

- c) Mettre à niveau les compétences des agents existant selon les structures de soins
- Former 03 équipes de formateurs en SONU (par équipe : 01 gynécologue, 01 anesthésiste, 02 sages femmes dont une enseignante) à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) et Zinder (Niger)
 - former des équipes de formateurs/superviseurs régionaux (par région 01 équipe de 03 formateurs/superviseurs) en SR en 03 séquences de 03 sessions de 20 participants par séquence (PF et CPN recentrée dont PTME, SONU et SAA, PCIME)
 - organiser dans chaque région 06 sessions de 20 participants en 02 séquences,
 - tenir trois ateliers de 5 jours par atelier pour réviser les modules de formation en PF, CPN recentrée, SONU, CPE et prise en charge nutritionnelle.

- Réaliser les formations/recyclages par région sanitaire des prestataires de niveau inférieur (agents techniques de santé) en CPN recentrée y compris la CPoN et la PTME, la prise en charge des accouchements normaux avec utilisation du partogramme et réanimation du nouveau né, en PF.
- Réaliser la formation de toutes les sages -femmes en SONU et en SAA y compris la prévention des infections, ainsi qu'en CPN recentrée et PTME.
- d) Compléter les effectifs avec le personnel existant (recrutement)
 - Recruter les agents de santé au chômage et les affecter après recyclage pour en améliorer la qualité des prestations.
 - Solliciter la mise à disposition d'assistants techniques (VNU, assistance technique bilatérale) dont 100 sages femmes, 24 gynécologues, 10 pédiatres.
- e) Former par an au moins 70 SFDE et 20 médecins généralistes
 - Rendre fonctionnelles 03 nouvelles écoles interrégionales de formation, particulièrement des SFDE (Moundou, Abéché et Sarh) qui s'ajouteront à celle de Biltine (ECOSAB).
 - Renforcer les capacités de l'ENASS pour produire 30-40 SFDE par an
 - Réviser les curricula des institutions de formation (ENASS, Ecoles interrégionales de formation, FACSS) pour y intégrer les modules de SR (CPN recentrée, PF, PTME, PCIME, SONU dont les SAA, soins postnatals, soins au nouveau né et réanimation néonatale).
 - Créer des laboratoires de SONU (Moundou et Ndjamena en 2008/2009 et Sarh et Abéché/Biltine en 2010).
 - Former 4 enseignants en SR à l'Institut de santé de l'Ile Maurice, ainsi qu'en SONU au Burkina.
 - Former des enseignants, des moniteurs et des encadreurs cliniques de sites de stage au nombre de 20 en SR, en techniques de formation et d'encadrement

Tableau N° 6: Planification des formations initiales

Structure de formation	Capacité de production annuelle	EFFECTIFS PAR ANNEE						
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
FACSS Médecins généralistes								
CHU Walia Médecins généralistes								
ENASS SFDE IDE								
Ecole de Moundou SFDE IDE								

Ecole de Sarh SFDE IDE							
Ecole d'Abéché SFDE IDE							
Ecole de Biltine SFDE IDE							
Ecole de Bébalem SFDE IDE							

- f) Former par an 10 jeunes médecins généralistes en chirurgie d'urgence, dont les SONU
- g) Assurer, au Centre national, la formation des équipes d'opérateurs de fistules des centres secondaires
- h) Former/Recycler, à l'extérieur (Fistula Hospital Addis Ababa, Centre de formation de Katsina au Nigeria) les médecins du Centre national et des centres secondaires, soit un total de 11 médecins
- i) Former 20 gynécologues, 20 pédiatres, 20 médecins anesthésistes, 10 radiologues, 20 techniciens supérieurs en anesthésie, 20 instrumentistes, 20 aides opérateurs.

SPECIALITE	LIEU DE FORMATION	BESOINS DE FORMATION PAR ANNEE						
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gynécologues obstétriciens								
Anesthésistes réanimateurs								
Chirurgiens généralistes								
Radiologues								
Pharmaciens biologistes								

Pédiatres			
Techniciens supérieurs:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ aide-opérateurs ▪ aide-anesthésistes ▪ manipulateurs radio ▪ laborantins 			
Sages femmes enseignantes			

j) Solliciter des assistants techniques

PROFIL	Nombre d'assistants nécessaires	Durée souhaitée de l'assistance technique						
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sages femmes diplômées d'Etat								
Gynécologues obstétriciens								
Anesthésistes réanimateurs								
Chirurgiens généralistes								
Radiologues								
Pharmaciens biologistes								
Pédiatres								
Techniciens supérieurs:								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ aide-opérateurs ▪ aide-anesthésistes 								

<ul style="list-style-type: none"> ▪ manipulateurs radio ▪ laborantins ▪ 			
Sages femmes enseignantes			

C. Révision des outils de gestion des soins

- a) Organise un atelier d'adaptation des différents outils (fiche et registre CPN, partogramme, fiche PCIME, planning familial, consultation postnatale, suivi de nourrisson, fiche de suivi nutritionnel, fiche SAA, fiche de référence).
- b) Valider et diffuser les différents supports. La validation des outils sera réalisée durant un atelier de 03 jours pour 50 personnes. Les outils seront multipliés pour l'approvisionnement des structures de soins (CS, HD, HR et HGRN).

D. Renforcer les activités dans le cadre de la PCIME

- a) augmenter le taux des consultations CPE de 13,8% à au moins 50%
- b) développer des services de prise en charge nutritionnelle selon le protocole national (Centres de nutrition supplémentaire, centres de nutrition ambulatoire au niveau des centres de santé, centres de nutrition thérapeutique au niveau des services de pédiatrie des hôpitaux)
- c) renforcer la prise en charge des maladies diarrhéiques, du paludisme et des IRA

E. Supervision des services en soins obstétricaux et néonataux

- a) Elaborer et valider un guide de supervision intégrée.
- b) Organiser et réaliser une Supervision formative régulière des services obstétricaux et néonataux
- c) Evaluer la qualité des services obstétricaux et néonataux.

F. Développer la recherche action en matière de santé maternelle et néonatale

- a. Elaborer des protocoles de recherche sur la base des résultats d'évaluation ou dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme.
- b. Etablir un partenariat avec la FACSS pour proposer des sujets de Thèse portant sur la santé maternelle, néonatale et infantile (qualité des soins, audits des décès maternels, enquêtes CAP, etc.).
- c. Mettre en œuvre les protocoles validés et financés
- d. Restituer les résultats des recherches.
- e. Valoriser les résultats des recherches (exploitation des recommandations pour améliorer les interventions)

2.6.3. Promotion de l'utilisation des services de santé de santé maternelle et néonatale

Objectif : Augmenter le taux d'utilisation des services de santé maternelle, néonatale et infantile

2.6.3.1. Résultats attendus

1. Porter à au moins 15% la moyenne nationale du taux de prévalence contraceptive
2. Porter la couverture en CPN2 à au moins 80%
3. Amener à au moins 70% le taux des accouchements assistés par du personnel qualifié
4. Assurer la prise en charge de toutes les complications des accouchements (complications maternelles et néonatales) réalisés dans les structures sanitaires

5. Assurer la prise en charge de toutes les complications d'avortements se présentant dans les hôpitaux
6. Porter de 4% à 50% le taux des consultations postnatales
7. Assurer la prise en charge chirurgicale et la réinsertion sociale de tout cas de fistule diagnostiqué

2.6.3.2. Activités

A. Maintenir la gratuité des soins prénataux et des services de *planning familial*

B. Subventionner les accouchements et les urgences obstétricales maternelles et néonatales

- a. dénombrer les cas par région et par an

Tableau N°9 : Inventaire des prestations en santé maternelle, néonatale et infantile par niveau de soins			
N°	NIVEAU	PRESTATIONS	COUTS
I	Centre de santé de base (Sage-femme, SONUB)	Consultation prénatale intégrée (CPN recentrée) incluant la PTME	
		Accouchements eutociques, prise en charge des complications (traitement de première ligne et référence) et suites de couche	
		Suivi du nourrisson	
		Soins post-avortement (AMIU)	
		Planification familiale	
II	Centre de première référence (Hôpitaux de district devant délivrer des SONUC)	Consultation prénatale intégrée (CPN recentrée) incluant la PTME	
		Accouchements eutociques et suites de couches	
		Accouchements dystociques	
		Prise en charge des pré-éclampsies et éclampsies	
		Soins intensifs du nouveau-né durant la première semaine de vie (pour souffrance cérébrale aiguë, infection néonatale sévère, détresse respiratoire sévère et hypothermie)	
		Soins post-avortement (AMIU)	
		Césarienne et chirurgie gynéco-obstétricale (GEU, Rupture utérine)	
		Planification familiale, incluant stérilisation et implant	
III	Hôpitaux régionaux et nationaux	Accouchements eutociques	
		Accouchements dystociques	
		Suivi des pathologies prénatales et prise en charge des pré-éclampsies sévères et des éclampsies	
		Soins intensifs au nouveau-né (pour souffrance cérébrale aiguë, infection néonatale sévère, détresse respiratoire sévère et hypothermie)	
		Aspiration Manuelle Intra Utérine	
		Césarienne et chirurgie gynéco-obstétricale (GEU, Rupture utérine)	
		Réanimation maternelle	
		Prise en charge des femmes vivant avec une fistule	
		Soins spécialisés aux nouveau-nés	
		Planification familiale, incluant stérilisation et implant	

- b. Définir les cas éligibles pour la subvention

Les complications prises en compte comprennent celles de la grossesse, de l'accouchement et de la période du post-partum (grossesses molaires, soins post-avortement, anémie sévère, paludisme, hémorragie, pré-éclampsie et éclampsie, dystocie mécanique, infection, accouchement prématuré, grossesse ectopique, fistules obstétricales) ainsi que les complications néonatales.

Tableau N°10 : Niveaux de subventions des différents cas de SONU			
Prestations	Coûts (en FCFA)	Taux de subvention	Coûts résiduels à la charge des patients
Prise en charge de l'accouchement eutocique et des complications au niveau DS (CS et Hôpital de district)*	Voir tarification actuelle	100%	0%
Accouchements eutociques dans les Hôpitaux régionaux et nationaux	Voir tarification actuelle	0%	100%
Césarienne, laparotomie	120 000	100%	0%
Autres SONU	Environ 60 000	100%	0%
Fistules (réparation et appui à la réinsertion sociale)	251 000	100%	0%

- c. évaluer les coûts des différents cas par région et par an
- d. mobiliser le financement de la subvention
- e. mettre en place un mécanisme d'affectation de la subvention et de gestion des fonds

Tableau N°11 : Synthèse de l'évolution attendue du nombre de cas et estimation des coûts pour l'ensemble du pays de 2008 à 2015

CAS	valeur	Population Totale Coût unitaire des cas (en FCFA)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
			10 154 300	10 450 800	10 747 300	11 080 466	11 423 961	11 778 104	12 143 225	12 519 665
Accouchements attendus (4,1%)	0,041		416 326	428 483	440 639	454 299	468 382	482 902	497 872	513 306
Césariennes attendues	0,01	120 000	4 163	4 284	4406	9 086	4 684	14 487	19 915	26 665
Accouchements dans les centres de santé de base			412 163	422 056	436 233	445 213	442 621	468 415	477 957	485 074
Complications attendues (15% des accouchements)	0,15		62 449	64 272	66 096	68 145		72 435	74 681	76 996
Autres SONU		60 000	58 286	59 988	61 690	59 059	65 573	57 948	54 766	50331
Fistules		251 000	500	500	500	500	500	500	500	500
COÛT TOTAL DES ACTES SUBVENTIONNES (en FCFA)			6 595 198	6 771 196	6 973 018	7 307 950	7 657 084	8 151 310	8 669 002	9 255 604

Note : Ces coûts ne prennent pas en compte les coûts des CPN (consultations prénatales) et des consultation de Planification Familiale.

C. Renforcer la communication interpersonnelle entre le personnel de santé et la population pour une meilleure utilisation des services

- a) Réviser/élaborer les modules de formation en CCC (CIP/C, IEC).
- b) Former en 03 ateliers 60 formateurs régionaux à l'utilisation des modules.
- c) Former 1820 prestataires (2/CS, 4/HP) en CCC (CIP/C, IEC)
- d) Disséminer dans les structures de soins les supports de communication
- e) Equiper les CS et les hôpitaux de matériel audio et vidéo (haut-parleur, microphone, téléviseur, magnétoscope, mégaphone, caméra et accessoires, groupe électrogène);
- f) Etablir les liens avec les relais communautaires pour le suivi du nouveau né et de la mère après la naissance

D. Renforcer la mobilisation sociale en vue de l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale

- a. Informer, au cours de rencontres et par les médias, les leaders d'opinion (autorités religieuses, coutumières et leaders politiques, responsables administratifs et d'ONG/associations) du contenu et de la portée du programme
- b. Impliquer les leaders d'opinion dans la sensibilisation et la mobilisation de leurs communautés respectives :
 - Elaborer et produire des supports de sensibilisation (affiches, dépliants, boîtes à images, etc.) dans tous les domaines de la santé maternelle et infantile, y compris la PF et les fistules obstétricales.
 - Mettre les supports et d'autres ressources, notamment financières, à la disposition des différents leaders d'opinions

E. Renforcer la communication pour le changement de comportement au niveau des communautés

- a. former les responsables des ONG et associations à la communication sur la santé maternelle et néonatale
- b. doter les responsables des ONG et associations des moyens (supports et financement) pour mener des activités de sensibilisation au sein des populations
- c. former les responsables des organisations à base communautaire, les femmes, et particulièrement les accoucheuses traditionnelles (AT), et les jeunes en techniques de communication pour le changement de comportement (CCC) en matière de SR/PF y compris la prévention du VIH/SIDA, et surtout sur les signes de danger devant amener à recourir aux services de santé en mettant l'accent sur la notion des 03 retards
- d. assurer la supervision de ces AT par les responsables des CS de leurs zones de responsabilité

F. Impliquer les communautés dans la gestion des services

- a. informer les membres des COGES, des comités de santé de district et des régions sanitaires, des conseils d'administration des hôpitaux sur le contenu et les mécanismes de gestion de la subvention

G. Evaluer les opinions des utilisateurs

- a. Elaborer des protocoles et mener chaque année des enquêtes CAP auprès des populations sur les services de santé maternelle, néonatale et infantile.
- b. Faire la restitution des résultats des enquêtes CAP auprès des responsables sanitaires et utiliser les recommandations pour améliorer les prestations

2.6.4. Amélioration de la gestion des services de santé

Objectifs : Renforcer les compétences des responsables des services de santé et les performances des services

2.6.4.1. Résultats attendus

- 100% des responsables des services
 - o produisent de bons plans d'action
 - o Appliquent correctement les clauses du manuel de procédures de gestion

- Fournissent dans les délais les rapports d'activités et financiers
 - Supervisent régulièrement les services placés sous leur responsabilité
- 100 des sages femmes utilisent le partogramme

2.6.4.2. Activités

A. Mettre en œuvre une stratégie nationale de gestion optimale des ressources humaines en santé

- a. réaliser la cartographie des ressources humaines en santé
- b. définir des mécanismes de motivation des agents de santé
- c. procéder à l'affectation des personnels selon les besoins des structures

B. Rationaliser les soins obstétricaux et les ordonnances

- a. Finaliser, en un atelier de 06 jours pour 15 participants le document de Politique nationale de SR et en réaliser la validation.
- b. élaborer un manuel (normes et procédures) prescrivant les « meilleures pratiques » en matière de consultation prénatale, de gestion d'une parturiente, de soins à la mère et à son nouveau né. Cette rationalisation portera non seulement sur la qualité de l'accueil, mais également sur les prescriptions (consommables, médicaments), ceci dans le but de rendre les coûts accessibles.
- c. rendre systématique l'utilisation des partogrammes dans toutes les salles d'accouchement. Ceci est fondamental dans la prévention et la prise en charge des complications ;
- d. instaurer la « revue des décès maternels » dans tous les hôpitaux, de façon à pouvoir établir avec le plus de précisions possibles les circonstances et les déterminants de ces décès, et de prendre les mesures nécessaires pour les éviter. Ces revues seront organisées par des Comités qui seront mis en place progressivement, d'ici 2010, dans les différents hôpitaux
- e. Organiser le circuit d'information sur les décès maternels survenant dans la communauté ou au niveau du CS afin de permettre à l'équipe du district de mener les investigations nécessaires à l'analyse des cas (autopsies verbales et revues des décès maternels dans les institutions)

c. Renforcer les capacités gestionnaires des différents niveaux du système de santé (CS ; DS ; DRS, hôpitaux et Coordination nationale)

- a. Elaborer un module de formation des responsables des différents niveaux en planification, suivi, évaluation, reportage
- b. Former les différents responsables à la planification, au suivi et à l'évaluation des activités
- c. Elaborer un manuel de procédures de gestion administrative et financière
- d. Former les différents responsables à l'utilisation du manuel de procédures

D. Renforcer le système d'information sanitaire

- a. Réviser les supports de collecte des données (registres de consultations, fiches de RMA, etc.). cette révision sera réalisée par les équipes de la DSIS et de la DSRV, assistées des responsables des structures de soins, lors d'un atelier de 8 jours regroupant 20 personnes.
- b. Doter les différents niveaux des moyens logistiques pour analyser les données collectées. Cela comporte la mise à disposition de moyens informatiques adaptés et de moyens de fonctionnement.
- c. Renforcer les capacités de la DSIS en synthèse, analyse des données, édition et diffusion de rapports annuels

3. MISE EN ŒUVRE DU PLAN

Objectif : Réaliser 100% des objectifs de la Feuille Nationale de Route

3.1. Les Résultats attendus

- Une structure nationale assure la coordination technique et impulse une dynamique de planification axée sur des résultats précis,
- Un fonds est spécialement créé pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile
- Une Unité de gestion est mise en place pour gérer le fonds,
- Un manuel de procédures de gestion administrative et financière régule tout le processus de mise en œuvre de la Feuille de Route
- Un Conseil d'administration se réunit régulièrement pour veiller à la bonne exécution des plans annuels des structures opérationnelles, notamment :
 - En adoptant les directives de planification initiées par le responsable de la structure de coordination technique
 - En signant des contrats d'objectifs avec les structures opérationnelles
 - En veillant à l'affectation des ressources nécessaires à temps
 - En tenant des sessions régulières de suivi de la mise en œuvre des plans opérationnels
 - En rendant compte au Cabinet du Ministre et aux partenaires de l'évolution de la mise en œuvre de la Feuille de Route.
- les ressources nécessaires sont affectées à temps aux acteurs de terrain,
- les activités programmées sont exécutées dans les délais,
- les objectifs retenus sont atteints

3.2. Les activités

La réussite de la Feuille de Route dépendra de l'efficacité des dispositions qui seront prises pour sa bonne mise en œuvre. Ces dispositions comprennent :

3.2.1. Au niveau central :

- la mise en place d'un **Comité Technique National** chargé de la coordination technique de la Feuille de Route,
- la création par le Gouvernement d'un « **Fonds national pour la Santé maternelle et néonatale** »,
- l'approvisionnement chaque année de ce Fonds par les contributions du Gouvernement et des partenaires
- la mise en place d'une **Unité de Gestion du Fonds** dotée des moyens et de l'autonomie nécessaires pour gérer en toute transparence le Fonds et rendre compte régulièrement au Gouvernement et aux partenaires
- la mise en place d'un **Comité Directeur**, sorte de conseil d'administration chargé du suivi de l'Unité de gestion du Fonds et de l'évolution des indicateurs de la Feuille de Route.

Tableau N° 12: Composition et tâches des structures centrales de mise en œuvre

N°	STRUCTURE	COMPOSITION	TACHES ;
I	Comité Technique National de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Néonatale	<p>Mis en place par un arrêté du Ministre de la Santé Publique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Président : le DGAS • Vice-président : la DSRV • Rapporteur : le chef de Division BEF/SME de la DSRV • Membres : chef de Division Planification et Suivi de la DP, DOSS, BIEC, OMS, UNFPA, UNICEF, UE, ASTBEF, CELIAF 	<p>Orienter la mise en œuvre de la Feuille de Route à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la centralisation et l'analyse des rapports périodiques d'activités des structures opérationnelles (DS, Hôpitaux Régionaux et HGRN), - la production de rapports, - l'élaboration annuelle d'une directive de planification pour les niveaux national, régional et de district.
II	Unité de Gestion	<ul style="list-style-type: none"> • un coordonnateur (niveau maîtrise en gestion des entreprises) • deux comptables • un expert en évaluation des projets • un expert en passation des marchés <p>personnels administratifs (secrétaires, informaticien, chauffeurs, techniciens de surface)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir aux acteurs opérationnels des informations additionnelles sur les choix prioritaires du ministère de la Santé et les ressources disponibles devant leur permettre de finaliser les plans des districts sanitaires ; - vérifier la prise en compte des directives de planification élaborées au plan national et la cohérence des choix des districts et des directions régionales de la santé avec les objectifs du programme ; - procéder à un financement global intégrant l'ensemble des interventions techniques et - financières à l'échelle de chaque Délégation sanitaire ; - procéder à l'évaluation de la mise en œuvre des plans d'action et du niveau d'atteinte des indicateurs de performance.
III	Comité Directeur	<p>* Président : SG/Santé</p> <p>* 1er Vice Président : le DGAS</p> <p>* 2^{er} Vice Président : le le Directeur de la Planification</p> <p>* Rapporteur Général : la DSRV</p> <p>* Rapporteur Adjoint : le responsable du BCE</p> <p>* Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'Inspecteur Général des Services de Santé ; - le Directeur Général de l'action sanitaire régionale - le Directeur de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires ; - un représentant du Ministère en charge des Infrastructures ; - le Directeur des Affaires Administratives et Financières/MSP ; - le Directeur des Ressources Humaines ; - le Directeur de l'organisation des services de santé ; - le Directeur Général de la Coopération du ministère de l'Economie et du Plan 	<ul style="list-style-type: none"> - approuve les accords de mise en œuvre des plans d'action des structures bénéficiaires - autorise l'approvisionnement et le réapprovisionnement des comptes de l'UG et des DRS/DS ; - assure la coordination entre la structure de coordination du Programme et le Fonds ; - assure la coordination entre le Fonds et d'autres initiatives en matière de financement du secteur de la santé ; - adopte les rapports semestriels et annuels d'activités et financiers du programme ;

		<ul style="list-style-type: none"> - le Directeur de l'Elaboration et du Suivi du Budget/Ministère des Finances ; - le Secrétaire Permanent du Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST ; - tous les délégués des régions sanitaires ; - un représentant des partenaires bilatéraux ; - un représentant des partenaires multilatéraux ; - un représentant des agences du système des Nations Unies - Membres observateurs : l'OMS et tout participant au financement du programme. 	<ul style="list-style-type: none"> - approuve les orientations futures du programme et son évolution sur le plan institutionnel.
--	--	---	---

3.2.2. Au niveau intermédiaire

- La responsabilisation des Délégations Sanitaires Régionales pour :
 - assurer la coordination des interventions opérationnelles au niveau régional, la mobilisation des partenaires locaux et des ressources locales, l'appui technique et financier aux districts sanitaires, le suivi, la supervision et l'évaluation de la mise en œuvre de la Feuille de Route Nationale,
 - élaborer leurs plans annuels et appuyer les districts à élaborer les leurs.
- La mise en place d'un Comité technique Régional de Coordination et de suivi/évaluation sous la présidence du Gouverneur, le Délégué Sanitaire Régional en assurant le secrétariat. Le comité se réunira de façon périodique, pour le suivi de l'exécution du plan.

3.2.3. Au niveau périphérique

La mise en place d'un **Comité technique** sous la présidence du Préfet, le secrétariat étant assuré par le Médecin chef de district.

La mise en œuvre de la FRN sera appuyée, suivie et contrôlée par :

- Le Conseil de Santé du district sanitaire ;
- Le Comité de Gestion de l'hôpital de district,

Les Comités de Santé (COSAN) des centres de santé

Les équipes cadres des districts :

- travailleront étroitement avec les responsables des centres de santé, des hôpitaux de district, les comités de santé et les partenaires,
- mettront en place un système de référence/contre référence et évacuation efficace adapté au contexte,
- intégreront dans leurs annuels la composante « Réduction de la mortalité maternelle et néonatale » et veilleront à ce qu'il en soit de même dans le micro- plan des Centres de Santé et des hôpitaux de district.

Les médecins chefs de districts sanitaires organiseront, sous la supervision des Préfets, les ateliers d'adoption des plans et veilleront à leur mise en œuvre et au suivi des plans adoptés.

Tous les trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique) produiront des rapports périodiques qui indiqueront les acquis, les faiblesses et les solutions à envisager pour les résoudre.

3.2.4. Autres structures

Indépendamment des structures sus-citées, des structures de contrôle ainsi que des mécanismes d'affectation des ressources aux prestataires seront mis en place. Il s'agit :

- des instances de contrôle

Pour la crédibilité du mécanisme, des contrôles internes et externes sont effectués sous forme d'audits.

- des sessions de financement

Ce sont des sessions destinées à approuver les plans annuels du Comité technique national, DRS et des DS, et de procéder à l'allocation des ressources nécessaires. Elles sont organisées par le Comité Directeur

3.3. SUIVI ET EVALUATION DE LA FEUILLE DE ROUTE

3.3.1. Suivi

Des supports sont produits et mis à la disposition des structures opérationnelles pour la collecte des informations sur leurs activités et sur les dépenses. Les responsables des structures doivent transmettre les différents rapports après analyse des données collectées.

Le suivi de la mise en œuvre du programme nécessite la disponibilité d'indicateurs renseignant sur :

- les intrants, à savoir les ressources mobilisées, notamment en termes de :
 - o formation du personnel,
 - o affectation des ressources.
- les activités menées au niveau de la coordination (niveau central), intermédiaire (DRS) et opérationnel (DS, hôpitaux) ;
- les résultats issus des activités,
- l'impact du programme sur la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Les indicateurs pertinents en matière de suivi sont ceux relatifs aux résultats et à l'impact du programme. Il s'agit des indicateurs figurant en annexe 2.

Outre les rapports et en fonction des informations contenues dans ceux-ci, la Coordination Nationale peut organiser des supervisions dans l'une ou l'autre structure. Les supervisions devraient être programmées au cours des sessions du Comité Directeur, et être menées des équipes comprenant toutes les parties prenantes (Ministère de la Santé Publique, partenaires, Unité de gestion). Les rapports de supervision sont soumis au Comité Directeur.

3.3.1.1. Système d'Information Sanitaire (SIS)

Les données de routine collectées dans le cadre du SIS permettront d'assurer le suivi à chaque niveau du système. Il sera nécessaire d'adapter les outils de gestion (ex : registres de CPN, fiches de CPN, dossier d'accouchements, etc.)

De même, la surveillance des décès et des causes de décès se fera à travers tout le pays.

Les données et les informations sont collectées, analysées et transmises trimestriellement à la DSRV à travers les délégations sanitaires régionales.

3.3.1.2. Enquêtes

Pour disposer des données fiables capables de suivre les progrès, des enquêtes du type MICS (enquêtes à indicateurs multiples) seront menées.

3.3.1.3. Supervision et monitoring

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Il sera élaboré par niveau un plan régulier de suivi des activités de santé. Le niveau central supervisera semestriellement les activités des régions sanitaires. Les districts sanitaires seront supervisés tous les deux mois par les Régions et assureront mensuellement, à leur tour, une supervision rapprochée des formations sanitaires de leurs zones respectives.

3.3.1.4. Revues

Le Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec le Ministère du Plan et les partenaires, organisera des revues périodiques tant internes qu'externes.

3.3.2. Evaluation

Les évaluations sont indispensables pour apprécier le niveau d'atteintes des objectifs du Programme. Ainsi, des évaluations tous les deux ans (2010, 2012, 2014) sont nécessaires pour juger de la pertinence des objectifs, de l'efficacité des stratégies et de la performance des structures. Des enquêtes type EDS seront menées tous les trois ans (2011, 2014 et 2016) pour mesurer l'impact du programme sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Une évaluation finale du programme interviendra en début 2016.

3.4. ROLE DES COMMUNAUTÉS ET DES PARTENAIRES

3.4.1. Rôle des communautés

Outre le financement et la mobilisation des ressources, les communautés et les collectivités locales seront impliquées activement dans tout le processus de planification de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des plans opérationnels de la FRN. Leurs capacités seront renforcées pour la prise en charge des problèmes de santé des mères et des nouveaux nés.

Les structures de dialogue (comité de santé, comité de gestion) et les différentes associations sont les acteurs essentiels. Elles informent les communautés sur les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum nécessitant le recours à temps aux formations sanitaires.

Ces structures mobilisent également les communautés pour l'organisation d'un système permettant d'apporter une aide aux femmes enceintes présentant des complications gynéco obstétricales pour leur évacuation vers les structures sanitaires appropriées.

De par leur présence au sein des différents comités, les ONG et Associations de santé ainsi que les représentants des départements ministériels apporteront leurs appuis, chacun dans son domaine de compétence, pour la mise en œuvre de la FRN.

3.4.2. Rôle des partenaires

Les partenaires au développement soutiendront les efforts du Gouvernement et contribueront à la mobilisation des ressources, au renforcement du partenariat et du cadre institutionnel pour faciliter la mise en œuvre de la FRN. Ils seront impliqués à toutes les étapes du processus.

3.5. FACTEURS INFLUENÇANT LA MISE EN ŒUVRE

3.5.1. Facteurs favorisants

Parmi les facteurs favorisant la mise en œuvre du plan opérationnel, l'on note :

- la volonté politique du Gouvernement de faire de la santé l'un des secteurs prioritaires dans la lutte contre la pauvreté;
- l'intérêt porté par le Gouvernement dans tout le processus d'élaboration de la FRN;
- la participation des communautés à la gestion de leurs problèmes de santé à travers les COSAN
- l'accès à des ressources nouvelles provenant du Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose et de GAVI pour la vaccination ;
- l'existence de ressources pétrolières ;
- la multiplicité des partenaires internationaux au développement appuyant le secteur ;
- la disponibilité de plusieurs ONG nationales et internationales intervenant dans le secteur de la santé.

3.5.2. Contraintes pour la mise en œuvre

- Les principales contraintes à la mise en œuvre du plan opérationnel sont :
- la mobilité et l'insuffisance des ressources humaines;
- l'insécurité, notamment sur les axes routiers ;
- les perturbations sociales (grèves) ;
- la pauvreté croissante et l'analphabétisme élevé chez les femmes;
- le faible pouvoir de prise de décision des femmes ;
- l'insuffisance d'implication et de participation communautaire ;
- l'insuffisance de coordination stratégique des intervenants dans le secteur.

4. CONCLUSION

Le présent plan opérationnel de la FRN 2007-2015 est un instrument de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé dont le but est d'améliorer l'état de santé de la population Tchadienne. Il sera exécuté à travers trois phases et des plans d'action annuels de manière à l'adapter à l'évolution du contexte politique et socio-économique du pays.

La paix, la stabilité politique et économique du pays, la volonté politique au plus haut niveau de l'Etat, le développement d'un partenariat nouveau et fort, la collaboration multisectorielle, l'amélioration du financement du secteur de la santé, la collaboration entre le secteur public et le secteur privé, l'implication effective de la Société Civile, y compris la communauté, constituent, entre autres, les facteurs déterminants pour la mise en œuvre du plan opérationnel.

Pour ce faire, le Gouvernement de la République du Tchad, conscient de la gravité de la situation sanitaire des mères et des nouveaux nés notamment, s'engage à allouer dans la limite de ses capacités, les ressources nécessaires et à prendre toutes mesures utiles à la mise en œuvre de ce plan opérationnel.

Il compte sur la solidarité nationale et internationale pour la mobilisation des ressources additionnelles requises en vue de l'atteinte des objectifs fixés par la FRN.

5. MATRICE DE LA FEUILLE DE ROUTE NATIONALE DE REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTIME

Logique d'Intervention		Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Source de vérification	Période	Risques / Hypothèses	Responsabilité
La Vision	Assurer à chaque femme Tchadienne, à son bébé et à ses enfants les meilleures conditions pour une bonne santé	Les OMD son atteints au Tchad en ce concerne la mère et l'enfant	Statistiques OMS	D'ici 2015	- Troubles socio-politiques - Manque de ressources	Etat Tchadien
Le But Final	Réduire la mortalité chez les femmes, les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans	Les taux de mortalité ont baissé chez les femmes et les enfants de moins de 5 ans	- Evaluation MSP - Enquête OMS	D'ici 2015	- Troubles socio-politiques - Manque de ressources	Gouvernement Tchadien
Objectif général	D'ici fin 2015, ramener les taux de mortalité : - maternelle de 1099 à 440 pour 100 000 NV, - néonatale de 39‰ à 15‰ - infanto juvénile de 191‰ à 76,4‰	Taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile réduits d'au moins 40%	EDS	2011, 2014, 2016	- Troubles socio-politiques - Manque de ressources	MEP/MSP
LES axes stratégiques de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile :						
STRATEGIE 1: Amélioration de l'accessibilité géographique		Objectifs : D'ici 2015 : - Réduire le rayon moyen de couverture des Centres de Santé de 23,68 km à 12 km - Rendre opérationnels tous les districts sanitaires				
Logique d'Intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Source et moyen de vérification	Période	Risques / Hypothèses	Responsabilité	Ressources
Résultat attendu1 *13 nouveaux hôpitaux de Districts sont construits et équipés *227 nouveaux centres de santé sont construits et équipés *Toutes les formations sanitaires dégradées sont répertoriées, réhabilitées et équipées	Nombre de nouvelles formations sanitaires construites et équipées Nombre de formations sanitaires dégradées réhabilitées et équipées	Rapports d'évaluation de la Feuille de Route	2010, 2012, 2014, 2016	Insuffisance de ressources	MSP	
Activité 1.1	Programmer les nouvelles constructions	Programme des constructions adopté par le gouvernement	Rapport du Conseil des ministres	2008 -2009	Engagement du gouvernement	MSP Voir budget
Activité 1.2	Répertorier les formations sanitaires dégradées	Formations sanitaires dégradées identifiées	Liste	2008 -2009	Engagement MSP et Min. Infrastructures	

Logique d'Intervention		Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Source de vérification	Période	Risques / Hypothèses	Responsabilité
Activité 1.3	Construire les nouvelles formations sanitaires et réhabiliter celles dégradées	Nombre de CS et d'HD construits, Nombre de FS réhabilitées	- Bordereaux des livraisons - rapports d'activités des DS	2005 – 2006 2009-2015	Engagement des partenaires	
Activité 1.4	Equiper les formations sanitaires nouvellement construites et réhabilitées	Nombre de FS équipées	- rapports d'évaluations annuelles	2009- 2015	Non disponibilité des fonds	MSP

STRATEGIE 2 : Amélioration de la disponibilité et de la qualité des services de santé maternelle, néonatale et infantile		OBJECTIF : Assurer la disponibilité de services de santé maternelle, néonatale et infantile qualité dans les structures sanitaires à tous les niveaux				
Logique d'Intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Source de vérification	Période	Risques / Hypothèses	Responsabilité	1.1.1.1 Ressources
Résultat attendu 2 Les plateaux techniques des formations sanitaires sont améliorés	- % FS disposant d'équipements techniques complets	- Rapport d'évaluation	2009-2015	Non disponibilité des ressources financières Non disponibilité du personnel qualifié	- Comité Technique National - Comité Directeur - Unité de Gestion	Voir Budget
Activité 2.1 Faire l'inventaire des besoins en équipements et établir la cartographie du personnel qualifié par niveau de structure de soins	Besoins en équipement et en personnels qualifiés connus	Rapport d'inventaire	2008	Non disponibilité des ressources financières	- Comité Technique national - Partenaires	
Activité 2.2 Acquérir et affecter les équipements selon les besoins identifiés, pour assurer les soins en PF, CPN, SONU (y compris les SAA), la CPoN, la PTME et la PCIME:	% de FS équipés selon les besoins identifiés	Rapports d'évaluation annuelle	2009-2012	- Idem -	- Comité Technique national - Partenaires	
Activité 2.3 Former et équiper progressivement 40 techniciens de maintenance des équipements biomédicaux	Nombre de techniciens en maintenance formés	Rapports d'évaluation annuelle	2009-2014	- Idem -	- Comité Technique national - Partenaires	
Activité 2.4 Affecter les techniciens équipés par région sanitaire	Nombre de régions disposant de techniciens équipés	Rapports d'évaluation annuelle	2009-2014	- Idem -	MSP	

Activité 2.5	Assurer la disponibilité : a) dans chaque hôpital de district : - 1 ambulance - 1 dispositif de télécommunication - 1 dépôt de sang b) dans chaque hôpital régional : - 1 ambulance - 1 banque de sang - 1 unité de néonatalogie	% d'HD et d'HR disposant des moyens de prise en charge des complications obstétricales et néonatales	Rapports d'évaluation annuelle	2009-2012	- Idem -	- Comité Technique national - Partenaires
Activité 2.6	Assurer la disponibilité des structures de prise en charge des fistules obstétricales équipées	Nombre de structures opérationnelles	Rapports d'évaluation annuelle	2009-2014	- Idem -	- Comité Technique national - Partenaires
Résultat 3	Les Structures de soins disposent de personnels qualifiés en soins maternels, néonataux et infantiles	% de FS remplissant les normes en personnels qualifiés	Rapports d'évaluation annuelle	2009-2015	- Idem -	- Comité Technique national - Partenaires
Activité 3.1	Former en SONU 03 équipes de formateurs (par équipe : 01 gynécologue, 01 anesthésiste, 02 sages femmes dont une enseignante) au Burkina Faso et au Niger	Nombre d'équipes formées	Rapports d'évaluation annuelle	2009-2010	- Idem -	- Comité Technique national - Partenaires
Activité 3.2	Former par région 01 équipe de 03 formateurs/superviseurs région	Nombre de régions disposant d'équipes de formateurs/superviseurs	Rapports d'évaluation annuelle	2009-2010	- Idem -	- Comité Technique national - Partenaires
Activité 3.3	Réaliser les formations/recyclages par région sanitaire des prestataires de niveau inférieur (agents techniques de santé) en CPN recentrée y compris la CPoN, la prise en charge des accouchements normaux avec utilisation du partogramme et réanimation du nouveau né, en PF, y compris la prévention des infections et en PTME	% des agents compétents pour les activités de CPN, CPoN, accouchement assisté avec utilisation de partogramme, PCIME	Rapports d'évaluation annuelle	2009-2011	- Idem -	- Comité Technique national - Partenaires
Activité 3.4	Réaliser la Formation de toutes les Sages Femmes des régions en SONU, en SAA et en CPN recentrée	% des SFDE compétentes pour la prise en charge des SONUB		2009-2011	- Idem -	- Comité Technique national - Partenaires
Activité 3.4	Recruter les agents de santé au chômage et les affecter après recyclage pour en améliorer la qualité des prestations	Nombre d'agents recrutés	Rapports d'évaluation annuelle	2009-2015	- Idem -	MSP Min. Fonct. Publique

						Min Economie et Finances	
Activité 3.5	Rendre fonctionnelles 03 nouvelles écoles interrégionales de formation, particulièrement des SFDE (Moundou, Abéché et Sarh) qui s'ajouteront à celle de Biltine (ECOSAB)	Nombre de SFDE sortant chaque année	Rapports d'évaluation annuelle	2009-2010	- Idem -	- Comité Technique national - Partenaires	
Activité 3.6	Renforcer les capacités de l'ENASS pour produire 30-40 SFDE par an						
Activité 3.7	Créer des laboratoires de SONU (Moundou et Ndjamen en 2008/2009 et Sarh et Abéché/Biltine en 2010).						
Activité 3.8	Former 4 enseignants en SR à l'Institut de santé de l'Ile Maurice, ainsi qu'en SONU au Burkina.	Nombre d'enseignants formés en SONU	Rapports d'évaluation annuelle	2009-20011	- Idem -	- Comité Technique national - Partenaires	
Activité 3.9	Former 20 enseignants, des moniteurs et des encadreurs cliniques de sites de stage en SR, en techniques de formation et d'encadrement	Nombre d'encadreurs formés	Rapports d'évaluation annuelle	2009-2012	- Idem -	- Comité Technique national - Partenaires	
Activité 3.10	Réviser les curricula des institutions de formation (ENASS, Ecoles interrégionales de formation, FACSS) pour y intégrer les modules de SR (CPN recentrée, PF, PTME, PCIME, SONU dont les SAA, soins postnatals, soins au nouveau né et réanimation néonatale).	Documents révisés disponibles	Rapports d'évaluation annuelle	2009	- Idem -	- Comité Technique national - Partenaires	
Activité 3.11	Assurer au Centre national de Ndjamen, la formation des équipes d'opérateurs de fistules des centres secondaires	Fonctionnalité du Centre national de Ndjamen	Rapports d'évaluation annuelle	2009-2011	- Idem -	- Comité Technique national - Partenaires	
Activité 3.12	Former/Recycler, à l'extérieur (Fistula Hospital Addis Ababa, Centre de formation de Katsina au Nigeria) les médecins du Centre national et des centres secondaires, soit un total de 11 médecins	Nombre de médecins recyclés	Rapports d'évaluation annuelle	2009-2012	- Idem -	- Comité Technique national - Partenaires	
Activité 3.13	Former 20 gynécologues, 20 pédiatres, 20 médecins anesthésistes, 10 radiologues, 20 techniciens supérieurs en anesthésie, 20 instrumentistes, 20 aides opérateurs	Nombre de spécialistes formés	Rapports d'évaluation annuelle	2009-2015	- Idem -	MSP Min. Fonction Publique Min. Eco et Finances	
Activité 3.14	Solliciter la mise à disposition d'assistants techniques (VNU, assistance technique bilatérale) dont 100 sages femmes, 24 gynécologues, 10 pédiatres	Nombre de VNU et de coopérants techniques mis à disposition	Rapports d'évaluation annuelle	2009-2015	- Idem -	MSP Partenaires	

Résultat attendu 4	Les outils de gestion des soins sont révisés	Nombre d'outils révisés	Evaluation annuelle	Ressources financières disponibles	Comité Technique National	
Activité 4.1	Organiser un atelier d'adaptation des différents outils (fiche et registre CPN, partogramme, fiche PCIME, planning familial, consultation postnatale, suivi de nourrisson, fiche de suivi nutritionnel, fiche SAA, fiche de référence).	Nombre d'outils validés	Rapports de l'atelier	Ressources financières disponibles	Comité Technique National	
Activité 4.2	Valider et diffuser les différents supports	% de FS disposant des outils validés	Rapport annuel	Disponibilité de ressources financières	- Comité Technique National -DRS	
Résultat attendu 5	-CPE passant de 13,8% à 50% - Malnutrition de ??? à ??? - Prise en charge des maladies diarrhéiques, du paludisme et des IRA améliorée	% CS assurant les activités de la PCIME	Rapport annuel d'activités	Personnel formé et motivés Ressources financières disponibles	- Comité Technique National - DRS - MCD	
Activité 5.1	Assurer les CPE chez les enfants < 5 ans	% d'enfants <5 ans couverts par la CPE	Rapport annuel d'activités	Ressources humaines motivées et financières disponibles	Comité Technique National - DRS - MCD	
Activité 5.2	Développer des services de prise en charge nutritionnelle selon le protocole national (Centres de nutrition supplémentaire, centres de nutrition ambulatoire au niveau des centres de santé, centres de nutrition thérapeutique au niveau des services de pédiatrie des hôpitaux)	% des structures assurant la prise en charge nutritionnelle selon le protocole national	Rapport annuel d'activités	Ressources humaines motivées et financières disponibles	Comité Technique National - DRS - MCD	
Activité 5.3	Renforcer la prise en charge des maladies diarrhéiques, du paludisme et des IRA	Nombre de cas correctement pris en charge	Rapport annuel d'activités	Ressources humaines motivées et financières disponibles	Comité Technique National - DRS - MCD	
Activité 5.4	Augmenter le taux de couverture en DTC3 de 70% à au moins 90%	Taux de couverture vaccinale	Rapport annuel d'activités	Ressources humaines motivées et financières disponibles	Comité Technique National - DRS - MCD	
Résultats attendu 6	La qualité des services est améliorée	Taux d'utilisation des services	Statistiques annuels du MSP	Ressources financières disponibles	Comité Technique National - DRS - MCD	
Activité 6.1	Elaborer et valider un guide de supervision intégrée.	Guide disponible	Comité Technique National	Ressources financières disponibles	Comité Technique National - DRS - MCD	
Activité 6.2	Organiser et réaliser une Supervision formative régulière des services obstétricaux et néonataux	% de FS ayant été supervisées par an	Rapport annuel d'activités	- Idem -	Comité Technique National - DRS - MCD	

Activité 6.3	Evaluer la qualité des services obstétricaux et néonataux	Nombre d'évaluation réalisées	Rapport annuel d'activités	- Idem -			
Résultat attendu 7	La recherche action contribue à l'amélioration de la qualité des services de santé maternelle, néonatale et infantile	% recommandations de recherche exploitées pour améliorer les interventions	Rapport annuel d'activités	- Idem -	- Comité Technique National - FACSS		
Activité 7.1	Etablir un partenariat avec la FACSS pour proposer des sujets de Thèse portant sur la santé maternelle, néonatale et infantile (qualité des soins, audits des décès maternels, enquêtes CAP, etc.).	Protocole signé	Comité Technique national FACSS	- Idem -	Comité Technique National FACSS Partenaires		
Activité 7.2	Elaborer et mettre en œuvre des protocoles de recherche sur la base des résultats d'évaluation ou dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme	Nombre de protocoles validés et exécutés	Rapports de recherches	- Idem -	Comité Technique National FACSS Partenaires		
Activité 7.3	Restituer les résultats des recherches	Nombre d'ateliers de restitution	Rapports des ateliers	- Idem -	Comité Technique National FACSS Partenaires		
Activité 7.4	Valoriser les résultats des recherches (exploitation des recommandations pour améliorer les interventions)	% de recommandations exploitées	Evaluation annuelle	- Idem -	Comité Technique National		

STRATEGIE 3 : Promotion de l'utilisation des services de santé de santé maternelle et néonatale		Objectifs : Porter à : <ul style="list-style-type: none"> - 15% le taux moyen national de prévalence contraceptive, - 80% le taux de CPN2 - 70% le taux de accouchements assistés par du personnel qualifié - 100% le taux de prise en charge des complications obstétricales et néonatales - 100% la prise en charge des complications d'avortements se présentant dans les hôpitaux - 50% le taux de CPoN - 100% la prise en charge et la réinsertion sociale de cas de fistules obstétricales diagnostiqués 					
Logique d'intervention		Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Source de vérification	Période	Risques / Hypothèses	Responsable	Ressources
Résultat attendu 8	Les ressources financières suffisantes sont mobilisées pour subventionner les accouchements, les urgences obstétricales et néonatales	Niveau de financement des différents plans annuels à tous les niveaux	Rapports des évaluations annuelles	2009-2015	Non disponibilité des ressources	Comité Technique National Partenaires	Voir budget

Activité 8.1	Maintenir la gratuité des soins prénataux et le planning familial	Gratuité effective des soins	Enquêtes sur le terrain	2009-2015	Supervision régulière des services	- Comité Technique national - DRS - Gouverneurs - COGES	
Activité 8.2	Evaluer le nombre de cas éligibles pour la gratuité et estimer les coûts	Nombre de cas par an et par région connus coûts estimés	Documents de planification du CTN	2009	Néant	Comité Technique National	
Activité 8.3	Mobiliser le financement nécessaire pour la subvention	Fonds spécial approvisionné régulièrement	Unité de Gestion	2009-2015	Disponibilité des fonds	Comité Directeur	
Activité 8.4	Affecter les fonds à temps aux structures opérationnelles	Plans opérationnels financés	Unité de Gestion	2009-2015	Disponibilité des ressources financières	Comité Directeur	
Résultat attendu 9	Les différentes couches de la société tchadienne sont mobilisées pour favoriser l'augmentation des taux d'utilisation des services maternels, néonataux et infantiles	- Taux d'utilisation des services - Niveau de satisfaction des utilisatrices	Enquêtes CAP	2009-2015	Disponibilité des ressources financières	- MSP - Leaders d'opinions - Associations à base communautaire	
Activité 9.1	Organiser des rencontres et mobiliser les médias pour informer les leaders religieux, coutumiers et politiques pour les informer du contenu et des modalités de la subvention	% leaders d'opinions informés de la subvention et des modalités de son fonctionnement	Enquêtes CAP	2008-2009	- Disponibilité et engagement des leaders - Disponibilité financière	MSP Médias Gouverneurs Préfets	
Activité 9.2	Impliquer les leaders d'opinions, les responsables d'ONG et d'associations dans les campagnes de sensibilisation	% de leaders d'opinions engagés dans des campagnes de sensibilisation des populations	Enquêtes CAP	2009-2010	- Disponibilité et engagement des leaders - Disponibilité financière	MSP Médias Gouverneurs Préfets	
Activité 9.3	Sensibiliser les différentes communautés	Niveau de connaissance, d'attitude vis-à-vis des services et d'utilisation des services	Enquêtes CAP	2009-2012	- Disponibilité et engagement des leaders - Disponibilité financière	- Leaders d'opinion - Responsables d'associations	
Activité 9.4	Former les responsables des organisations à base communautaire, les femmes, et particulièrement les accoucheuses traditionnelles (AT), et les jeunes en techniques de communication pour le changement de comportement (CCC) en matière de SR/PF y compris la prévention du VIH/SIDA, et surtout sur les signes de danger devant amener à recourir aux services de santé en mettant l'accent sur la notion des 03 retards	Niveau de connaissance, d'attitude vis-à-vis des services et d'utilisation des services	Enquêtes CAP	2009-2012	- Disponibilité et engagement des leaders - Disponibilité financière	- Leaders d'opinion - Responsables d'associations	
Activité 9.5	Informer les membres des COGES, des	Niveau de connaissance des représentants	Enquêtes CAP	2009-2012		MCD	

	Comités de santé de districts et des Régions, des Conseils d'administration des hôpitaux des modalités de la subvention	des communautés dans ces instances				DRS Directeurs des hôpitaux	
Activité 9.6	Evaluer le niveau de satisfaction des utilisatrices	Opinion des utilisatrices	Enquêtes CAP	2009-2015	Disponibilité financière	- Comité Technique National - DRS	

STRATEGIE 4 : Amélioration de la gestion des services de santé		Objectif : Renforcer les compétences des responsables des services de santé et les performances des services					
Logique d'Intervention		Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Source de vérification	Période	Risques / Hypothèses	Responsabilité	Ressources
Résultat attendu 10	Les agents de santé sont motivés quel que soit leur poste de travail	Durée moyenne des agents dans les zones rurales Opinion des agents Opinion des populations	Enquête CAP	2009-2015	Engagement du gouvernement Disponibilité financière	- MSP - Min Fonct. Publique - Min Eco Finances	
Activité 10.1	Définir des mécanismes de motivation des agents de santé	Décision gouvernementale définissant les mécanismes de motivation des agents	Document officiel	2008	Volonté politique	MSP	
Activité 10.2	procéder à l'affectation des personnels selon les besoins des structures	% des FS remplissant les normes en personnels	Rapport statistiques	2009-2015	Engagement du gouvernement Disponibilité financière	- MSP - Min Fonct. Publique - Min Eco Finances	
Résultat attendu 11	- Les soins maternels, néonataux et infantiles sont de bonne qualité - 100% des sages femmes utilisent - les causes des décès maternels sont mieux connues	Taux d'utilisation des soins Opinion des utilisatrices Nombre de décès maternels	Supervision Enquêtes Rapports statistiques	2009-2015	Disponibilité financière Supervisions régulières	Comité Technique National DRS MCD	

Activité 11.1	Elaborer un manuel (normes et procédures) prescrivant les « meilleures pratiques » en matière de consultation prénatale, de gestion d'une parturiente, de soins à la mère et à son nouveau né	Disponibilité du manuel % d'agents utilisant le manuel	Enquête	2009-2015	Disponibilité financière Supervisions régulières	Comité Technique National DRS MCD	
Activité 11.2	Rendre systématique l'utilisation des partogrammes dans toutes les salles d'accouchement. Ceci est fondamental dans la prévention et la prise en charge des complications	% de sages femmes utilisant le partogramme	Enquête	2009-2015	Disponibilité financière Supervisions régulières	Comité Technique National DRS MCD	
Activité 11.3	instaurer la « revue des décès maternels » dans tous les hôpitaux, de façon à pouvoir établir avec le plus de précisions possibles les circonstances et les déterminants de ces décès, et de prendre les mesures nécessaires pour les éviter	Décès maternels mieux connus	Rapport de revue	2009-2015	Disponibilité financière Supervisions régulières	Comité Technique National DRS MCD	
Activité 11.4	Organiser le circuit d'information sur les décès maternels survenant dans la communauté ou au niveau du CS	Informations recueillies par ce circuit	Rapports statistiques	2009-2015	Disponibilité financière Supervisions régulières	- Comité Technique National -DRS - MCD	
Résultat attendu 12	100% des responsables sanitaires : - produisent de bons plans d'action - Appliquent correctement les clauses du manuel de procédures de gestion - Fournissent dans les délais les rapports d'activités et financiers - Supervisent régulièrement les services placés sous leur responsabilité	Qualité des plans d'actions Qualité et complétude des rapports d'activités et financiers	Rapports du Comité Directeur Rapports d'évaluation	2009-2015	Motivation des responsables Supervision et retro information	- Comité Technique National - Comité Directeur	
Activité 12.1	Elaborer un module de formation des responsables des différents niveaux en planification, suivi, évaluation, reportage	Module validé	Rapport d'évaluation	2009	Disponibilité financière	- Comité Technique National - Comité Directeur	
Activité 12.2	Elaborer un manuel de procédures de gestion administrative et financière	Manuel validé	Rapport d'évaluation	2009	Disponibilité financière	- Comité Technique National - Comité Directeur	
Activité 12.3	Former les différents responsables à la planification, au suivi et à l'évaluation des activités, à l'utilisation du manuel de procédures	% de responsables appliquant les leçons apprises ainsi que les clauses du manuel	Rapport d'évaluation	2009-2010	Disponibilité financière	-Comité Technique National -Comité Directeur	

Résultat attendu 13	Le système d'information sanitaire est renforcé	Qualité et régularité des rapports	Rapport d'évaluation	2009-2012	Disponibilité financière	- Comité Directeur - Partenaires	
Activité 13.1	Réviser les supports de collecte des données	Supports révisés, reproduits et diffusés	Idem	2009	Disponibilité financière	- Comité Directeur - Partenaires	
Activité 13.2	Doter les différents niveaux des moyens logistiques pour analyser les données collectées	% de responsables sachant analyser les données collectées et les exploitant	Idem	2009-2010	Disponibilité financière	- Comité Directeur - Partenaires	
Activité 13.3	Renforcer les capacités de la DSIS en synthèse, analyse des données, édition et diffusion de rapports annuels	Qualité et régularité des rapports périodiques	idem	2009-2010	Disponibilité financière	- Comité Directeur - Partenaires	

STRATEGIE 5: MISE EN OEUVRE DE LA FEUILLE DE ROUTE		Réaliser 100% des objectifs de la Feuille de Route d'ici 2015					
Logique d'Intervention		Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Source de vérification	Période	Risques / Hypothèses	Responsabilité	
Résultat attendu 14	Les structures Centrales de coordination sont fonctionnelles	Fonds spécial créé et structures de mise en œuvre fonctionnelles	Documents créant le fonds et les structures Rapports d'évaluation	2008	Volonté politique	Cabinet du MSP	
Activité 14.1	Créer le « Fonds national pour la Santé maternelle et néonatale »	Compte spécial ouvert pour le Fonds	Document créant le Fonds	2008	Volonté politique	- MSP - Min Eco Finances	
Activité 14.2	Créer et installer : - le Comité Technique National - le Comité Directeur - l'Unité de gestion	Structures fonctionnelles	Documents les créant Comptes rendus de réunions	2009	Engagement du gouvernement	- MSP - Min Eco Finances	
Activité 14.3	Doter le Comité Technique National et l'Unité de gestion des moyens nécessaires à leur bon fonctionnement	Structures fonctionnelles	Rapport d'évaluation	2008-2009	Engagement du gouvernement	- MSP - Min Eco Finances	
Activité 14.4	Créer les structures intermédiaires et périphériques de coordination	Structures fonctionnelles	Rapport d'évaluation	2009	Engagement du gouvernement	- MSP - Min Eco Finances	
Activité 14.5	Approvisionner chaque année le « Fonds national pour la Santé maternelle et néonatale »	Fonds approvisionné chaque année	Rapport d'évaluation	2009-2015	Engagement du gouvernement	- MSP - Min Eco Finances - Partenaires	

Activité 14.6	Tenir deux fois par an les réunions du Comité directeur	Tenue régulière des réunions du Comité Directeur	- Comptes rendus de réunions - Rapport d'évaluation	2009-2015	- Disponibilité financière - Appui des partenaires	Président Comité Directeur Coordonnateur UG	
Activité 14.7	Elaborer chaque année une directive de planification à l'adresse des structures opérationnelles, des DRS	Directive envoyée chaque année	Rapport d'évaluation	2009-2015	- Disponibilité financière - Appui des partenaires	Coordinateur Comité Technique National Comité Directeur	
Activité 14.8	Valider les plans annuels des structures opérationnelles	Plans annuels validés	Rapport d'évaluation	2009-2015	- Disponibilité financière - Appui des partenaires	Coordinateur Comité Technique National Comité Directeur	
Activité 14.9	Tenir une fois par an la session de financement des plans opérationnels	Sessions de financement tenues chaque année	Rapport d'évaluation	2009-2015	- Disponibilité financière - Appui des partenaires	Coordinateur Comité Technique National Comité Directeur Unité de Gestion	
Activité 14.10	Superviser les structures opérationnelles	Structures opérationnelles supervisées	Rapport d'évaluation	2009-2015	- Disponibilité financière - Appui des partenaires		
Activité 14.11	Evaluer les structures opérationnelles	Structures évaluées	Rapport d'évaluation	2009-2015	- Disponibilité financière - Appui des partenaires		
Activité 14.12	Procéder aux audits des structures opérationnelles et du Comité Technique National	Audits réguliers réalisés	Rapport d'évaluation	2009-2015	- Disponibilité financière - Appui des partenaires		
Activité 14.13	Rendre compte au Gouvernement et aux partenaires	Rapports réguliers faits au gouvernement et aux partenaires	Rapport d'évaluation	2009-2015	- Disponibilité financière - Appui des partenaires		

6. BUDGET

N°	RUBRIQUES		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAUX PAR RUBRIQUE
I	RECETTES	Recettes des formations sanitaires								
		Subventions de l'Etat								
		Contributions des partenaires								
	TOTAL I									
II	DEPENSES POUR SONU									
II.1	Investissements	Construction des écoles des sages femmes à Moundou, Abéché et Sarh								
		Réhabilitation de l'ENASS								
		Construction de nouveaux centres de santé								
		Acquisition de moyens logistiques (véhicules, informatiques)								
		Acquisition d'équipements médicaux pour les centres SONU								
TOTAL II.1										
II.2	Ateliers	Révision des curricula								
		Elaboration et validation du manuel de normes et procédures en soins obstétricaux, néonataux et infantiles								
		Révision des outils de gestion des soins								
		Révision des supports de collecte des données								
		Elaboration et validation du module de formation en planification/gestion								
		Elaboration et validation du manuel de procédures de gestion administrative et financière								
		Formation des formateurs nationaux en SONU								

		Formation des formateurs/superviseurs régionaux en SONU										
		Formations des agents de terrain à l'utilisation du manuel de normes et procédures des soins										
		Formation des agents en SONU et PCIME										
		Formation des responsables de services à la planification/gestion										
		Formation des responsables à l'utilisation du manuel de procédures de gestion										
Formation	Formation des sages femmes	Moundou										
		Abéché										
		Sarh										
		ENASS										
	Encadrement des élèves	Enseignants										
		Aide opérateurs										
		Aide anesthésistes										
			Manipulat. radio									
		Formation de paramédicaux spécialistes										
	Formation de médecins spécialistes	Gynécologie										
		Chirurgie										
		Radiologues										
		Anesthésie/réanimation										
	Mise à niveau en SONU	Formateurs										
SFDE												
Médecins												
		T O T A L II.2										
II.3	Fonctionnement des centres SONU	Salaires										
		Indemnités d'encadrement des élèves										
		Eau et électricité										
		Consommables de bureau										

		Consommables médicaux et obstétricaux, chirurgicaux=									
		Communication									
		TOTAL II.3									
		DEPENSES POUR LA GESTION DU PROGRAMME									
IV	Investissement	Equipement des bureaux									
		Equipement informatique									
		Logistique transport									
	Fonctionnement	Salaires du personnel									
		Location du siège									
		Eau, électricité, téléphone									
		Consommables de bureau et carburant									
	Activités	Sessions du Comité Directeur									
		Ateliers de validation et de financement des plans opérationnels									
		Supervision									
		Audits									
		Evaluations									
			TOTAL IV								
		T O T A U X PAR ANNEE									

ANNEXES 1. Liste des indicateurs de suivi et d'évaluation

CATEGORIE D'INDICATEURS	INDICATEURS	NIVEAU 2008	OBJECTIFS A ATTEINDRE EN :							
			2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Indicateurs de résultat	Taux de couverture en consultations prénatales (CPN 2 et CPN 4)									
	Taux de couverture en accouchements assistés par du personnel qualifié	5,5%								
	% de femmes avec une complication obstétricale prises en charge par SONUC									
	Taux de césariennes	0.5%								
	Taux de létalité maternelle (SONUC)									
	Taux de consultations postnatales									
	Prévalence contraceptive									
	Besoins non couverts en PF									
	Taux de CPE									
	Taux de couverture vaccinale des enfants de moins de 5 ans par antigène									
	Taux de couverture vaccinale des femmes enceintes contre le tétanos.									
	Nombre de cas de paludisme sévère traités									
	Nombre de cas d'anémie traités									
	Nombre de cas de fistules obstétricales opérées									
% de femmes opérées ayant retrouvé une vie normale										
Indicateurs d'impact	Taux de malnutrition									
	Taux de mortalité maternelle/100.000NV	1099								440
	Taux de mortalité néonatale/1000	39								15,6
	Taux de mortalité infantile/1000	102								76,4