



POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ 2016-2030

MARS 2016

PRÉFACE

La Politique Nationale de Santé 2007-2015 du Tchad a été mise en œuvre à travers deux Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS 1 de 2009 à 2012 et PNDS 2 de 2013 à 2015) élaborés de manière participative et inclusive.

L'évaluation du PNDS 1 (2009-2012) et la revue sectorielle du secteur de la santé en juin 2015, basée sur la mise en œuvre du PNDS 2 (2013-2015) qui constitue l'évaluation du PNDS 2, ont relevé des progrès considérables faits dans le secteur, tels que l'augmentation substantielle des ressources humaines, financières, infrastructurelles et matérielles, le renforcement du partenariat, etc. Tous ces efforts, soutenus par le suivi périodique des indicateurs de santé par les plus hautes autorités du pays, ont eu des effets bénéfiques sur la santé de la population tchadienne. En dépit de ces efforts appréciables, des défis importants restent à relever, parmi lesquels la pérennisation des acquis et leur renforcement, la faible couverture sanitaire, la faible qualité de l'offre de services et son inaccessibilité aux communautés rurales, notamment celles vivant dans les zones d'accès difficile et les personnes pauvres et indigentes.

Les conclusions de ces évaluations ont alimenté l'élaboration de la présente Politique Nationale de Santé (PNS). Son processus a été participatif et inclusif. Un comité technique composé des cadres du Ministère de la Santé Publique (MSP), des partenaires techniques et financiers, des représentants de la société civile et des autres Départements ministériels impliqués, a été chargé de son élaboration. Ce comité a été appuyé par des commissions spécialisées et par deux consultants (international et national). Le travail fourni a par la suite été validé à un atelier regroupant les acteurs du secteur de la santé et a connu une adoption officielle.

La Politique Nationale de Santé définit les orientations stratégiques basées sur les six piliers du système de santé et s'inscrit dans la vision du Tchad à l'horizon 2030 et des Objectifs de Développement Durable (ODD). Tout développement d'un programme de santé, sans exception aucune, doit s'inspirer et s'intégrer dans cette politique.

Aussi, je saisis l'occasion pour remercier sincèrement, au nom du Gouvernement de la République du Tchad, tous les partenaires techniques et financiers, la société civile et les autres Ministères connexes qui ont participé activement à l'ensemble du processus d'élaboration, de validation et d'adoption de cette Politique.

Enfin, j'exprime ma reconnaissance à tous mes collaborateurs pour avoir contribué activement à l'élaboration de cet important document.

Le Ministre de la Santé Publique

ASSANE NGUEADOUM

Table des matières

PRÉFACE	3
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	5
INTRODUCTION	8
CHAPITRE I : ANALYSE DE LA SITUATION ET PRIORITÉS	10
1-CONTEXTE GENERAL	10
1-1 Aperçu sur le Tchad.....	10
1-2 Organisation du système de santé.....	11
1-3 Situation sanitaire	13
2- REVUE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE 2007-2015	16
2-1 Gouvernance, leadership, coordination et partenariat	16
2-2 Système d'Information Sanitaire	19
2-3 Prestations de services	21
2-4 Ressources	23
2-5 Médicaments.....	27
CHAPITRE II : VISION, VALEURS, PRINCIPES DIRECTEURS ET ASPIRATIONS NATIONALES A L'HORIZON 2030	30
1-VISION.....	30
2- VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS	30
3- ASPIRATIONS NATIONALES À L'HORIZON 2030.....	31
CHAPITRE III : OBJECTIFS A L'HORIZON 2030	33
1-OBJECTIF GÉNÉRAL	33
2- OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	33
CHAPITRE IV : ORIENTATIONS STRATEGIQUES	35
1- DOMAINES PRIORITAIRES D' ACTIONS	35
2- ORIENTATIONS STRATÉGIQUES.....	35
CHAPITRE V : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE	43
1- ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	43
2- RÔLES DU GOUVERNEMENT	43
3- RÔLES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE	43
4- RÔLES DES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS.....	44
5- RÔLES DE LA SOCIÉTÉ CIVILE.....	44
6- MÉCANISMES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION.....	44
CONCLUSION	45

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ANR :	Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique
ARV :	Anti Rétro Viraux
AVP :	Accidents de la Voie Publique
ATS :	Agents Technique de Santé
BEF :	Bien Etre Familial
BET :	Borkou-Ennedi-Tibesti
BCG :	Vaccin Bilié de Calmette et Guérin
CNLS :	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CPA :	Centrale Pharmaceutique d'Achat
CPE :	Consultations Préventives pour Enfant
CPN :	Consultations Périnatales
CS :	Centre de Santé
CSU :	Couverture Sanitaire Universelle
DGPL :	Direction Générale de la Pharmacie et des Laboratoires
DNTA :	Direction de Nutrition et de Technologie Alimentaire
DOTS :	Direct Observed Treatment Short-course (Traitement Sous Observation Directe)
DS :	District Sanitaire
DSIS :	Division du Système d'Information Sanitaire
DSR :	Délégation Sanitaire Régionale
DVSE :	Direction de la Vaccination et de la Surveillance Epidémiologique
EDST :	Enquête Démographique et de Santé du Tchad
EDS-MICS :	Enquête Démographique et de Santé & Multiple Indicators Cluster Survey (Indicateurs Multiples)
ENASS :	Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux
FACSSH :	Faculté des Sciences de la Santé Humaine
FBR :	Financement Basé sur les Résultats
FEAP :	Femme en Age de Procréer
FED :	Fonds Européen de Développement
GAVI :	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GESIS :	Logiciel de Gestion de l'Information Sanitaire
GRH :	Gestion des Ressources Humaines
Hab :	Habitant
HGRN :	Hôpital Général de Référence Nationale
HME :	Hôpital de la Mère et de l'Enfant
HTA :	Hypertension Artérielle
IEC :	Information - Education - Communication
IDH :	Indice de Développement Humain
IHP+ :	Partenariat International pour la Santé et initiatives apparentées
INH :	Isonicotinyl Hydrazine
IRA :	Infection Respiratoire Aigue
ISF :	Indice Synthétique de Fécondité
IST :	Infection Sexuellement Transmissible

Km ² :	Kilomètre Carré
MEG :	Médicaments Essentiels Génériques
MII :	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MTN :	Maladies Tropicales Négligées
MSP :	Ministère de la Santé Publique
NC :	Nouveau Cas
NV :	Naissance Vivante
OAPI :	Organisation de la Propriété Intellectuelle
ODD :	Objectif de Développement Durable
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ORL :	Oto-Rhino-Laryngologie
OS :	Orientation/Objectif Stratégique/Spécifique
PCA :	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIMA :	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PF :	Planning familial
PIB :	Produit Intérieur Brut
PMA :	Pays les Moins Avancés
PMA :	Paquet Minimum d'Activités
PNB :	Produit National Brut
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PNS :	Politique Nationale de Santé
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPA :	Parité des Pouvoirs d'Achat
PRA :	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PRDS :	Plan Régional de Développement Sanitaire
PSLS :	Programme Sectoriel de Lutte contre le SIDA/IST
PTF :	Partenaires Techniques et Financiers
PTME :	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVS :	Polio Virus Sauvage
PVVIH :	: Personnes Vivant avec le VIH
RCS :	Responsable de Centre de Santé
RDC :	Recouvrement de Coûts
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH :	Ressources Humaines
RHS :	Ressources Humaines pour la Santé
SARA :	Service Availability and Readiness Assessment
SIDA :	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SIS :	Système d'Information Sanitaire
SNCSU :	Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle
SNPS :	Stratégie Nationale de Protection Sociale

SMART : : Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SOE : Soins Obstétricaux Essentiels
SONU : Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SONUC : Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets
SONUB : Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
SOU : Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUC: Soins Obstétricaux d'Urgence Complet
STEPS : Approche pour la Surveillance des Facteurs de risques des Maladies
Chroniques
TB : Tuberculosis/Tuberculose
UA : Union Africaine
USD : United States Dollar
VIH : Virus d'Immuno Déficience Acquise
ZR : Zone de Responsabilité

INTRODUCTION

Le Tchad, à l'instar des autres pays de la sous-région, est confronté à une situation sanitaire caractérisée par une morbidité et une mortalité élevées dues aux épidémies (méningite, rougeole, choléra, etc.), aux autres maladies transmissibles et non transmissibles ainsi qu'aux affections maternelles. Ce lourd fardeau, endeuille chaque année des familles tchadiennes et entraîne de graves conséquences particulièrement sur la santé des populations pauvres et vulnérables, notamment celle de la mère et de l'enfant.

Pour relever ces défis, le Gouvernement a déployé d'énormes efforts en termes de constructions d'infrastructures sanitaires, de dotation en équipements biomédicaux et moyens logistiques, de formation, de mobilisation du personnel qualifié, de financement des services, de gratuité des soins, de création de nouveaux programmes de santé, etc. Ces efforts ont été fournis en vue de renforcer efficacement le système de santé et d'inverser la tendance de la mortalité et de la morbidité dans le pays. Toutes ces actions sont soutenues et suivies par les plus hautes autorités du pays au travers des réunions mensuelles de haut niveau pour suivre les progrès réalisés et, le cas échéant, corriger des dysfonctionnements constatés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Tous ces efforts ont permis d'améliorer progressivement les indicateurs de santé et de rendre le système de santé de plus en plus performant. Selon les résultats de l'enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) de 2014-2015, le taux de mortalité maternelle est passé de 1099 décès pour 100 000 naissances vivantes (NV) en 2004 à 860 décès pour 100 000 NV en 2014, le taux de mortalité infantile est passé de 102 pour 1000 NV en 2004 à 72 décès pour 1000 NV en 2014, le taux de mortalité infanto juvénile est passé de 191 décès pour 1000 NV en 2004 à 133 décès pour 1000 NV en 2014. Le taux d'accouchement assisté est passé de 21 % en 2004 à 34 % en 2014.

En outre, de 2012 à 2015, le pays n'a plus enregistré des épidémies majeures de méningite, de choléra et de rougeole. La transmission de la poliomyélite est également interrompue depuis 2012.

En dépit des progrès appréciables observés, le chemin demeure encore long pour doter le Tchad d'un système de santé performant et résilient. Cela a été corroboré par la première revue du secteur de la santé effectuée en juin 2015 à Sarh dans le Moyen Chari, qui a recommandé le renforcement de l'organisation des services, de la coordination des activités sanitaires à tous les niveaux du système de santé et du partenariat.

La Politique Nationale de Santé (PNS) s'inscrit en droite ligne de la vision du Tchad à l'Horizon 2030 et des Objectifs du Développement Durable (ODD). La mise en œuvre de cette PNS se fera à travers des plans nationaux nationaux et régionaux de développement sanitaire et devra permettre au Tchad de disposer d'ici 2030, d'un système de santé performant et résilient, qui permette la prise en charge optimale de tous les besoins de santé des populations vivant sur le territoire, en particulier les plus pauvres et vulnérables.

La prise en charge des problèmes spécifiques des populations nomades, insulaires et celles des zones d'accès difficile devra être assurée correctement. L'accès aux services de soins curatifs, préventifs et promotionnels de qualité sera accru et équitable pour toutes les populations. Un mécanisme de couverture du risque financier lié à la maladie sera développé et rendu fonctionnel sur toute l'étendue du territoire national assurant un accès universel aux soins de santé adéquat et de qualité. L'approche communautaire sera privilégiée et renforcée afin de faciliter l'accès aux soins de base aux communautés rurales, en étroite relation avec l'esprit de la stratégie nationale de santé communautaire. Aussi, pour renforcer le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les centres de santé (CS), un laboratoire de premier niveau devra être intégré aux autres activités.

Enfin, il faut rappeler que cette PNS, à l'instar de la précédente, tire sa légitimité de la Constitution de la République du Tchad qui stipule en son article 17 que « *la personne humaine est sacrée et inviolable. Tout individu a le droit à la vie, ...* ». Au regard de cette Constitution, le Gouvernement a réaffirmé dans son programme politique d'action, la priorité du secteur de la santé en retenant le Ministère de la Santé Publique parmi les Ministères prioritaires.

Le présent document de PNS comporte cinq parties suivantes :

- L'analyse de la situation et les priorités ;
- Vision, valeurs, principes directeurs et aspirations nationales à l'Horizon 2030 ;
- Objectifs à l'Horizon 2030 ;
- Orientations stratégiques ;
- Cadre de mise en œuvre de la PNS.

CHAPITRE I : ANALYSE DE LA SITUATION ET PRIORITÉS

1-CONTEXTE GENERAL

1-1 Aperçu sur le Tchad

Le Tchad est un pays d'Afrique centrale sans accès à la mer, situé au Sud de la Libye, à l'Est du Niger et du Nigeria, au Nord du Cameroun et de la République centrafricaine et à l'Ouest du Soudan. Sa capitale est N'Djamena. Géographiquement et culturellement, le Tchad constitue un point de passage entre l'Afrique du Nord et l'Afrique au Sud du Sahara. Ayant une superficie de 1 284 000 km², il est le cinquième pays le plus vaste d'Afrique.

Le Tchad se divise en trois grands ensembles géographiques : du Nord au Sud, on trouve successivement une zone désertique, une zone sahélienne (N'Djamena, la capitale, est située dans cette zone), puis une zone savano-soudanienne. Le Lac Tchad est son principal plan d'eau. Le point culminant du pays est l'Emi Koussi dans le massif du Tibesti.

L'immensité du pays et l'absence de côtes maritimes (le port le plus proche, Port Harcourt au Nigeria étant situé à environ 1750 km de la capitale) posent des problèmes de transports, de communication et d'accessibilité à l'extérieur.

Comme dans d'autres pays du Sahel, cette diversité de zones climatiques est fortement liée à certains aléas climatiques, faisant baisser la production agricole et, partant, l'économie nationale encore fortement dépendante du secteur primaire. Les déficits alimentaires ainsi occasionnés entraînent des problèmes nutritionnels importants, notamment pour certains groupes vulnérables de la population comme les enfants et les femmes enceintes.

Administrativement, le Tchad est divisé en 23 Régions, 67 Départements, 273 Sous-préfectures et en collectivités territoriales. A chacune de ces 23 Régions correspond une Délégation Sanitaire Régionale (DSR).

La population du Tchad, selon le deuxième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH2) de 2009, était de 11.039.873 habitants parmi lesquels les hommes représentent 49,4% contre 50,6% pour les femmes. La population du Tchad est très jeune : les moins de 25 ans représentent 68% du total de la population ; les plus de 60 ans, quant à eux, font 4,5%. L'espérance de vie à la naissance en 2013 était estimée à 51 ans, soit une des plus faibles de l'Afrique subsaharienne.

Le taux d'accroissement moyen annuel de la population est de 3,5%. Suivant ce taux d'accroissement, la population du pays peut être estimée en 2015 à 13.358.246 d'habitants.

La densité moyenne de 8,6 Hab/km² cache beaucoup de disparités: elle varie de 0,5 dans la région du Grand Borkou-Ennedi-Tibesti (BET) à 77 Hab/Km² dans le Logone Occidental. Seulement 21% de la population vivent en zone urbaine.

La population dite nomade est, quant à elle, estimée à 3,4%. Des centaines de dialectes sont parlés au Tchad. Le français et l'arabe sont les deux langues officielles. Les religions pratiquées au Tchad sont l'islam, le christianisme et l'animisme.

Les proportions des femmes et des hommes analphabètes restent élevées (respectivement, 88% et 65%), et la proportion d'hommes alphabétisés est environ trois fois plus élevée que celle des femmes (35% contre 12%). Par ailleurs, le taux de fréquentation scolaire des garçons est de 57% pour les groupes d'âge 6 à 15 ans contre seulement 38% chez les filles. Le taux d'inactivité chez les jeunes (43,7% en 2011¹) est très élevé du fait de la faiblesse du marché du travail, induisant ainsi des problèmes sociaux importants (délinquance, alcoolisme, drogue, ...).

L'Indice du Développement Humain (IDH) du PNUD place le Tchad au 184^{ème} rang sur 187 pays classés en 2014, juste devant la Centrafrique, la République Démocratique du Congo et le Niger, et reste l'un des pays les plus pauvres du monde. Le Tchad a un PIB/hab de 1.024 USD en 2014 et de fortes disparités entre le monde rural (72% de la population) et le monde urbain. Les deux-tiers de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Après avoir subi un ralentissement en 2013 du fait du recul de la production agricole et des problèmes techniques survenus dans les champs pétroliers, la croissance économique du Tchad s'est améliorée en 2014 (avec un taux de croissance du PIB estimé à 7% contre une prévision de 9,6%), grâce essentiellement aux revenus pétroliers. Elle devrait à nouveau ralentir en 2015 à cause de la baisse sensible des recettes pétrolières consécutive à la chute du prix du pétrole brut sur le marché international.

L'instabilité régionale met le Tchad dans une situation socio-économique et humanitaire difficile. Le pays accueille des centaines de milliers de réfugiés (environ 550.000 en 2015) en provenance de la République Centrafricaine, du Soudan (Darfour), du Nigéria et du Niger, et est menacé par les actes terroristes de la secte islamiste Boko Haram au Nord du Nigeria et du Cameroun.

1-2 Organisation du système de santé

Le système de santé tchadien est de type pyramidal à 3 niveaux : un niveau central, un niveau intermédiaire et un niveau périphérique. Il repose sur le développement des districts sanitaires.

Le niveau central comprend un Conseil National de Santé, les services centraux du Ministère de la Santé Publique, les programmes nationaux, les Institutions nationales dont l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN), l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME), l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS) et la Centrale Pharmaceutique d'Achats (CPA). A ce niveau, notons l'existence de l'Hôpital de la Renaissance qui offre des soins d'un niveau tertiaire élevé en complément aux structures nationales du même niveau. L'hôpital de la Renaissance est géré actuellement par un Groupe privé dans le cadre d'une contractualisation entre le Gouvernement et ce Groupe.

¹ Sources : INSEED et ECOSIT : enquête sur l'emploi au Tchad organisée en 2011.

Le niveau central a pour rôle la conception et l'orientation de la politique sanitaire du pays et la mobilisation des ressources. Il est chargé de coordonner les aides extérieures, de superviser, évaluer et contrôler la mise en œuvre des programmes nationaux.

Le niveau intermédiaire comprend les Conseils Régionaux de Santé, les 23 Délégations Sanitaires Régionales (DSR) calquées sur les Régions Administratives, les Etablissements Publics Hospitaliers des Régions (hôpital régional de référence), les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) et les Ecoles Régionales de formation. 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.

Le niveau périphérique est composé de 128 Districts Sanitaires (DS) subdivisés en 1588 Zones de Responsabilité (ZR). Chaque DS comprend des Etablissements de soins qui sont l'hôpital de District situé au chef-lieu du département ou de la sous-préfecture et les Centres de santé. Le DS est chargé de la mise en œuvre 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 maternelles et néonatales. Les activités de santé sont étendues au niveau communautaire sous forme de stratégies avancées et de stratégies mobiles, ainsi que des activités à base communautaire impliquant des agents de santé communautaire qui sont placés sous la supervision des Responsables des Centres de Santé (RCS).

Le secteur du médicament et des réactifs est organisé au niveau national autour de la Direction Générale de la Pharmacie et des Laboratoires (DGPL). La chaîne d'approvisionnement des médicaments et des réactifs, pour le secteur public et le secteur privé non lucratif, est assurée par la Centrale Pharmaceutique d'Achats au niveau national et par les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) au niveau des régions. Le secteur privé libéral se ravitaille au niveau des grossistes répartiteurs. L'offre de soins traditionnels est fournie par une large diversité de prestataires de médecine traditionnelle.

D'une manière générale, l'accès aux médicaments est limité. Cette situation est due aux ruptures fréquentes des stocks de médicaments dans les établissements de santé et leur cherté encourage la création d'un marché parallèle et illicite de produits pharmaceutiques très souvent contrefaits.

La gouvernance du système de santé met en jeu plusieurs acteurs qui peuvent être répartis dans les catégories suivantes : le secteur public ou Etatique, le secteur privé lucratif (cabinets de soins, cliniques, ...), les organisations multilatérales et bilatérales, le secteur associatif et/ou confessionnel, et la population (organisations communautaires et leaders communautaires).

Les activités du secteur de la santé sont soutenues par celles d'autres secteurs (Education, Elevage, Eau, Transports, Enseignement Supérieur, l'Action Sociale, Défense Nationale, etc.). Cette collaboration intersectorielle est organisée tant au niveau central que régional.

1-3 Situation sanitaire

- **Principaux indicateurs :**

L'enquête SARA 2015 fournit des données actualisées sur la disponibilité de l'offre de soins et la capacité opérationnelle des services de santé dont quelques indicateurs sont résumés ci-après :

Quelques indicateurs sur la disponibilité des services de santé selon l'enquête SARA 2015 au Tchad.

- ❖ la «densité d'établissements de soins» (nombre d'établissements pour 10 000 habitants) pour mesurer l'accès aux services de consultation externe : elle est de 0,96 établissements de santé pour 10 000 habitants, contre une norme OMS de 2 établissements pour 10 000 habitants ;
- ❖ la « densité de lits d'hospitalisation» (nombre de lits pour 10 000 habitants) pour apprécier l'accès aux services d'hospitalisation, est de 3 lits/10 000 habitants, contre une norme de l'OMS de 25 lits/10 000 habitants pour les pays à faibles revenus) ;
- ❖ l'indicateur de "densité de personnels médicaux de base" est de 2,74 professionnels de santé de base pour 10 000 habitants, contre la norme OMS de 23 travailleurs de santé pour 10 000 habitants ;
- ❖ l'indice de «disponibilité de l'infrastructure sanitaire » est faible à 11,96% au niveau national ;
- ❖ l'indice de «disponibilité du personnel de santé» est faible au niveau national (13,80%), tandis qu'il est très élevé à N'Djaména (82.96%) ;
- ❖ « L'indice de disponibilité des services », calculé en utilisant les 3 indices (indice de la disponibilité de l'infrastructure sanitaire, indice de disponibilité du personnel et l'indice d'utilisation des services) est faible (10,20% au niveau national).

Le taux d'utilisation des services de santé est faible. Il est de 26% en 2014 et se justifie par le fait que l'offre et la demande ne s'ajustent pas.

Les résultats de l'EDS-MICS 2014 – 2015 montrent une légère amélioration des principaux indicateurs de santé dans certains groupes cibles. Le taux de mortalité maternelle est passé de 1. 099 pour 100.000 NV en 2004 à 860 pour 100.000NV en 2014 soit une baisse de 21,7%. Ce taux reste toujours parmi les plus élevés de la sous-région.

Malgré leur niveau d'amélioration constaté de 2004 à 2014, tous les indicateurs de la santé maternelle sont relativement bas. Les Couvertures en premières et quatrièmes consultations prénatales (CPN) sont passées respectivement de 53% et 23% en 2004 à 64% et 31% en 2014. Les accouchements assistés par un personnel qualifié sont passés de 20,7% en 2004 à 34 % en 2014. Seulement 22% des accouchements ont eu lieu dans un établissement de soins en 2014. Les consultations post natales suivent la même logique, elles sont de 15,4% pour la même période. La prévalence contraceptive moderne est passée de 1,6 en 2004 à 5% en 2014. Les besoins non satisfaits en contraceptifs de 28,3% en 2004 sont passés à 23% en 2014.

Les mariages précoces (69,1%) avant l'âge de 18 ans et les grossesses précoces associés à un Indice Synthétique de Fécondité (ISF) de 6,4 enfants par femme augmentent considérablement les risques de décès maternel.

L'enquête sur la disponibilité des Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU) en 2011 a relevé que le taux de césariennes est très faible (0,5 % au lieu de 5 à 15% du total des accouchements attendus recommandé par l'OMS). Le Taux de létalité obstétricale directe est de 10,7 %. Il est donc très élevé par rapport à moins 1% recommandé par l'OMS. Aucune des 23 Régions n'a atteint le nombre requis de formations sanitaires offrant des SONU.

Concernant la santé des enfants, le taux de mortalité infantile est passé de 102‰ en 2004 à 72‰ en 2014. Le taux de mortalité néonatale est passé de 48‰ en 2004 à 34‰ en 2014.

La couverture vaccinale complète avant le premier anniversaire est passé de 11% en 2004 à 25% en 2014. La couverture en BCG est de 60%. La déperdition est énorme en Penta qui passe de 58% à 33% entre Penta 1 et Penta 3. La couverture en VAT 2 + des femmes enceintes est passée de 42% en 2004 à 56% en 2014. L'utilisation de la vaccination systématique a permis d'interrompre la circulation du polio virus sauvage et la méningite à méningocoque A.

L'allaitement maternel exclusif (0-6 mois) est de 0,3%. 40 % d'enfants de moins de 5 ans montrent un retard de croissance. Avec de tels indicateurs, la santé des enfants demeure une des préoccupations majeures du Gouvernement.

Le faible niveau de ces indicateurs s'explique par la faiblesse du système de santé notamment l'insuffisance d'une offre de service en quantité et en qualité (complétude des PMA/PCA, SONU, PF, non sécurisation des produits de santé, insuffisance des activités à base communautaire, des stratégies avancées) qui se traduit par la faible utilisation des services de santé. La persistance des barrières socio-culturelles et l'inaccessibilité de certaines populations notamment les nomades, les insulaires et celles des zones géographiques d'accès difficile, contribuent à ce faible niveau des indicateurs.

- **Profil épidémiologique :**

Tableau 1: Dix motifs de consultations curatives aux centres de santé en 2014

N° Pathologie	Nombre de cas	Proportion (%)
1 Paludisme	1 102 657	32,59
2 IRA	413 372	12,22
3 Diarrhée	216 564	6,40
4 Traumatisme	115 642	3,42
5 Infections de la peau/dermatose	108 512	3,21
6 Malnutrition	82 526	2,44
7 Dysenterie	60 406	1,79
8 Conjonctivite	55 538	1,64
9 Infections ORL	48 130	1,42
10 Infections urinaires	39 654	1,17
Total	2 243 001	66,30

Source : annuaire des statistiques sanitaires de 2014/MSP.

Les principales causes des consultations (Cf. le tableau ci-dessus) au niveau des centres de santé sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, les traumatismes, les infections de la peau/dermatose et la malnutrition chronique (des enfants) avec des formes sévères.

En ce qui concerne la malnutrition, d'une manière globale, 44,2% de la population vit dans l'insécurité alimentaire et la malnutrition aiguë atteint le seuil critique de 15% dans la plupart des régions : près de 40% des enfants souffrent de la malnutrition chronique sans que cette proportion donne des signes de diminution notable depuis les années 1990. Les régions les plus touchées par la malnutrition sont: le Lac, le Kanem, le Hadjer-Lamis, le Barh El Gazel, le Batha, le Guéra, le Wadi Fira et le Ouaddai.

Le paludisme demeure toujours un problème majeur de santé publique au Tchad. En 2014, la morbidité hospitalière est de 35,4% et le taux de létalité de 3,9%. En matière de prévention, 77% de ménages disposent de moustiquaires imprégnées.

Pour la tuberculose, le nombre de cas a augmenté, passant de 6.200 cas dépistés en 2007 à 12.305 en 2014. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 24 à 45 ans. La co-infection TB/VIH représente 46,6% des cas de tuberculose. A titre de rappel, la prise en charge de la TB se fait au Tchad à travers la gratuité des médicaments anti-TB, la stratégie DOTS et la prévention par la vaccination des enfants au BCG et l'administration de l'INH aux enfants contacts de moins de cinq ans et aux PVVIH.

En matière de VIH/SIDA, la prévalence est de 1,6% pour la population générale et de 2,9 pour les femmes enceintes. Le taux final de transmission du VIH de la mère à l'enfant après allaitement est de 32 %. La disponibilité continue des ARV financés par l'Etat et les partenaires notamment le Fonds Mondial, a permis de prendre en charge 59.622 personnes vivant avec le VIH en 2015 contre 5.000 en 2006. Malgré cet effort, seuls 37,3% des malades ont été mis sous ARV (Rapport annuel PSLs, 2015).

Parmi les maladies sous surveillance épidémiologique, le Tchad n'a notifié aucun cas de poliomyélite depuis 2012. Il faut noter qu'après la campagne de vaccination avec le MenAfriVac (2011-2012), le pays n'a pas connu d'épidémies de Méningite-Cérébro Spinal de Type A. Il en est de même pour le Choléra. La surveillance épidémiologique a été renforcée dans tout le pays pour tenir compte de l'évolution actuelle de la situation épidémiologique dans la sous-région (Cf. maladie à virus hémorragique Ebola).

Par rapport aux accidents de la voie publique (AVP), bien qu'il n'y ait pas d'études spécifiques sur ce fléau, certains chiffres hospitaliers, notamment à N'Djaména, montrent la gravité du problème.

Les maladies non transmissibles tels que le diabète, l'hypertension artérielle, les cancers, les maladies cardio-vasculaires, etc. prennent de l'ampleur dans le pays. Les résultats de l'enquête STEPwise au Tchad de 2010 et certains chiffres hospitaliers, montrent que ces maladies constituent des problèmes de santé publique majeurs.

La situation de ces maladies (émergentes) est sous-tendue par les déterminants sociaux de la santé au Tchad : la pauvreté, la disparité de genre, la nutrition, l'accès à l'eau, l'insécurité et les déplacements de populations, etc.

2- REVUE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE 2007-2015

La Politique Nationale de Santé 2007-2015 disposait de cinq orientations stratégiques basées sur les piliers suivants du système de santé : gouvernance, leadership, coordination et partenariat, système d'information sanitaire, prestations de services, ressources et médicaments.

Chaque pilier est évalué selon les items ci-après : rappel des objectifs et stratégies, analyse des stratégies, leçons apprises et défis et priorités.

2-1 Gouvernance, leadership, coordination et partenariat

2-1-1 Rappel des objectifs et stratégies

La coordination, le leadership, la gouvernance et le partenariat sont transversaux à toutes les orientations stratégiques de la Politique Nationale de Santé 2007-2015 qui sont le renforcement de l'organisation et de la gestion du système national de santé y compris les secteurs privé et traditionnel, l'amélioration de l'accès et de la disponibilité des services de santé de qualité, le renforcement des interventions contre les principales maladies, l'amélioration de la prestation des soins de qualité aux femmes et aux enfants, le développement et la gestion rationnelle des ressources pour la santé et le renforcement du Partenariat pour la santé.

2-1-2 Analyse des stratégies

➤ Gouvernance :

Le PNDS 1 a connu une faible diffusion auprès des acteurs du secteur de la santé. De même, les niveaux déconcentrés ont été peu impliqués dans le processus de son élaboration. Ce qui n'a pas facilité sa mise en œuvre. Tandis que pour le PNDS 2, le processus a été participatif et inclusif, en commençant par les plans régionaux de développement sanitaire (PRDS).

Les budgets alloués au secteur de la santé sur les périodes des PNDS 1 et 2 pour leur mise en œuvre ont été bien en deçà des recommandations d'Abuja et traduisent un sous-financement du secteur, bien que des efforts importants aient été faits, notamment dans la période du PNDS 2. Les ressources extérieures, quant à elles, ne sont toujours pas bien coordonnées. Le secteur fait l'objet de mécanismes de gestion parallèle dans le cadre des projets et programmes appuyés par les partenaires techniques et financiers (PTF), malgré l'existence d'un Pré-pacte, puis d'un Pacte dont l'intérêt est de lever quelques goulots d'étranglements afin de faciliter la mise en œuvre desdits plans.

Le dispositif juridique n'a pas beaucoup évolué dans le cadre du PNDS1. Par contre dans le cadre du PNDS 2, un effort appréciable a été fait pour adopter les textes d'application sur la Pharmacie, le code de déontologie médicale, la loi sur le code d'hygiène, etc. Cependant, il reste encore des textes à mettre dans le circuit tels que ceux relatifs à la réforme hospitalière, aux statuts des écoles régionales de santé, etc.

Le contrôle de la gestion des ressources a été renforcé par l'Inspection Générale du Ministère de la Santé Publique et les missions ponctuelles annuelles du Contrôle d'Etat et de la Moralisation. L'Inspection Générale s'est vue renforcée en moyens logistiques. Cela a permis la restauration progressive de l'obligation de la redevabilité, même si les effets positifs demeurent encore mitigés.

➤ **Coordination, suivi et leadership :**

La coordination à tous les niveaux demeure toujours faible en raison de l'insuffisance des ressources, de la faible circulation de l'information entre les services et de la faible organisation des services. Les responsables concernés s'approprient peu leurs activités. Dans le cadre des PNDS 1 et 2, le niveau central a réalisé des supervisions intégrées insuffisamment programmées. Cependant, ces supervisions se sont faites de manière irrégulière en raison de l'insuffisance de ressources financières, humaines et logistiques pour atteindre toutes les régions. En périphérie, les supervisions souffrent aussi d'une insuffisance de moyens financiers et logistiques.

Des réunions de concertation et de coordination sur différentes thématiques d'actualité sont organisées mais les fréquences prévues n'ont pas été toujours respectées. Il faut enfin relever que le Conseil national de santé, mécanisme de suivi du secteur prévu de très longues années dans les organigrammes successifs du MSP, n'a jamais tenu ses réunions sur le secteur.

Il faut souligner que depuis 2011, il a été institué une réunion mensuelle sur le secteur de la santé à la Présidence de la République pour un suivi régulier des indicateurs de santé. En analogie, ces réunions se tiennent également dans les Régions et les Départements sous la présidence des Gouverneurs et des Préfets. Toutes ces réunions ont eu un impact positif sur l'amélioration des indicateurs de santé sur le terrain.

➤ **Partenariat :**

Le partenariat s'est renforcé avec l'adhésion du Tchad au Partenariat International pour la Santé (IHP+), suivi de la signature en 2011 d'un pré-pacte et en 2014 d'un pacte entre le Gouvernement et ses partenaires. L'exécution de ces deux (2) accords a permis de faciliter la mise en œuvre des PNDS 1 et 2.

Le partenariat public et privé à but non lucratif (ONG et Confessions religieuses) s'est davantage renforcé grâce à la politique contractuelle adoptée en 2001 et révisée en 2014 pour intégrer les nouvelles formes de contrats qui sont apparues dans le système de santé (le financement basé sur les résultats, les mutuelles de santé, la sous-traitance et les évacuations sanitaires, etc.).

Par rapport au secteur privé à but lucratif (écoles de santé, cabinets médicaux/soins, cliniques médicales, laboratoires,...) qui contribue largement à la couverture sanitaire surtout dans les villes, le MSP doit davantage développer des stratégies pour sa réorganisation afin de mieux encadrer son fonctionnement (définition du cadre de son exercice).

Enfin, on a noté le renforcement de la coopération sud/sud à travers la signature d'un certain nombre d'accords de partenariat ou de coopération bilatérale. Dans le cadre de la coopération sud-sud, la Faculté des Sciences de Santé Humaine (FACSSH) bénéficie des appuis techniques de certaines universités africaines pour développer les filières de formation des médecins spécialistes. Cependant, la mise en œuvre de ces accords est encore faiblement réalisée.

2-1-3 Leçons apprises

➤ Gouvernance :

Dans le cadre de la Gouvernance les leçons apprises sont :

- La culture d'élaboration des politiques et stratégies, de manière participative, est ancrée au sein du Ministère de la Santé Publique permettant ainsi de disposer des outils de pilotage du secteur. Cette culture devra être renforcée durant la période de mise en œuvre de cette PNS ;
- La notion de redevabilité n'a pas toujours été bien prise en compte dans la gestion quotidienne des services ; ce qui n'a pas permis une efficacité dans l'utilisation des ressources allouées en rapport avec les résultats escomptés ;
- La couverture sanitaire de l'ensemble des populations est faible en raison de l'immensité du pays, des zones d'accès difficiles, de l'éloignement des structures sanitaires de base des populations rurales, de l'insuffisance du personnel et de la faiblesse du financement des soins, etc. Il est donc nécessaire d'organiser des activités à base communautaire pour assurer au niveau des communautés des prestations sanitaires à haut impact. Cela doit induire le renforcement du premier échelon du niveau périphérique par le développement des activités à base communautaire en conformité avec la stratégie nationale de santé communautaire.

➤ Leadership/Coordination

Dans ce domaine, les leçons apprises sont les suivantes :

- Le pilotage du secteur de la santé dans le cadre de la définition des politiques et stratégies est assuré par le MSP ;
- La stabilité des responsables du Ministère de la Santé Publique s'est légèrement améliorée mais n'a pas été suffisante pour renforcer durablement le leadership ;
- Le dispositif du pilotage du secteur n'a pas fonctionné comme prévu. Il en est de même du conseil national de santé. Cependant, des réunions mensuelles de haut niveau ont été tenues régulièrement aux différents niveaux du système de santé ;

- Les responsables nationaux n'ont pas toujours su s'approprier la mise en œuvre des activités réalisées avec l'appui des partenaires à tous les niveaux du système.

➤ **Partenariat :**

Les leçons apprises se résument en :

- L'existence d'un cadre de concertation et de dialogue entre le MSP et ses partenaires a été un levier important dans la prise des décisions consensuelles ;
- Les deux pactes signés entre le Gouvernement et les PTF ont servi à renforcer la mise en œuvre de la PNS, notamment au niveau des ressources humaines tant en quantité qu'en qualité et du renforcement du partenariat ;
- Le nombre et la diversité des partenaires du secteur de la santé a renforcé les moyens de la mise en œuvre des activités ;
- Le renforcement du partenariat public-privé non lucratif grâce à la politique contractuelle.

2-1-4 Défis et priorités

Dans le cadre de la gouvernance, du leadership et du partenariat, un certain nombre de défis suivants se posent au secteur de la santé :

- La coordination reste encore faible à tous les niveaux du système et nécessite un renforcement du pilotage du secteur au niveau central et régional;
- La redevabilité demeure encore faible et doit être de mise pour les services bénéficiant des appuis tant du Gouvernement que des partenaires techniques et financiers ;
- Le dispositif juridique lié à la réforme du secteur de la santé doit être accéléré ;
- La circulation de l'information qui doit sous-tendre la synergie entre les services demeure faible et nécessite un renforcement de la communication interne et externe, ainsi que des mécanismes de collaboration intersectorielle en faveur de la santé ;
- Les données concernant les contributions techniques et financières de certains PTF sont difficiles à obtenir par le Ministère malgré leur engagement à travers le Pacte.

La principale priorité dans ce domaine est de mettre en place et de faire fonctionner un mécanisme de coordination unique et efficace du secteur englobant toutes les interventions des PTF. Le MSP devra assurer son leadership et organiser des revues sectorielles conjointes régulièrement avec des réunions de suivi de la PNS pour mesurer les progrès accomplis.

2-2 Système d'Information Sanitaire

2-2-1 Rappel des objectifs et stratégies

L'orientation stratégique avait pour but le renforcement du Système national d'Information Sanitaire (SIS) en intégrant les nouveaux indicateurs et en facilitant leur utilisation. Ce renforcement devait se faire à tous les niveaux du système de santé afin de disposer des

données fiables collectées dans l'ensemble des structures sanitaires du pays et dans les délais requis.

2-2-2 Analyse des stratégies

Le SIS du Tchad a été mis en place en 1985 dans le but de disposer d'informations fiables. C'est la raison pour laquelle il se caractérise par sa simplicité, son unicité, son adaptabilité à l'évolution du contexte sanitaire du pays.

Le SIS s'est progressivement dégradé avec la non fonctionnalité de la commission du SIS, l'insuffisance des ressources nécessaires à son développement, l'instabilité des responsables à tous les niveaux, le manque de formation continue du personnel prestataire, la mise en place des systèmes de collecte de données parallèles par les programmes nationaux de santé, projets et certaines ONG.

Grâce à l'appui successif des projets financés par les partenaires, le SIS a été plusieurs fois révisé et doté d'un outil informatique «GESIS» non encore stabilisé depuis sa conception. La dernière révision des outils date de 2013. Cette révision a été faite de manière consensuelle avec tous les programmes et projets nationaux de santé ainsi que les partenaires techniques et financiers.

La feuille de route pour la revitalisation du SIS élaborée suite à l'évaluation de 2011 prévoyait la décentralisation de la saisie au niveau des délégations sanitaires régionales et des districts sanitaires avec une remontée régulière des données au niveau central. Pour cela, une centaine d'ordinateurs ont été mis à la disposition des délégations sanitaires régionales et des districts sanitaires. Mais cette feuille de route n'a été que partiellement mise en œuvre à cause des difficultés de mobilisation des ressources financières.

2-2-3 Leçons apprises

Elles sont les suivantes :

- La Division du Système d'Information Sanitaire (DSIS) a fourni régulièrement des informations sanitaires générales. Ces informations n'ont pas toujours servi à une bonne planification et une bonne prise de décision à cause du décalage avec les besoins des utilisateurs. Cependant la faible organisation du SIS et les circuits de collecte des données parallèles par les programmes et projets de santé ont accentué sa faiblesse en le privant des ressources nécessaires à son développement. L'existence des circuits parallèles de collecte des données a entraîné une faible complétude de ces dernières ;
- Le SIS demeure toujours tributaire des appuis techniques et financiers qui rendent précaire la pérennisation de ses acquis par le Ministère de la santé publique ;
- Le faible leadership du MSP pour la production et la diffusion des données sanitaires (non fonctionnement de la commission SIS) ;
- Le faible engagement des responsables au niveau des Régions et Districts ne garantit pas une bonne qualité des informations collectées dans les services ;

- Les tentatives d'élaboration d'une carte sanitaire n'ont pas abouti. Il est urgent pour le MSP de la mettre en place pour mieux suivre l'évolution de la couverture sanitaire et les différentes interventions sur le terrain.

2-2-4 Défis et priorités

Le système d'information sanitaire mérite une attention particulière, compte tenu de son importance pour mesurer les progrès accomplis dans la mise en œuvre des activités et apprécier la performance du système de santé.

Les principaux défis identifiés sont que le SIS doit :

- Fournir les informations complètes de qualité en temps réel et qui puissent satisfaire les besoins de tous les acteurs (programmes, projets et autres utilisateurs) ;
- Disposer d'une carte sanitaire régulièrement mise à jour qui informe les décideurs et les partenaires sur les interventions au niveau de l'ensemble du pays.

La priorité est de produire et rendre disponibles des données sanitaires de qualité à temps.

2-3 Prestations de services

2-3-1 Rappel des objectifs et stratégies

La Politique Nationale de Santé 2007-2015 visait à améliorer l'état de santé de la population en dotant le pays d'un système de santé cohérent, performant et accessible à tous les citoyens, orienté vers les soins de santé primaires à tous les niveaux de la pyramide, et soutenu par un système hospitalier performant. Elle a prévu trois orientations stratégiques, à savoir :

- a) L'amélioration de l'accès et de la disponibilité des services de santé de qualité : cette orientation était basée sur l'amélioration de l'accès géographique, économique et culturel des populations aux soins et le renforcement de la participation des communautés aux différents niveaux du système de santé ;
- b) Le renforcement des interventions contre les principales maladies : il s'agissait d'assurer une offre intégrée de soins de santé primaires pour améliorer la qualité de la réponse aux maladies transmissibles et non transmissibles ;
- c) L'amélioration de la prestation de soins de qualité aux femmes et aux enfants : cette orientation visait à placer la santé du couple mère-enfant au centre de toutes les interventions eu égard à la situation sanitaire précaire de ce groupe vulnérable.

2-3-2 Analyse des stratégies

Le système sanitaire tchadien est caractérisé par une faible utilisation des formations sanitaires, des soins de faible qualité, un personnel de santé insuffisant et des approvisionnements en intrants (médicaments et consommables) très irréguliers.

Le taux d'utilisation des soins curatifs dans les structures de soins de premier niveau était de 26% en 2014.

Plusieurs sources confirment la faiblesse des indicateurs du secteur de la santé. Le Gouvernement a déployé d'importants efforts pour inverser la tendance de certains indicateurs, notamment ceux liés à la santé de la mère et de l'enfant.

Aussi, le système de santé est-il largement financé par le paiement direct par les usagers. Pour permettre aux communautés d'avoir effectivement accès aux soins sans avoir à effectuer à l'arrivée des dépenses catastrophiques, le Gouvernement a adopté la Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle (SNCSU) en 2015.

La carte sanitaire reste à élaborer. La couverture sanitaire nationale reste insuffisante : de nombreuses zones de responsabilité éloignées et à faible densité de population, ne disposent pas de centres de santé. Certains hôpitaux de district sont généralement très éloignés de la population et ne disposent pas toujours des intrants nécessaires pour offrir un paquet complémentaire d'activités complet et de qualité.

En plus, il se pose le problème de la maintenance des équipements médico-techniques mis à disposition des formations sanitaires. En effet, il est fréquent de constater que ces équipements, parfois jamais utilisés, sont laissés à l'abandon dans la cour des hôpitaux faute de maintenance.

Les services et les soins offerts, y compris les plus essentiels d'entre eux, ne correspondent pas toujours aux attentes de la population. Certes, des progrès ont été réalisés, comme par exemple, dans le domaine de la vaccination grâce aux campagnes qui sont régulièrement organisées. Mais dans bon nombre de domaines, les insuffisances sont importantes : les faibles taux de CPN, des accouchements assistés, de dépistage des malades de tuberculose et du VIH/SIDA, etc.

La malnutrition demeure un problème de santé publique au Tchad, surtout dans la bande sahéenne, en dépit des efforts déployés par le Gouvernement et ses partenaires. Depuis 2010, le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de ses partenaires a mis en place un programme de prise en charge intégré de la malnutrition aigüe (PCIMA). Le nombre des Unités nutritionnelles supplémentaires, ambulatoires et thérapeutiques a augmenté considérablement de 180 en 2010 à 752 en 2015. Une surveillance nutritionnelle régulière a été mise place avec l'organisation de deux enquêtes nutritionnelles SMART par an. Tous ces efforts ont eu pour conséquence la réduction significative de la prévalence de la malnutrition aigüe entre 2010 et 2015. Cependant, la focalisation du Programme PCIMA dans la bande sahéenne a été reconnue comme une limite du Programme et la revue de la PCIMA tenue en novembre 2015 a lancé les bases de sa mise à l'échelle.

3-3-3 Leçons apprises

Dans le domaine de prestations des services, les leçons tirées sont :

- La faible appropriation des stratégies pilotes ayant donné des résultats probants dans le domaine de la santé : le financement basé sur les résultats, la gestion intégrée des districts (expérience du DS de Goundi), les mutuelles de santé, etc.);
- L'offre de services dans les formations sanitaires a été peu accessible et peu disponible malgré des investissements faits dans ce domaine. L'absence du niveau communautaire a accentué ce tableau ;
- L'approche de prestations de soins centrés sur la personne est faible. La qualité des soins ne répond pas suffisamment aux attentes des populations. Les mesures de sécurité des patients sont insuffisantes dans les structures hospitalières, exposant à des pathologies iatrogènes ;
- Face à l'émergence des maladies non transmissibles, les prestataires de santé ne bénéficient pas encore des compétences suffisantes et des outils appropriés pour assurer des soins adéquats ;
- Les activités de santé à base communautaire sont faiblement organisées et supervisées ;
- L'hygiène hospitalière et la lutte contre les maladies nosocomiales sont très peu développées dans les hôpitaux .

3-3-4 Défis et priorités

Les défis sont :

- L'extension de l'offre des services des soins au niveau communautaire ;
- L'amélioration de la qualité et de la disponibilité des soins pour l'ensemble de la population, selon l'approche de soins de santé centrés sur la personne ;
- L'obtention de l'adhésion des communautés pour la promotion de la santé ;
- L'amélioration de la sécurité des patients dans les services de santé ;
- Le développement des programmes nationaux et des compétences des agents de santé pour la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé ;
- La disponibilité des équipements médico-techniques.

La priorité est de rendre disponible une offre de soins de qualité, complets, continus, intégrés et axés sur la personne dans toutes les formations sanitaires.

2-4 Ressources

2-4-1 Rappel des objectifs et stratégies

Les ressources sont déterminantes pour la mise en œuvre de la PNS, à condition qu'elles soient bien gérées, redistribuées équitablement et soutenues par une réglementation appropriée. Dans ce domaine, l'orientation stratégique retenue dans la PNS 2007- 2015 était le développement et la gestion rationnelle des ressources pour la santé.

2-4-2 Ressources financières

Analyse des stratégies

Après des efforts substantiels consentis par le Gouvernement dans le domaine de la santé en termes de ressources financières, celles-ci connaissent ces derniers temps une baisse considérable compte tenu de la crise économique et financière due à la chute du prix de baril du pétrole. Cette crise qui affecte les économies internationales, régionales et nationales, oblige les PTF à réduire leur aide aux pays en développement et notamment le Tchad.

A la conférence de l'Union Africaine (UA) tenue à Abuja au Nigeria en 2002 les Chefs d'Etat ont pris l'engagement d'affecter au moins 15 % de leur budget général annuel au secteur de la santé. Aussi, la communauté participe également de manière non négligeable au financement de la santé à travers le recouvrement des coûts.

Les comptes nationaux de la santé ont été élaborés, sont en cours de validation et constitueront un des meilleurs outils de prise de décision en matière de financement de santé.

Leçons apprises

Les leçons apprises sont les suivantes :

- Ces trois dernières années, la crise économique mondiale et les nouvelles priorités sécuritaires ont affecté négativement la part du budget général de l'Etat allouée au Ministère de la Santé Publique. Cependant en terme nominal, ce budget a connu une augmentation sensible. Toutefois, le choix des priorités qui a été fait pour son utilisation n'a pas permis d'améliorer considérablement la santé des femmes et des enfants ;
- Le rôle du Ministère de la Santé Publique doit être renforcé pour optimiser les ressources extérieures, notamment les ressources mobilisées par les initiatives mondiales de santé (Fonds mondial, GAVI, Muskoka, etc.) pour renforcer le système de santé et améliorer les indicateurs de santé.

Défis et priorités

Les défis consistent à :

- Affecter au moins 20% du budget global de l'Etat au secteur de la santé ;
- Allouer équitablement les crédits délégués ;
- Mettre en œuvre de manière progressive la Couverture sanitaire universelle (CSU) et évaluer périodiquement les progrès réalisés. A cet effet, il sera nécessaire de conduire des études complémentaires sur l'opérationnalisation de la CSU en collaboration avec la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) (ex : études de faisabilité sur les financements innovants, étude sur les options de financement alliant les gratuités pour les indigents et les capacités de paiement des couches aisées).

La priorité en matière de financement du système est de mettre en œuvre la CSU pour couvrir tout le monde, surtout les pauvres et les vulnérables. Les problèmes prioritaires sont :

- La faible allocation budgétaire par rapport aux engagements et la difficulté de mobilisation des crédits délégués et des fonds affectés aux projets par certains PTF;
- Le retard dans le décaissement des fonds au trésor public et les coupes drastiques du budget alloué au secteur de la santé, lors des collectifs budgétaires ;
- L'absence de réglementation d'une tarification standard dans les structures privées de soins et le coût élevé des dépenses de santé pour les ménages.

2-4-3 Ressources humaines pour la santé

Analyse des stratégies

Les ressources humaines sont l'un des principaux piliers du système de santé. Il s'agit d'un des déterminants majeurs de la santé et du développement. Leur existence en nombre et en qualité devrait permettre l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé dans de nombreux pays. Malheureusement, la crise des ressources humaines en santé au Tchad se fait sentir à l'échelle nationale.

En effet, la question des personnels de santé est, depuis longtemps, cruciale au Tchad. Les formations sanitaires sont confrontées à une insuffisance en ressources humaines en quantité et en qualité. Même si le nombre du personnel de santé a augmenté, notamment au niveau médical, il y a encore de nombreux problèmes quant à sa répartition géographique, sa motivation et sa fidélisation. Par ailleurs, la qualité de ce personnel reste un handicap énorme pour le système de santé : inadéquation de la formation aux besoins du terrain. C'est pourquoi, le MSP a révisé les curricula des écoles de formations paramédicales. Il reste qu'ils soient utilisés dans toutes les écoles.

Leçons apprises :

Elles se résument en :

- La forte mobilisation des PTF autour du MSP à travers le Pacte a permis d'accroître les ressources humaines pour la santé au profit des formations sanitaires dans les Régions ;
- La qualité et la quantité du recrutement des personnels de santé à la Fonction Publique s'est nettement améliorée ces dernières années ; car ce recrutement s'est fait sur la base des profils et des quotas préalablement définis par le MSP et inscrits dans la Loi des Finances.
- La tentative de gestion informatisée des personnels qui devait permettre de bien suivre la carrière des personnels de santé n'a pas abouti ; ce qui fait que la problématique de la maîtrise de la gestion des ressources humaines pour la santé reste toujours d'actualité.

Défis et priorités

Les défis en matière de Ressources humaines pour la santé sont :

- L'insuffisance du personnel en quantité et en qualité ;

- Sa répartition équitable dans les régions en privilégiant les plus déficitaires, et le développement des stratégies pour sa fidélisation sur le terrain ;
- Le suivi de la mise en œuvre des recommandations issues de l'évaluation des écoles de santé privées ;
- La formation des médecins spécialistes pour le fonctionnement des hôpitaux ;
- L'accélération des réformes des écoles publiques de formation des paramédicaux.

La priorité est de rendre fonctionnels les CS et les hôpitaux en les dotant du personnel requis et motivé pour leur bon fonctionnement. Les problèmes prioritaires sont :

- La non maîtrise des effectifs du personnel ;
- L'absence de suivi du personnel et sa fidélisation sur le terrain ;
- La mauvaise répartition géographique du personnel ;
- L'insuffisance de la formation continue ;
- L'insuffisance de crédits alloués à la formation des ressources humaines pour la santé ;
- L'insuffisance du personnel enseignant qualifié dans les écoles de santé.

2-4-4 Ressources matérielles et infrastructurelles

Analyse des stratégies

Concernant ce point, on note avec satisfaction les efforts du Gouvernement pendant ces dernières années en matière de construction des infrastructures et de dotation en équipements médico-techniques à travers le pays. Cependant, l'on constate l'inadéquation des infrastructures et des équipements médico-techniques par rapport aux normes standard.

Leçons apprises

Les leçons apprises sont les suivantes :

- Beaucoup d'efforts ont été réalisés par le Gouvernement et ses PTF dans le domaine de la construction des infrastructures et de leur dotation en équipements médico-techniques et d'accroissement du personnel prestataire mais avec des résultats encore faibles ;
- La fonctionnalité optimale de ces infrastructures et équipements reste toujours une préoccupation du MSP.

Défis et priorités

Les défis consistent à :

- La réactualisation de la politique nationale de maintenance et sa mise en œuvre ;
- La définition des nouvelles normes en matière d'infrastructures et équipements sanitaires et leur mise en œuvre.

La priorité consiste à faire fonctionner toutes les infrastructures et les équipements sanitaires existants dans le pays. Les problèmes prioritaires sont :

- La désuétude de l'actuel document de politique nationale de maintenance ;
- L'absence d'un document de normes en infrastructures et équipements sanitaires ;
- L'absence d'une stratégie d'utilisation des énergies renouvelables pour les besoins des formations sanitaires.

2-5 Médicaments

Rappel des objectifs et stratégies

L'assurance d'une meilleure disponibilité et d'une utilisation rationnelle des médicaments sûrs, efficaces, de bonne qualité et à un coût abordable pour les populations est une condition essentielle pour la qualité de la réponse d'un système de santé aux besoins dictés par le profil épidémiologique du pays. Les orientations stratégiques dans le domaine des médicaments visaient à :

- Assurer une gestion efficace du circuit d'approvisionnement et de distribution du médicament de qualité à tous les niveaux ;
- Améliorer la disponibilité géographique et l'accessibilité financière des MEG avec un accent particulier sur la forme pédiatrique et maternelle ;
- Promouvoir le développement de la pharmacopée, de la médecine traditionnelle pour la production des médicaments traditionnels améliorés ;
- Développer la formation adéquate des ressources humaines pour le secteur pharmaceutique ;
- Développer le système d'assurance qualité (homologation, inspection, contrôle qualité et pharmacovigilance) ;
- Promouvoir un partenariat avec l'Organisation de la Propriété Intellectuelle (OAPI) et autres institutions pour la production locale de médicaments dont les brevets sont tombés dans le domaine public.

Analyse des stratégies

Le secteur pharmaceutique a connu une amélioration relative du fait de l'accroissement des ressources humaines de qualité et du nombre des pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA). Cependant, des insuffisances importantes demeurent :

- L'importation à 100 % de l'extérieur des besoins nationaux en médicaments et vaccins contribue à la cherté et aux ruptures fréquentes de certaines molécules dont le délai de livraison est très long ;
- La plupart des pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA) ne répondent pas aux normes pharmaceutiques en raison de la faible capacité des entrepôts, des conditions de stockage et de la quasi inexistence des véhicules de transport pour la livraison des produits;

- Seuls 15 PRA sont fonctionnelles sur les 23 prévues et nécessaires. Ce qui se traduit par la faible disponibilité géographique des médicaments et vaccins ;
- L'absence d'un système d'information et de gestion logistique performant ne facilite pas l'usage rationnel des produits de santé ;
- Le secteur pharmaceutique fait face à une insuffisance en ressources humaines pharmaceutique à tous les niveaux, notamment en pharmaciens et biologistes ;
- Bien que le budget alloué à l'achat des médicaments soit en nette croissance ces dernières années, il demeure insuffisant pour couvrir les besoins nationaux. Il est à noter que les investissements sont orientés vers l'achat des produits de santé sans tenir compte des conditions de conservation et de stockage de ces produits (infrastructures, énergie,) ;
- Les textes législatifs et réglementaires destinés à l'encadrement du secteur pharmaceutique sont disponibles mais ils ne sont toujours pas utilisés faute de textes d'application ;
- Grâce à des campagnes de sensibilisation de masse et de proximité et à l'organisation des collectes actives de sang dans les établissements scolaires et universitaires, les casernes, les églises, etc. 77 490 poches de sang ont été collectées en 2014 sur l'ensemble du territoire pour 80 000 prévues, soit 96,86% des besoins couverts ;
- En dehors du VIH, les poches de sang données aux malades, ne sont pas toujours sécurisées par manque de réactifs ou de rigueur dans le contrôle des autres maladies (hépatite B, hépatite C, Syphilis, ...);
- Le retard dans le développement du secteur du laboratoire ;
- Le manque d'un laboratoire national de santé publique ;
- Les ruptures régulières des réactifs essentiels.

Leçons apprises

Les leçons apprises sont les suivantes :

- Les ruptures des intrants dans les structures sanitaires ont été fréquentes et cela a occasionné leur dysfonctionnement ainsi que leur sous-utilisation ;
- La tension de trésorerie au niveau de la CPA qui entraîne des pénuries en produits pharmaceutiques et l'absence d'une production locale de médicaments ont favorisé un dysfonctionnement du secteur pharmaceutique.

Défis et priorités

Les médicaments constituent un des piliers de la Politique Nationale de Santé. Mais l'approvisionnement suffisant en MEG a souvent fait défaut dans le pays. C'est pourquoi, les défis importants dans ce domaine se résument en :

- Promouvoir la production locale de MEG ;
- Disposer d'un système d'approvisionnement et de distribution des MEG, vaccins, réactifs et produits sanguins performant et sécurisé ;

- Promouvoir le développement de la Pharmacopée et de la médecine traditionnelle pour la production des médicaments traditionnels de qualité garantie ;
- Disposer d'un laboratoire national de santé publique;
- Assurer une formation adéquate en ressources humaines pour le secteur Pharmaceutique ;
- Renforcer le cadre législatif et réglementaire du secteur pharmaceutique et du laboratoire.

La priorité pour le secteur est de rendre disponible des MEG, des vaccins, des réactifs et des produits sanguins de qualité à tous les niveaux du système de santé pour leur utilisation rationnelle.

CHAPITRE II : VISION, VALEURS, PRINCIPES DIRECTEURS ET ASPIRATIONS NATIONALES A L'HORIZON 2030

1-VISION

La Politique Nationale de Santé s'inscrit dans la vision globale du Tchad à l'Horizon 2030, et est en rapport avec les Objectifs du Développement Durable.

La vision de la Politique Nationale de Santé est que d'ici 2030, le système de santé du Tchad soit un système intégré, performant, résilient et centré sur la personne. Il sera axé en particulier sur les groupes vulnérables, pour permettre à tous un accès équitable aux soins globaux de qualité, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle mise en œuvre par le Gouvernement avec l'appui des partenaires et l'adhésion des populations.

Cette vision consacre l'adhésion du Gouvernement au processus de réforme du secteur de la santé et son engagement en faveur de la mobilisation des ressources au bénéfice de ce secteur.

2- VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS

La vision du développement sanitaire du Tchad à l'Horizon 2030 est soutenue par des valeurs et des principes directeurs.

i. Valeurs

Les valeurs qui sous-tendent la politique nationale de santé sont les droits de l'homme, en particulier les droits humains dont le droit à la santé, la solidarité nationale entre citoyens, l'équité dans l'accès aux soins, l'éthique dans les pratiques professionnelles, la prise en compte de l'approche genre, l'intégration et la continuité des activités de soins, la décentralisation du système, la justice sociale et la transparence (redevabilité).

ii. Principes directeurs

- **Leadership** : le Ministère de la Santé Publique doit s'affirmer à tous les niveaux du système et dans toutes les actions à mener dans le secteur de la santé.
- **Gouvernance**: la redevabilité et la transparence doivent apparaître dans la mise en œuvre des activités quotidiennes à tous les niveaux du système de santé.
- **Décentralisation et déconcentration** : la décentralisation et la déconcentration se feront de manière progressive en fonction des ressources disponibles et en s'adaptant à la politique de décentralisation du Gouvernement. Les acquis dans le domaine de la santé seront préservés, voire renforcés.
- **Intégration et continuité des activités de soins** : il est clair que l'intégration et la continuité des soins seront renforcées à tous les niveaux du système.

- **Respect des engagements internationaux** : il s'agira de faire l'état des lieux des principaux engagements en matière de santé afin de les traduire dans les faits.
- **Mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle** : elle se fera de manière progressive. La finalité est de supprimer les barrières qui entravent l'accès aux services à tous et en particulier aux personnes pauvres et vulnérables. Parallèlement, la disponibilité et la qualité de l'offre des services seront renforcées.
- **Soins de Santé Primaires** : le système de santé sera organisé selon les principes des soins de santé primaires (SSP) tels que proclamés par la Déclaration d'Al-mata (1978), l'initiative de Bamako (1987) et la Déclaration de Ouagadougou sur les SSP en Afrique (1988).

3- ASPIRATIONS NATIONALES À L'HORIZON 2030

Les aspirations nationales sont principalement en rapport avec la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux problèmes prioritaires de santé de la population en général et plus particulièrement ceux de la santé de la mère et de l'enfant, le renforcement des interventions contre les principales maladies en poursuivant la mise en place des programmes, l'amélioration de l'accès et de la disponibilité des services de santé de qualité.

Un accent doit être mis sur l'élimination de l'épidémie du VIH/SIDA, la réduction de la tuberculose, la maîtrise du paludisme et des autres maladies prioritaires (maladies épidémiques, maladies à élimination et éradication, maladies émergentes, maladies non transmissibles, la malnutrition) dont la tendance actuelle doit commencer à s'inverser.

Le MSP doit également développer et mettre en œuvre les stratégies nationales pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans toutes ses composantes à savoir : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base et Complètes (SONUB/SONUC), les mutilations génitales féminines (MGF) et le Planning familial (PF) sont des volets à améliorer. Il en est de même pour la santé environnementale.

Le MSP doit assurer la continuité des soins et renforcer l'intégration des soins. Le PMA et le PCA sont souvent incomplets et non adaptés au contexte actuel et doivent être révisés et réadaptés. Il doit également assurer une meilleure disponibilité et une utilisation rationnelle des médicaments, vaccins et réactifs sûrs, efficaces, de bonne qualité et à un coût abordable pour les populations, ainsi que la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité à tous les niveaux du système et leur fidélisation sur le terrain. Le circuit des médicaments et autres intrants doit également être renforcé et sécurisé.

L'organisation des services et la coordination de la gestion du système national de santé y compris les secteurs privé lucratif et traditionnel, doivent être renforcées. Une attention particulière doit être accordée à la prévention et au contrôle des maladies à potentiel épidémique.

La gouvernance dans la gestion du système doit être renforcée à tous les niveaux du système et un accent doit également être mis sur l'obligation de rendre compte.

Il reste un long chemin à faire pour la concrétisation de ces aspirations car la couverture sanitaire du territoire national n'est pas encore complète. Pour cela, la mise en œuvre progressive de la stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle doit permettre d'améliorer l'accessibilité de tous aux services de qualité.

CHAPITRE III : OBJECTIFS A L'HORIZON 2030

1-OBJECTIF GÉNÉRAL

L'Objectif général de la Politique Nationale de Santé est d'assurer à la population l'accès universel aux soins de santé de qualité, globaux, intégrés, continus et centrés sur la personne afin de contribuer efficacement au développement socio-économique du pays.

Pour cela, il s'agit d'améliorer l'état de santé et de bien-être des populations en général, et particulièrement des plus vulnérables dans un contexte global des Objectifs du Développement Durable.

2- OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

1. D'ici 2030, réduire le taux de mortalité maternelle de 860 pour 100.000 naissances vivantes à 500 pour 100.000 naissances vivantes;
2. D'ici 2030, réduire le taux de mortalité infantile de 72 pour 1.000 à 30 pour 1000;
3. D'ici 2030, réduire le taux de mortalité néo-natale de 34 pour 1.000 à 10 pour 1000;
4. D'ici 2030, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire la prévalence du VIH de 1,6% à 0,3% dans la population générale;
5. D'ici 2030, réduire de 30% la prévalence de la tuberculose qui est de 221 pour 100.000 habitants ;
6. D'ici 2030, réduire d'au moins 90 % le taux de morbidité et de mortalité liées au paludisme ;
7. D'ici 2030, éliminer les principales maladies tropicales négligées, les hépatites virales et les maladies transmissibles par l'eau et autres maladies transmissibles ;
8. D'ici 2030, promouvoir la santé mentale;
9. D'ici 2030, renforcer la lutte contre les substances psycho-actives notamment les stupéfiants, l'alcool et le tabac ;
10. D'ici 2030, réduire significativement le nombre des décès et des blessures dus à des accidents de la voie publique ;

11. D'ici 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et génésique, y compris la planification familiale, à l'information et à l'éducation en matière de santé, et la prise en compte de la santé génésique dans les stratégies et programmes nationaux ;
12. D'ici 2030, atteindre la couverture sanitaire universelle , qui comprend une protection contre le risque financier, en donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces et de qualité ;
13. D'ici 2030, réduire le nombre des décès et des maladies dues à des substances chimiques dangereuses, à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol ;
14. D'ici 2030, appuyer la recherche et mettre en place une unité locale de production de médicaments essentiels génériques et des réactifs à un coût abordable et assurer l'accès universel aux médicaments ;
15. D'ici 2030, renforcer le système d'approvisionnement et de distribution afin de mettre à la disposition de la population des médicaments, vaccins, réactifs et autres intrants de qualité ;
16. D'ici 2030, renforcer la qualité des analyses médicales dans tous les laboratoires ;
17. D'ici 2030, accroître le budget de la santé à 20% du budget général de l'Etat ;
18. D'ici 2030, réduire les différentes formes de malnutrition suivantes dans la population tchadienne :
 - Le niveau de malnutrition chronique qui est de 39,9 % à 20% ;
 - Le niveau de malnutrition aiguë qui est de 13 % à moins de 5% ;
 - A moins de 30 % l'anémie chez les femmes enceintes;
19. D'ici 2030, augmenter le taux de l'allaitement maternel exclusif de 0,3 % à plus de 30% ;
20. D'ici 2030, atteindre au moins 90% de couverture vaccinale pour chaque antigène.

CHAPITRE IV :

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Les grands axes stratégiques de la Politique Nationale de santé s'articulent autour de sept (07) domaines prioritaires d'actions.

1- DOMAINES PRIORITAIRES D' ACTIONS

- a) Pilotage du secteur ;
- b) Offre de services de soins de qualité;
- c) Promotion de la santé communautaire dans toutes les zones de responsabilité ;
- d) Développement des activités de santé promotionnelle à tous les niveaux ;
- e) Planification et gestion de l'information sanitaire;
- f) Ressources (humaines, matérielles, financières et infrastructurielles);
- g) Médicaments, vaccins, réactifs et autres produits dérivés.

2- ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

1-Pilotage du secteur

L'objectif recherché est d'améliorer la gouvernance, le leadership, la coordination et partenariat dans le secteur de la santé .

Une bonne gouvernance, un leadership affirmé et un partenariat soutenu sont des facteurs de réussite dans la mise en œuvre d'une politique de santé. Ils doivent se manifester à tous les niveaux et dans toutes les actions posées par le MSP (politiques, stratégies, législations, ...) et ayant une incidence directe ou indirecte sur la santé des communautés. Ce domaine d'actions comporte les orientations stratégiques (OS) suivantes :

OS 1 Gouvernance : Renforcement de la gouvernance à tous les niveaux du système de santé.
--

Cela se fera à travers les grandes interventions suivantes :

- Améliorer les pratiques de gouvernance du système de santé au niveau central, régional, district et hospitalier, par l'application de méthodes et d'outils appropriés, dans le cadre d'un programme de renforcement de capacité des acteurs nationaux ;
- Rendre effectives les activités de supervision, de suivi/évaluation intégrés et conjoints à tous les niveaux du système de santé et faire un feed back des conclusions aux intéressés;
- Renforcer les capacités de documentation et de communication sur les programmes du MSP ;

- Renforcer la culture de redevabilité et les mécanismes de contrôle régulier de la gestion des services en général, particulièrement la gestion des ressources, à tous les niveaux du système ;
- Accélérer les réformes du secteur sanitaire par l'amélioration des délais d'adoption des textes législatifs et réglementaires (réforme hospitalière, réforme des écoles de santé, réforme du secteur pharmaceutique, secteur privé, couverture sanitaire universelle);
- Développer, mettre en œuvre et faire le suivi des interventions spécifiques du Plan stratégique de santé communautaire (paquets de santé à base communautaire, modalités de motivation et de pérennisation, etc.) afin de rendre accessibles et durables les services de santé aux communautés.

OS 2 Coordination : Amélioration de la coordination des activités sanitaires à tous les niveaux du système de santé.

Les grandes interventions sont les suivantes :

- Redynamiser les mécanismes de coordination et les rendre fonctionnels et efficaces (Conseil National de Santé, Réunion de concertation MSP/ Partenaires, Comité directeur/revue annuelle...);
- Centraliser et diffuser les documents nationaux de référence portant sur les lois, les politiques et les stratégies dans le secteur de la santé (PRDS, PNDS, Pactes....);
- Rendre fonctionnels les mécanismes de suivi du PNDS et des PRDS, du Pacte, des Plans d'action annuels et d'autres stratégies.

OS 3 Leadership : Affirmation du leadership à tous les niveaux du système de santé.

Les grandes interventions sont :

- Asseoir l'autorité du MSP à tous les niveaux du système ;
- Développer les mécanismes et stratégies d'information et de la communication au sein du MSP et avec les autres acteurs.

OS 4 Partenariat : Renforcement du partenariat à tous les niveaux.

Pour cela, les grandes interventions suivantes sont nécessaires :

- Renforcer le Partenariat Public/Privé dans la mise en œuvre des Politiques et Stratégies afin d'augmenter l'offre de services de qualité ;
- Développer un partenariat pour la collaboration intersectorielle pour l'implication effective de la société civile, des ONG et des communautés à tous les niveaux de la mise en œuvre de la politique de santé ;
- Redynamiser la participation des communautés dans l'esprit de la politique nationale de santé communautaire pour renforcer l'organisation et la gestion au niveau opérationnel ;

- Redynamiser la coopération Sud/Sud afin de bénéficier de l'expertise avérée des pays partenaires ;
- Mettre en œuvre la politique de contractualisation pour renforcer les capacités opérationnelle des structures sanitaires ;
- Impliquer davantage les autres secteurs dans les processus d'élaboration du PNDS, des PRDS, du Compact, etc. afin de faciliter la mise en œuvre de la PNS.

2- Planification et gestion de l'information sanitaire

OS 5 : Opérationnalisation du Système d'Information Sanitaire (SIS) à tous les niveaux du système de santé.

Les grandes interventions sont :

- Redynamiser la commission nationale du SIS, pour jouer son rôle dans le pilotage du SIS ;
- Renforcer le SIS en ressources (humaines, financières et matérielles) pour accomplir sa mission ;
- Harmoniser périodiquement les indicateurs du SIS pour prendre en compte les besoins des programmes et projets ;
- Intégrer le SIS dans la formation initiale du personnel de santé (médical et paramédical) ;
- Compléter les informations de routine collectées par le SIS avec des données issues des enquêtes, études et revues ponctuelles découlant des besoins des programmes et projets ;
- Assurer une surveillance à visée opérationnelle des maladies à potentiel épidémique.

OS 6: Disponibilité dans le délai requis d'une cartographie sanitaire.

La traduction concrète de cette orientation stratégique se fera à travers les grandes interventions suivantes :

- Mettre en place un cadre permettant de produire la carte sanitaire du Tchad ;
- Rechercher et sécuriser les ressources nécessaires pour la réalisation, la mise à jour régulière et l'exploitation de la carte sanitaire ;
- Développer une stratégie d'information et d'utilisation de la carte sanitaire pour la prise de décision.

3- Ressources humaines, matérielles, financières et infrastructurelles

3-1-Ressources humaines :

OS 7 Poursuite du recrutement du personnel de santé qualifié et son déploiement équitable dans les régions.

L'accent sera mis sur le recrutement par postes disponibles, en privilégiant les régions les plus déficitaires, le suivi et la fidélisation sur le terrain.

OS 8 Renforcement des politiques et stratégies de Gestion des Ressources Humaines (GRH) en mettant l'accent sur les stratégies de motivation du personnel, le plan de carrière, le plan et le programme de formation et de suivi/supervision, le plan stratégique de développement des ressources humaines (mise en œuvre).

OS 9 Renforcement des compétences des Ressources Humaines pour la Santé (RHS) au niveau de la formation initiale, la formation continue, le renforcement des compétences des enseignants, le renforcement des capacités des écoles, et des outils de formation et l'amélioration de la coordination, le suivi et l'évaluation des formations.

3-2-Financement du secteur :

OS 10 Augmentation de la part du budget Etat à la santé à un taux de 20 % en mettant l'accent sur sa mobilisation effective au bénéfice du secteur de la santé.

OS 11 Développement d'une stratégie nationale de financement de la santé visant la couverture sanitaire universelle en s'inspirant des expériences en cours tels que le FBR, les mutuelles de santé, la gratuité de soins ciblée, etc. et en mettant l'accent sur les personnes pauvres et indigentes.

OS 12 Coordination des apports des partenaires pour compléter le financement du secteur de la santé dans le cadre du développement de l'approche sectorielle

dont l'optimisation des financements des initiatives mondiales de la santé (Fonds Mondial, GAVI, etc.) en vue d'un meilleur impact sur les groupes cibles et sur le système de santé.

OS 13 Mobilisation et répartition de manière équitable les ressources financières provenant de l'Etat et des partenaires au profit des régions sur la base des clefs de répartition préalablement définies et validées, avec la participation des structures concernées au cours des arbitrages budgétaires.

3-3-Infrastructures, équipements et maintenance :

OS 14 Elaboration des normes en infrastructures sanitaires selon les niveaux des structures de santé en prenant en compte les nouvelles technologies médicales.

OS 15 Elaboration d'une stratégie d'acquisition des équipements et de leur maintenance.

OS 16 Développement d'une stratégie basée sur les énergies renouvelables pour le secteur de la santé.

4- Médicaments, vaccins, réactifs et autres produits dérivés

L'objectif visé est d'assurer une meilleure disponibilité et une utilisation rationnelle des médicaments, vaccins, produits sanguins et autres intrants sûrs, efficaces, de bonne qualité et à un coût abordable pour les populations. Pour contribuer à l'atteinte de cet objectif, les orientations stratégiques suivantes ont été définies :

OS 17 Gestion efficace du circuit d'approvisionnement et de distribution des médicaments, vaccins, réactifs, produits sanguins et autres intrants de qualité à tous les niveaux du système de santé.

Pour cela, cette orientation stratégique se traduira en grandes interventions suivantes :

- Assurer un financement public adéquat et pérenne pour les médicaments, les vaccins et les réactifs (par un mécanisme de financement innovant par exemple) ;
- Améliorer les conditions de stockage des MEG, vaccins, réactifs, produits sanguins et autres intrants;
- Améliorer les conditions de distribution des médicaments en finançant l'achat des véhicules adaptés au transport des MEGs, vaccins, réactifs, produits sanguins et autres intrants;
- Relancer et accélérer le processus d'installation du complexe pharmaceutique national pour la production du MEG;
- Améliorer la disponibilité géographique des médicaments en créant deux succursales de la CPA (une au Sud et une seconde au Nord du pays) ;
- Développer un plan de lutte contre les médicaments contrefaits et la vente illicite des médicaments ;
- Planifier des vastes campagnes de sensibilisation en vue d'une large collecte de sang.

OS 18 Développement de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle.

Pour cela, les grandes interventions suivantes sont nécessaires :

- Assurer l'encadrement et l'utilisation de la pratique de la médecine traditionnelle en vue de son intégration dans le système de santé (Adopter les textes législatifs et réglementaire de la médecine traditionnelle) ;
- Financer les activités de développement de la pharmacopée et Médecine traditionnelle ;
- Renforcement de la recherche dans le domaine de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle.

OS 19 Renforcement des capacités techniques du secteur pharmaceutique et du laboratoire.

- Elaborer une politique d'assurance qualité (homologation, inspection, contrôle qualité et Pharmacovigilance) ;
- Assurer la formation initiale et continue du personnel pharmaceutique;
- Créer l'Agence Nationale de Réglementation Pharmaceutique (ANR) et renforcer la DGPL, la CPA et l'ANR en moyens financiers, matériels et en ressources humaines qualifiées pour leur permettre de gérer de façon efficace le secteur pharmaceutique. Mettre en application les nouveaux statuts de la CPA et les textes relatifs aux PRA ;
- Mettre en place des politiques et stratégies en matière de laboratoires.

5- Offre de services de soins de qualité

OS 20 Offre de services de soins de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Intervention 1 : Amélioration de l'accès et de la disponibilité des services des soins de qualité. Il s'agit de :

- Rendre progressivement opérationnelles toutes les formations sanitaires et étendre la couverture géographique des services à tout le pays;
- Accélérer le développement des stratégies d'offres de services et de soins fixes, avancées et mobiles, et base communautaire pour améliorer la couverture et l'accès des populations aux services avec une attention particulière aux plus vulnérables et démunies (soins centrés sur la personne);
- Mettre en place des mécanismes favorisant l'accès aux soins et aux médicaments essentiels à la population et en particulier aux populations démunies vivant dans des zones d'accès difficiles;
- Mettre en œuvre les mécanismes de protection de toute la population contre les risques financiers en cas de maladies (CSU y compris les mutuelles, les micro assurances, et autres formes d'assurances maladies,...) ;
- Renforcer et faire appliquer les normes de qualité, les procédures et l'accueil aux différents niveaux du système des soins pour améliorer l'utilisation des services.
- Développer le secteur de réadaptation fonctionnelle dans le système de santé ;
- Promouvoir la santé gériatrique ;
- Créer et rendre opérationnels les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

Intervention 2 : Amélioration de la prestation des soins de qualité aux femmes, aux jeunes et aux enfants . Il s'agit de :

- Assurer de façon efficace la prévention de la malnutrition (chronique, aiguë) et la prise en charge des cas de malnutrition aiguë chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes/allaitantes aux différents niveaux du système de santé y compris celui communautaire ;

- Assurer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) dans toutes les formations sanitaires ;
- Développer la surveillance de la croissance et du développement psychomoteur des enfants ;
- Développer l'offre et promouvoir la demande de service de vaccination ;
- Etendre la prévention de la transmission mère- enfant (PTME) du VIH/SIDA dans toutes les formations sanitaires ;
- Développer et mettre en œuvre les Stratégies Nationales pour la réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale dans toutes ses composantes à savoir : accouchement en présence d'un personnel qualifié, Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base et Complets (SONUB/SONUC), le Bien être Familial/Planning Familial (BEF/PF) , la consultation pré/post natale recentrée, etc. ;
- Promouvoir la santé reproductive des jeunes et des adolescents en créant des centres de santé reproductive répondant aux besoins des jeunes et des adolescents.

Intervention 3 : Renforcement des interventions contre les principales maladies.

Il s'agit de :

- Renforcer les capacités managériales et opérationnelles des programmes nationaux et des capacités de gestion du système intégré de santé pour lutter efficacement contre les maladies transmissibles et non transmissibles en adoptant les recommandations internationales (VIH, paludisme, ...) ;
- Renforcer les mécanismes de surveillance épidémiologique et de riposte aux épidémies ;
- Mettre en œuvre des mesures promotionnelles et préventives à efficacité prouvée ;
- Développer et mettre en œuvre les stratégies d'encadrement psychosocial, de prise en charge et de réinsertion des personnes souffrant des troubles mentaux à différents niveaux du système de santé y compris le niveau communautaire.

6- Santé communautaire

OS 21 Promotion de la santé communautaire à tous les niveaux du système de santé.
--

Intervention 1 : Mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire. Il s'agit de :

- Renforcer le cadre institutionnel et réglementaire de la santé communautaire au sein des communautés ;
- Renforcer les capacités des communautés à prendre en charge efficacement leurs problèmes de santé ;
- Renforcer les capacités des acteurs à offrir des soins à base communautaire ;
- Accroître l'accessibilité des services de santé à base communautaire.

7-Promotion de la santé

OS 22 Développement des activités de promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé.

Intervention 1 : Développement des actions de prévention et de promotion pour améliorer la santé environnementale. Il s'agit de :

- Elaborer et mettre en œuvre la politique nationale de promotion de la santé ;
- Promouvoir la santé environnementale ;
- Appliquer le code d'hygiène ;
- Réactualiser et valider le guide de gestion des déchets biomédicaux ;
- Appliquer la politique en matière d'assainissement ;
- Développer les activités de prévention et de réduction des principaux facteurs de risque pour la santé : le tabagisme, l'alcoolisme, la consommation de drogues et d'autres substances psychoactives, une mauvaise pratique alimentaire et la sédentarité, ainsi que les rapports sexuels non protégés ;
- Développer les programmes intégrés intersectoriels pour agir sur les déterminants sociaux et économiques de la santé : sécurité alimentaire et nutrition, santé et sécurité au travail, hygiène publique, sécurité routière, santé mentale, santé en milieu scolaire, universitaire et professionnel ;
- Développer des stratégies pouvant améliorer la prise en charge des problèmes de santé des personnes âgées ;
- Développer des services de prise en charge des personnes handicapées physiques et mentales (rééducation, appareillage, etc.) ;
- Promouvoir la santé et la sécurité au travail.

Intervention 2 : Renforcement de la communication pour le changement de comportement pour les bonnes pratiques en matière de santé notamment :

- Développer une stratégie nationale de promotion de la santé pour un changement de comportement ;
- Former le personnel de santé en technique d'information, éducation et communication (IEC) ;
- Faire le plaidoyer à différents niveaux afin de promouvoir les bonnes pratiques en matière de santé dans les administrations publiques et privées.

CHAPITRE V : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

La mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé se fera à travers l'élaboration et la mise en œuvre des PNDS/PRDS. Ceux-ci seront traduits en plans d'action annuels pour la mise en œuvre des activités aux différents niveaux de la pyramide. Leur élaboration se fera dans un cadre participatif et inclusif. Des cadres des dépenses à moyen terme et des pactes seront également élaborés pour faciliter leur mise en œuvre.

1- ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

La nouvelle politique de santé prévoit un système de santé du Tchad organisé en une pyramide sanitaire à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

-Le niveau central : comprend le cabinet du Ministre, l'Administration centrale et les Institutions nationales sous tutelles ;

-Le niveau intermédiaire : comprend les délégations sanitaires régionales, les hôpitaux régionaux et les écoles de santé régionales ;

-Le niveau périphérique : comprend les districts sanitaires. Chaque district sanitaire comprend une direction de district sanitaire, un hôpital de district et des centres de santé. Le district sanitaire se chargera de développer au sein des communautés des activités à base communautaire avec leur propre participation.

2- RÔLES DU GOUVERNEMENT

Le Gouvernement a la responsabilité de : la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé à travers la mobilisation des ressources nécessaires, la définition, la mise en œuvre rigoureuse des procédures de gestion, l'établissement d'une coopération bilatérale et multilatérale efficace et le renforcement d'un partenariat dynamique pour la réalisation des activités.

3- RÔLES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le Ministère de la Santé Publique jouera son rôle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : niveau central, niveau intermédiaire et périphérique.

▪ Niveau central

Le MSP a la responsabilité de la mise en œuvre et du suivi de la PNS. A cet effet, il doit définir des stratégies pour faciliter la mise en œuvre de la PNS. Il assurera la coordination de tous les acteurs intervenant dans le secteur, devra affirmer son rôle de leadership (public &

privé) et veiller à la répartition équitable et à la bonne gestion des ressources dans les différents services ainsi que de l'effectivité de la redevabilité.

- **Niveau intermédiaire**

Le niveau intermédiaire veillera à la mise en œuvre opérationnelle de la PNS. Il assurera la coordination et le leadership au niveau régional, « districtal » et au niveau des zones de responsabilité.

- **Niveau périphérique**

Le niveau périphérique est le niveau opérationnel en charge de la mise en œuvre de la Politique Nationale de la Santé.

4- RÔLES DES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

Les rôles des PTF consistent à donner des appuis soutenus en termes techniques, financiers et matériels et à faire le suivi, ensemble avec le MSP, de la mise en œuvre de la PNS. Ces appuis se feront à tous les niveaux du système de santé en collaboration étroite avec les instances du Ministère de la santé publique.

5- RÔLES DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

La société civile (les ordres professionnels de santé, les Associations, les ONG, etc.) sera étroitement impliquée dans la mise en œuvre de la PNS à tous les niveaux du système de santé afin de contribuer à l'atteinte des objectifs fixés.

6- MÉCANISMES DE SUIVI ET ÉVALUATION

Le MSP devra assurer le suivi et la mise en œuvre régulière de la PNS. A cet effet, il doit organiser :

- Les revues sectorielles annuelles, à mi-parcours et finales des programmes et projets;
- Les enquêtes (MICS, EDST, STEPS, SMART, SARA, ...) les revues des dépenses publiques du secteur de la santé, les comptes nationaux de santé, etc. ;
- Les organes de pilotage et de gestion seront mis à contribution pour la réalisation des évaluations exhaustives ;
- Des évaluations externes seront organisées selon les besoins pour compléter les évaluations internes.

CONCLUSION

La Politique Nationale de Santé 2016/2030 est l'aboutissement d'un travail collectif de l'ensemble des acteurs du secteur. Elle prend en compte les acquis et défis issus du bilan de la PNS 2007/2015. De ces acquis et défis, ont été formulés des objectifs réalistes, des grands domaines prioritaires d'intervention ainsi que des propositions d'actions qui sont calqués aussi bien sur les Objectifs de développement durable que sur les aspirations nationales du moment : « Vision 2030, *le Tchad que nous voulons !* ». Les propositions d'action seront reprises dans des plans nationaux de développement sanitaire et des plans régionaux de développement sanitaire.

La santé est « l'affaire de tous ». Elle est au carrefour du développement humain et de la croissance économique. L'implication et la contribution de tous sont sollicitées et attendues pour la mise en œuvre concrète de la présente PNS afin que les résultats escomptés soient au rendez-vous d'ici à 2030. L'atteinte des résultats va nécessiter une forte collaboration avec les autres départements ministériels et une mobilisation encore plus grande des ressources dont la gestion sera soutenue par la culture du résultat, l'esprit d'efficacité et d'efficience et la redevabilité.

Aussi, la réalisation des grandes interventions prioritaires de cette PNS devra-telle se faire par le biais d'un renforcement du partenariat tant au niveau national qu'international sous le leadership et l'engagement politique affirmés du Gouvernement.