

République du Tchad
Unité - Travail - Progrès



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE

**MODELES DES PRESTATIONS DES
SOINS POUR LA MISE EN ŒUVRE
DE LA COUVERTURE SANTE
UNIVERSELLE AU TCHAD**

Avec l'appui de l'OMS et le groupe de l'OCDE

Mars 2021

Table des matières

I. LISTE DES ABBREVIATIONS	4
II. LISTE DES TABLEAUX	6
III. LISTE DES FIGURES	6
1. INTRODUCTION	7
2. CONTEXTE.....	8
2.1. Généralités Sur Le Tchad	8
2.1.1. Contexte politique et administratif	8
2.1.2. Données géographiques.....	8
2.1.3. Données démographiques	10
2.1.4. Etat de santé et des données épidémiologiques	11
2.2. Mise en place de la couverture sanitaire universelle.....	15
2.2.1. Contexte	15
2.2.2. Vision et principes	15
2.2.3. Axes stratégiques	16
2.2.4. Régimes d'assurance maladie	16
2.2.5. Les prestations non prises en charge	17
2.2.6. Prestations prises en charge	17
2.2.7. Exigences de qualité	18
2.3. Engagements de la Conférence d'Astana 2018 sur les soins de santé primaires	18
2.4. Orientations de l'OMS : Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne aux niveaux régional et national.....	19
3. CARTOGRAPHIE DES MODELES DE PRESTATIONS DE SOINS MIS EN ŒUVRE AU TCHAD	22
3.1. Description des modèles de prestation de soins	22
3.1.1. Modèles de prestation des soins du secteur public.....	22
3.1.2. Modèles de soins du secteur privé à but non lucratif.....	27
3.1.3. Modèles de soins du secteur privé à but lucratif.....	27
3.1.4. Modèles de prestations des soins des Services de santé des armées	28
3.2. Analyse des facteurs influençant l'offre des soins	28
3.2.1. Facteurs géographiques	28
3.2.2. Facteurs comportementaux : mode de vie des populations nomades.....	29
3.2.3. Faiblesses du système de santé	32
3.2.4. Facteurs économiques et financiers (faible financement de la santé, pauvreté des populations.....	37
3.3. Forces et faiblesses.....	39
4. NOUVEAUX MODELES DE PRESTATION DES SOINS.....	41
4.1. Modèles des soins de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.....	41

4.2. Modèle de soins dans les zones faiblement peuplées	43
4.3. Modèle de soins dans les zones densément peuplées	44
4.4. Modèle de soins dans les zones insulaires et les zones d'accès difficile.....	45
4.5. Modèle de soins en milieu urbain	46
4.5.1. Soins dans les centres de santé urbains.....	46
4.5.2. Soins dans les hôpitaux de district	47
4.5.3. Soins à l'hôpital provincial et dans les hôpitaux nationaux	47
4.6. Modèles de soins des nomades	47
4.7. Modèle de soins des réfugiés, déplacés et retournés.....	48
4.8. Modèles des soins du privé lucratif et non lucratif et des services des armées.....	49
4.8.1. Structures confessionnelles et associatives	49
4.8.2. Structures sanitaires des armées	49
4.8.3. Cabinets et cliniques privées à but lucratif	50
4.9. Modèle de soins lié à des situations d'épidémie	50
4.10. Rôle des agents de santé communautaires / relais communautaires	51
5. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES NOUVEAUX MODELES DE PRESTATIONS DE SOINS	52
5.1. Ressources humaines	52
5.2. Ressources matérielles.....	53
5.3. Infrastructures.....	53
5.4. Médicaments, intrants et consommables.....	54
5.5. Capacités des ressources humaines.....	54
5.6. Ressources financières pour le fonctionnement.....	55
6. CONCLUSION	56

I. LISTE DES ABBREVIATIONS

ABC	Association à Base Communautaire
AMED	Assistance Médicale
Ass.SocialAS	Assistante Sociale
ASI	Assurance Santé des Indépendants
ASS	Assurance Santé des Salariés
ATS	Agent Technique de Santé
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CPNR	Consultation Périnatale Recentrée
COSAN	Comité de Santé
CS	Centre de Santé
DAFM	Direction des Affaires Financières et de Matériels
DAS	Dispositif d'Assurance Santé
DAO	Dossier d'Appel d'Offres
DIREX	Directeur Exécutif
DOSSQS	Direction de l'Organisation des Services de Santé et de la Qualité des Soins
DP	Directeur des Programmes
DSP	Délégation Sanitaire Provinciale
DS	District Sanitaire
ECD	Equipe Cadre de District
EDS -MICS	Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples
EDST	Enquête Démographique et de Santé au Tchad
CHUBS	Centre Hospitalier Universitaire le Bon Samaritain
CHURN	Centre Hospitalier Universitaire de Référence Nationale
CNTF	Centre National de Traitement des Fistules
CPE	Consultation Préventive des Enfants
CPNr	Consultation Pré Natale recentrée
CPoN	Consultation Post Natale
CPS	Consultation Pré Scolaire
GFF	Global Financing Facility (Financement Global Mondial pour la SRMNIAN)
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IEC	Information, Education, Communication
HATC	Hôpital Amitié Tchad Chine
HD	Hôpital de District
CHUME	Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant
HP	Hôpital Provincial
CHUR	Centre Hospitalier Universitaire de la Renaissance
MCD	Médecin Chef de District
MCH	Médecin Chef de l'Hôpital
MFB	Ministère des Finances et du Budget
MFPPE	Ministère de la Femme et de la Protection de la petite Enfance
MILDA	Moustiquaires imprégnées d'Insecticides de Longue Durée d'Action
MSPSN	Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale
NC	Nouveau Cas

ODD	Objectif de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PAB	Programme Annuel Budgétisé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PRC	Plan de Renforcement des Capacités
RAF	Responsable Administratif et Financier
RAL	Responsable d'Approvisionnement et Logistique
RDC	République Démocratique du Congo
SAMU	Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SARA	Services Availability and Readiness Assessment
SG	Secrétaire Général
SIDA	Syndrome Immuno Déficience Acquis
SIG	Système d'Information Géographique
SIS	Système d'Information Sanitaire
SMART	Spécifique Mesurable Atteignable Réalisable dans le Temps
SMI	Soins Maternels et Infantiles
SFDE	Sage-Femme Diplômée d'Etat
SN CSU	Stratégie Nationale Couverture Santé Universelle
SR	Santé de la Reproduction
SRMNIAN	Santé de Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile, de l'Adolescent et de la Nutrition
VIH	Virus de l'Immuno-Déficience Humaine
TDR	Termes de Référence
ZR	Zone de Responsabilité

II.LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Catégories et proportions de populations cibles de la SRMNIAN sur 5 années.

Tableau 2 : Les 10 premières causes de consultations au premier échelon.

Tableau 3 : Taux d'utilisation des services.

Tableau 4 : Pôle d'excellence des hôpitaux nationaux.

Tableau 5 : Contenu du PMA des centres de santé.

Tableau 6 : Accès aux soins dans les zones faiblement peuplées

Tableau 7 : Zones de concentration en saison sèche et en saison des pluies

Tableau 8 : Localisation des nomades.

Tableau 9 : Mobilité externe des nomades.

Tableau 10 : Utilisation des centres de santé et des hôpitaux de districts en 2019 à N'Djaména.

Tableau 11 : Consultations au CHURN en 2019.

Tableau 12 : Nombre des réfugiés, déplacés et des retournés du Lac.

Tableau 13 : Evolution des financements extérieurs par rapport à la dotation de l'Etat de 2013 à 2016 (en millions de FCFA).

Tableau 14 : Forces et faiblesses.

Tableau 15 : Normes en Personnel pour un Centre de Santé Rural et Urbain.

III.LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Axes de la SN CSU

Figure 2 : Régimes d'assurance santé

Figure 3 : Prestations non prises en charge

Figure 4 : Prestations prises en charge

Figure 5 : ONG et localisation des réfugiés dans les provinces au nord-est.

Figure 6 : ONG et localisation des camps des réfugiés et des sites des retournés

Figure 7 : ONG et localisation des camps des réfugiés et des sites des retournés et des déplacés du Lac

Figure 8 : Evolution de l'engagement d'Abuja pour le Tchad (2001-2014)

1.INTRODUCTION

Les indicateurs de santé du Tchad sont considérés parmi les plus faibles du monde. Les taux de mortalité maternelle et infantile au Tchad, respectivement de 860 décès pour 100 000 naissances vivantes et de 72 décès pour 1000 naissances vivantes, sont parmi les plus élevés au monde et cela heurte les consciences, aussi bien des acteurs nationaux que des partenaires au développement dans ce domaine.

Le faible niveau des indicateurs en matière de santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et la nutrition (SRMNIAN) a rendu le Tchad éligible au mécanisme de financement mondial connu sous le sigle anglais GFF (Global Financing Facility) auquel il a adhéré en mai 2019.

Le gouvernement et ses partenaires ont déployé d'énormes efforts pour améliorer les indicateurs de santé mais les résultats attendus sont insuffisants.

En dépit des stratégies utilisées pour 'améliorer l'accessibilité, la qualité des soins et le financement, notamment la gratuité des soins et le financement basé sur les résultats, la situation n'a pas évolué significativement car la continuité de ces stratégies n'a pas été assurée par le gouvernement pour des raisons d'ordre financier. C'est ainsi que les médicaments avec lesquels la gratuité des soins est financée connaissent de ruptures fréquentes de stocks. Quant au financement basé sur les résultats, le gouvernement n'arrive pas à pérenniser les projets de la Banque Mondiale sur la base des documents prévus au préalable. Il faut noter que le pays reste encore confronté à des problèmes de gouvernance, d'ordre structurel et financier.

Devant cette situation, une Stratégie Nationale de la Couverture Santé Universelle a été adoptée en 2015. Le processus de sa mise en œuvre a été déclenché à travers la promulgation de la Loi N° 035/PR/2019 du 05 août 2019 qui prévoit trois régimes et la décision de démarrer avec le régime 3 qui vise le remboursement par l'Etat des soins des populations les plus démunies.

Avant la mise en œuvre de cette stratégie, il s'est avéré nécessaire de définir des modèles de soins qui pourront garantir une accessibilité équitable à tous les niveaux du système de santé aux soins de qualité à la population.

Ce document qui définit les nouveaux modèles des prestations des soins est structuré comme suit :

- 1) Le contexte ;
- 2) La cartographie des modèles des prestations des soins au Tchad ;
- 3) Les nouveaux modèles des prestations des soins ;
- 4) Les modalités de mise en œuvre des nouveaux modèles des prestations des soins ;
- 5) La conclusion.

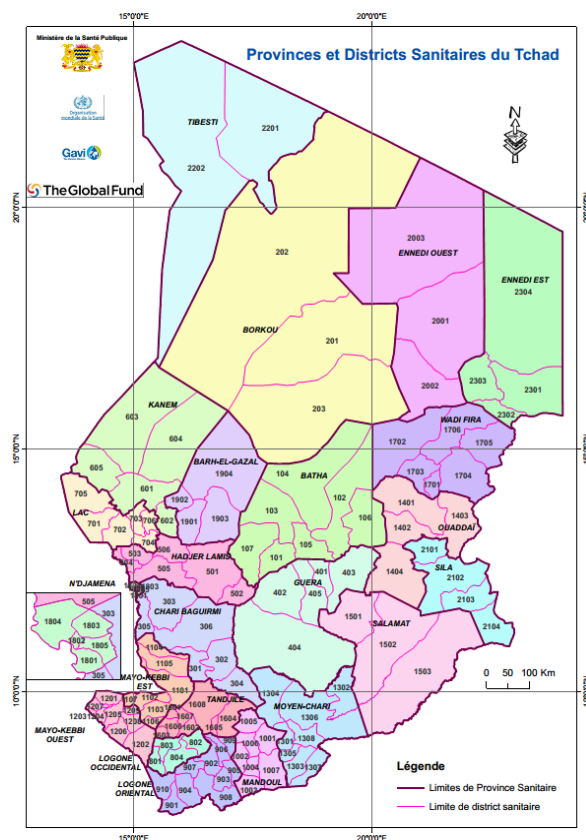
2. CONTEXTE

2.1. Généralités Sur Le Tchad

2.1.1. Contexte politique et administratif

1

Le Tchad est un Etat unitaire et laïc. Le processus de décentralisation et de déconcentration des services vers les provinces, départements et communes pour un développement harmonieux, enclenché après la Conférence Nationale Souveraine de 1993, est loin d'être achevé. Le pays compte actuellement 23 provinces dont celle de N'Djaména, 112 départements et 405 Communes/Sous-préfectures¹. Les provinces sanitaires sont calquées sur les provinces administratives et les districts sanitaires correspondent plus ou moins aux départements. Bien qu'il y ait une volonté manifeste de décentralisation, l'organisation administrative du Tchad reste fortement marquée par la centralisation des services de l'Etat dans la capitale et la déconcentration des services au niveau des provinces.



2.1.2. Données géographiques

Le Tchad est un état continental, classé 5^{ème} parmi les pays les plus vastes de l'Afrique après l'Algérie, la RDC, le Soudan et la Libye. Situé entre les 8^{ème} et 14^{ème} degrés de latitude Nord et les 14^{ème} et 24^{ème}s degrés de longitude Est, il couvre une superficie de 1 284 000 km². Il est

¹ Ordonnance N°001/PR/2019 portant création des unités administratives et des collectivités autonomes signée le 11 février 2019 à vérifier

limité au Nord par la Libye, à l'Est par le Soudan, au Sud par la République Centrafricaine et à l'Ouest par le Niger, le Nigeria et le Cameroun.

Le Tchad est découpé en trois zones climatiques. Le Nord est une zone saharienne vaste (60% du territoire national) avec un climat désertique et une pluviométrie inférieure à 200 mm par an. Le Sud correspond à une zone soudanienne (10% du territoire national) assez fortement pluvieuse (pluviométrie entre 800 et 1200 mm par an), avec certaines régions quasiment inaccessibles pendant la saison des pluies. On trouve entre les deux, une zone sahélienne (30% du territoire national) avec une pluviométrie comprise entre 200 et 800 mm. N'Djamena, la capitale, est située dans cette zone. Du fait de cette répartition climatique, on trouve au sud une végétation abondante avec des savanes arborées diminuant graduellement en allant vers le nord pour laisser la place à la savane puis au désert avec quelques oueds ou ouadis.

L'hydrographie et le relief du Tchad font de ce pays un véritable bassin, bordé à l'Est et au Nord par des montagnes que l'on trouve également au Sud-ouest. La cuvette sédimentaire du Tchad est occupée par de nombreux lacs dont le principal est le Lac Tchad qui est alimenté à 90% par le fleuve Chari (1200 km) et le Logone (1000 km). Ces lacs et cours d'eau permanents entraînent une humidité constante. Au centre-est, on trouve de nombreux cours d'eau intermittents qui tendent à disparaître. Sur 23 provinces que compte le pays, 10 sont enclavées en partie en saison pluvieuse. Il s'agit de la moitié du Salamat, d'une partie du Ouaddaï, du Guéra, du Moyen Chari, de Hadjer Lamis, du Lac, des deux Mayo-Kebbi et de la Tandjilé.

Le réseau routier tchadien est en plein essor pour le désenclavement intérieur et extérieur du pays. La majeure partie des grandes villes du Tchad comme Abéché, Mongo, N'Djaména, Bongor, Kélo, Moundou, Doba, Sarh et Kyabé sont reliées entre elles par des routes bitumées et plusieurs projets sont en cours pour relier le Tchad aux pays voisins. De par son enclavement, le Tchad est fortement dépendant de plusieurs axes routiers notamment l'axe Douala-N'Djaména, N'Djaména-Port Harcourt et Port Soudan pour ses approvisionnements. Le réseau aéroportuaire comprend un aéroport international à N'Djaména et plusieurs aérodromes à l'intérieur du pays à savoir Moundou, Sarh, Abéché, Amdjaras, Ati et Faya.

Le Tchad est couvert en grande partie par de réseaux de téléphonie mobile qui facilitent un accès rapide aux nouvelles technologies de l'information et de la communication. Avec le développement de la radio et de la télévision nationale sur satellite, l'arrivée des nouvelles chaînes de télévisions privées et l'existence de radios communautaires à travers presque tout le territoire national, la sensibilisation de la population se développe considérablement. A cela

s'ajoutent les autres moyens de communication populaires : crieurs publics, griots, théâtre populaire ou communautaire, contes, diapo-langage, etc.

2.1.3. Données démographiques

La population du Tchad, selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH2) de 2009, était de 11.039.873 habitants. Elle était estimée en 2020 à 17 544 566 habitants (tableau1) parmi lesquels les hommes représentent 49,7% contre 50,3% des femmes. Elle est très jeune : les moins de 25 ans représentent 68% de l'ensemble de la population tandis que les plus de 60 ans représentent 4,5%. Selon le milieu de résidence, 21,9% de la population vit en milieu urbain et 78,1% en milieu rural dont 3,4% sont des nomades.

La densité moyenne de la population est relativement faible (10,65 hab. /km²). Mise à part la province de N'Djaména qui est une particularité (2 356,72 hab. /km²). La densité de la population varie de 0,40 hab. /km² au Borkou-Tibesti à 95,67 hab. /km² au Logone occidental. Les Délégations Sanitaires Provinciales (DSP) des Mayo Kebbi Ouest et Est, de la Tandjilé, du Mandoul et du Logone occidental ont une densité largement au-dessus de la moyenne nationale. Il s'agit essentiellement des provinces qui offrent des conditions socioéconomiques favorables à l'implantation humaine. En effet, cette partie du pays reçoit au moins 1 000 mm de pluie par an et elle est drainée par 2 grands fleuves (Logone et Chari). Elle dispose d'une végétation abondante et des sols relativement riches. A l'opposé, les DSP du Kanem (5,70), du Salamat (5,41), du Batha (6,59), du Barh El Gazal (6,26), de l'Ennedi (0,98) affichent une densité nettement en dessous de la moyenne nationale. Cela s'explique en partie par le caractère désertique de ces provinces à l'exception du Salamat.

Le taux d'accroissement moyen annuel de la population est de 3,6%. Selon les résultats du recensement, les naissances attendues représentent 4,79%, les grossesses 5,51%, les nourrissons de 0-11 mois 3,7%, les enfants de 0-59 mois 20,20%, les jeunes de moins de 15 ans 50,6% et les femmes en âge de procréer 21,76% (tableau 1).

Tableau 2 : Catégories et proportions de populations cibles de la SRMNIAN sur 5 années.

Année	Population Totale	Grossesses attendues	Naissances attendues	Nourrissons de 0-11 mois	Enfants de 0-59 mois	Jeunes de moins de 15 ans	Jeune et Adolescent de 10 à 24 ans	Femmes en âge de procréer
		5,51%	4,79%	3,70%	20,20%	50,60%	18,20%	21,76%
2017	15 778 415	869 391	755 786	583 801	3 187 240	7 983 879	2 871 672	3 433 383
2018	16 346 438	900 689	782 994	604 818	3 301 980	8 271 298	2 975 052	3 556 985
2019	16 934 910	933 114	811 182	626 592	3 420 852	8 569 064	3 082 154	3 685 036
2020	17 544 566	966 706	840 385	649 149	3 544 002	8 877 551	3 193 111	3 817 698

Source : DSIS

Le tableau 1 ci-dessus comporte quelques indicateurs démographiques qui permettent de calculer les principales cibles des activités.

Le Tchad est peuplé d'une mosaïque de 256 ethnies, regroupées en 12 principaux groupes linguistiques inégalement réparties sur l'ensemble du territoire. Le français et l'arabe sont les deux langues officielles. Les religions pratiquées au Tchad sont l'islam, le christianisme et l'animisme. Le contexte géographique peut être considéré comme un des éléments essentiels pour la définition des modèles de soins.

2.1.4. Etat de santé et des données épidémiologiques

2.1.4.1. Taux de Mortalité

➤ Mortalité maternelle

La mortalité maternelle reste élevée car les différentes EDSTI (1997), EDSTII (2004) et EDSTIII (2015) montrent qu'on est passé respectivement de 827 à 1 099 puis à 860 pour 100 000 Naissances Vivantes.

Selon l'enquête nationale sur les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) réalisée en 2018, les principales causes directes sont : les prééclampsies / éclampsies (21,6%), les hémorragies (20,3%), les infections du postpartum (6,3%) et les dystocies/travail prolongé (14,8%). Les principales causes indirectes sont le paludisme, l'anémie et le VIH/Sida. Les facteurs favorisants sont : le retard dans la prise de décision du recours aux soins, le retard de la maison vers le centre de santé et le retard dans la prise en charge dans les formations. Tous ces retards s'expliquent par l'ignorance, la pauvreté, l'enclavement, le mauvais état de route, la persistance des pesanteurs socio-culturelles et la faible performance du système de santé dans ses principaux piliers.

➤ Mortalité néonatale

La mortalité néonatale n'a pas montré une régression significative car selon les EDSTII (2004) et EDST III (2015), celle-ci est passée de 39 à 34 décès pour 1000 NV, pour une cible de l'Objectif de Développement Durable (ODD) fixée à 12 ‰. Les causes sont par ordre de fréquence : l'asphyxie, la prématurité, l'infection, la pneumonie, les malformations congénitales et le tétanos néonatal. La mortalité néo-natale est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain qui est mieux loti en équipements, en personnels qualifiés et spécialistes.

➤ Mortalité et morbidité des enfants

La Mortalité infantile est passée de 102 à 72 décès pour 1000 et la Mortalité infanto-juvénile : de 163 à 133 décès pour 1000 (EDS-MICS, 2015). Cette mortalité est influencée par la rougeole, le paludisme, les maladies diarrhéiques et les infections des voies respiratoires qui constituent les causes de morbidité et de mortalité des enfants au Tchad.

2.1.4.2. Problèmes de santé

➤ Motifs de consultations au premier échelon

Selon la classification ci-dessus, le paludisme simple suspect (27,1%) apparaît comme le premier motif de consultation au niveau des CS, suivi du paludisme simple confirmé par TDR ou GE (9,6%). Cette classification des maladies varie selon les tranches d'âge comme indiquée dans le tableau 2 ci-après.

Tableau 2 : Les 10 premières causes de consultations au premier échelon.

N°	Maladies	NC	Fréquence	Fréquence Cumulée
1	Paludisme simple suspecte	1 817 261	27,1	27,1
2	Paludisme simple confirme (TDR / GE)	1 557 319	9,6	36,7
3	Infections des voies respiratoires hautes	212 810	3,3	40,0
4	Malnutrition	191 604	3,3	43,3
5	Infections peau/dermatose	188 405	3,2	46,5
6	Traumatismes	181 805	3	49,5
7	Infection des voies respiratoires basses modérées	169 907	1,7	51,2
8	Conjonctivite	94 077	1,6	54,4
9	Infections orl	92 838	1,5	55,9
10	Dysenterie traitée au SRO et zinc	88 300	1,5	57,4

➤ La nutrition mère-enfant

La malnutrition sous ses différentes formes demeure un problème de santé publique aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain (Enquête SMART 2019). La malnutrition Aigüe Globale est de 12,9% (au-dessus du seuil d'alerte de 10%) dont **2,9% de la forme sévère (MAS)**. La Malnutrition Chronique est de 32%. Il ressort qu'environ un tiers des enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance dont 12,4% souffrent de la forme sévère. Chez les femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans, les prévalences du déficit pondéral sont de 2,6%, 2,0% et 0,6% respectivement pour la globale, la forme modérée et la forme sévère.

Concernant l'anémie, elle est : chez les enfants 63,6 % ; chez la femme en âge de procréer : 44,7% et chez la femme enceinte : 40,6%.

2.1.4.3. Utilisation des services

➤ Faible utilisation des services préventifs et d'accouchement est caractérisée par :

- La prévalence contraceptive moderne est passée de 1,6% en 2004 à 5% (EDS-MICS 2015) ;
- Les besoins non satisfaits en contraceptifs de 28,3% en 2004 sont passés à 23% en 2014 ;
- La proportion des femmes vues à la CPN1 est de 64% (43% en 2004) contre 31% pour la CPN4 et plus (EDS-MICS 2015) ;
- L'accouchement assisté par un personnel qualifié reste très faible (34%) et l'accouchement dans un établissement est encore plus faible (22%). Ces pourcentages sont encore plus bas pour le milieu rural (respectivement 26,2% et 14%) ;
- La couverture vaccinale complète avant le premier anniversaire est passée de 11% en 2004 à 25% seulement en 2014 tandis que les taux de couverture par vaccin sont variables (le BCG : 60%, les taux de Pentavalent 1 et Pentavalent 3 : respectivement de 58% et 33%, soit une déperdition de 25%).

➤ Faible utilisation des services curatifs du premier échelon

Le taux d'utilisation de ces services est de 35% en 2018 (loin derrière l'objectif national qui est de 50 %). Elle varie d'une province à une autre : 10 % à l'Ennedi-Est et 49 % au Logone oriental (tableau 3).

Tableau 3 : Taux d'utilisation des services.

N°	Provinces Sanitaires	Pop 2018	Nc	Taux d'utilisation (En %)
1	Batha	670 151	202 019	0,30
2	Borkou	128 875	28 408	0,22
3	Chari Baguirmi	830 654	140 025	0,17
4	Guera	739 896	280 028	0,38
5	Hadjer lamis	879 151	208 556	0,24
6	Kanem	489 625	221 466	0,45
7	Lac	637 285	238 568	0,37
8	Logone occidentale	1 009 327	323 455	0,32
9	Logone orientale	1 111 580	542 360	0,49
10	Mandoul	1 054 175	424 756	0,40
11	Mayo kebbi est	1 120 449	358 462	0,32
12	Mayo kebbi ouest	792 537	253 134	0,32
13	Moyen chari	821 241	346 205	0,42
14	Ouaddai	1 047 970	437 892	0,42
15	Salamat	425 089	190 777	0,45
16	Tandjile	931 068	307 458	0,33
17	Wadi fira	762 930	241 764	0,32
18	N'djamena	1592 231	539 908	0,34
19	Barh El Gazal	355 650	104 932	0,30
20	Ennedi ouest	83 389	20 574	0,25
21	Ennedi est	162 859	16 259	0,10
22	Sila	651 175	207 126	0,32
23	Tibesti	33 356	13 908	0,42
TCHAD		16 330 663	5 648 040	0,35

Sources : Annuaire des statistiques du MSPSN 2018

➤ Les principales causes de la faible utilisation des services sont :

- 1) Les barrières géographiques et physiques ;
- 2) Le mode de vie des habitants ;
- 3) Le faible statut de la femme ;
- 4) L'analphabétisme ;
- 5) La pauvreté ;
- 6) La faible qualité des services (mauvais accueil, mauvaise organisation, services inadaptés) ;
- 7) L'ignorance ;
- 8) Les pesanteurs socio-culturelles.

Les populations les plus concernées par cette faible utilisation des services sont celles des zones rurales, des zones à faible densité et les populations insulaires et nomades.

2.2. Mise en place de la couverture sanitaire universelle

2.2.1. Contexte

Dans les pays d'Afrique en général et au Tchad en particulier, la majorité de la population vit dans des conditions d'extrême pauvreté. Ces pays connaissent des crises multiples et diverses avec des difficultés d'assurer le minimum de couverture sociale à la population. Dans les années soixante, c'était l'Etat providence mais très vite, les pays africains ont connu :

- Une dégradation du service public et une augmentation du coût des soins de qualité ;
- Un développement des différents secteurs privés de la santé (cabinets et cliniques privés) ;
- Des déficits en personnel qualifié ;
- Le maintien de l'influence de la médecine traditionnelle auprès des populations ;
- Des problèmes d'équité et d'accès aux soins des couches les plus démunies de la population ;
- Un délaissement des structures sanitaires par la population ;
- L'insuffisance de la participation communautaire.

Pour faire face à cette situation, la mise en place d'une Couverture Sanitaire Universelle est apparue comme la solution appropriée.

2.2.2. Vision et principes

La stratégie nationale de couverture sanitaire universelle au Tchad a comme vision : « la population ait accès à des services de santé de qualité, en évitant de placer l'individu dans une situation financière difficile, en protégeant la population contre les risques ayant une incidence sur la santé, avec une attention particulière pour l'équité et la solidarité ».

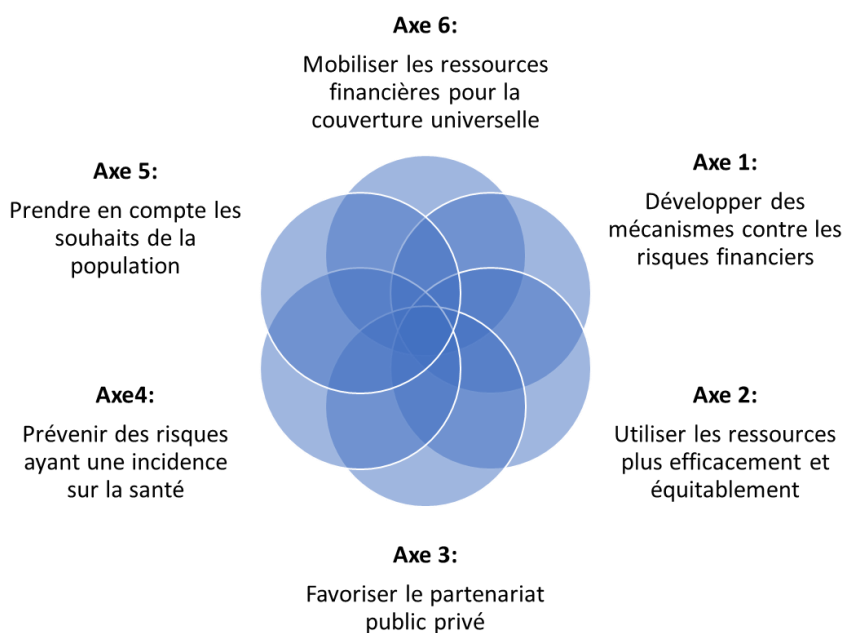
Les principes sont :

- La Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle (SN-CSU) comme une composante de la protection sociale ;
- L'intersectorialité ;
- La Mise en place d'un mécanisme de solidarité nationale pour les plus démunis ;
- Faire preuve de volontarisme et d'imagination pour trouver les ressources financières appropriées.

2.2.3. Axes stratégiques

La SN CSU présente 6 axes stratégiques qui sont présentés dans la figure 1 ci-dessous.

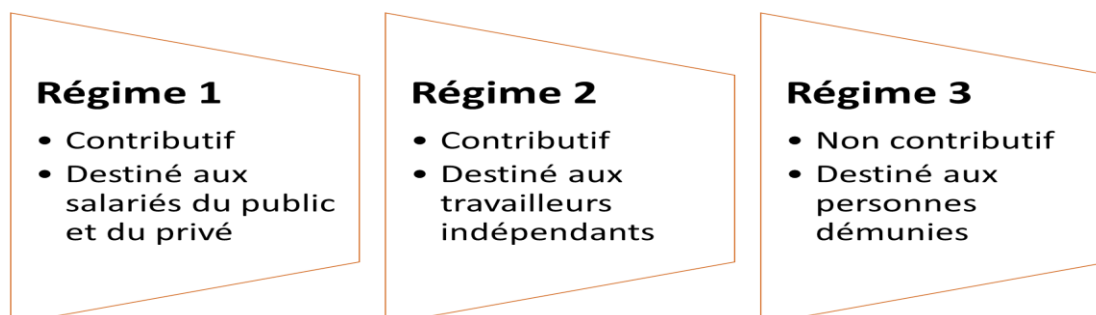
Figure 1 : Axes de la SN CSU



2.2.4. Régimes d'assurance maladie

Le Dispositif d'Assurance Santé (DAS) comprend 3 régimes qui sont présentés dans la figure 2 ci-dessous.

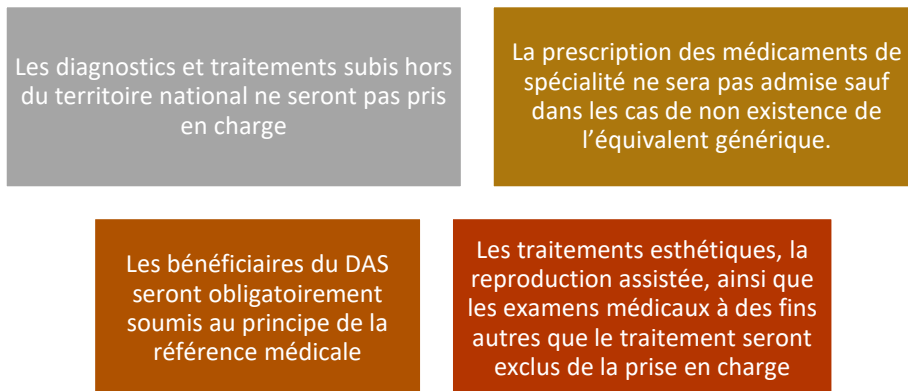
Figure 2 : Régimes d'assurance santé



2.2.5. Les prestations non prises en charge

Les prestations non prises en charge sont présentées dans la figure 3 ci-dessous.

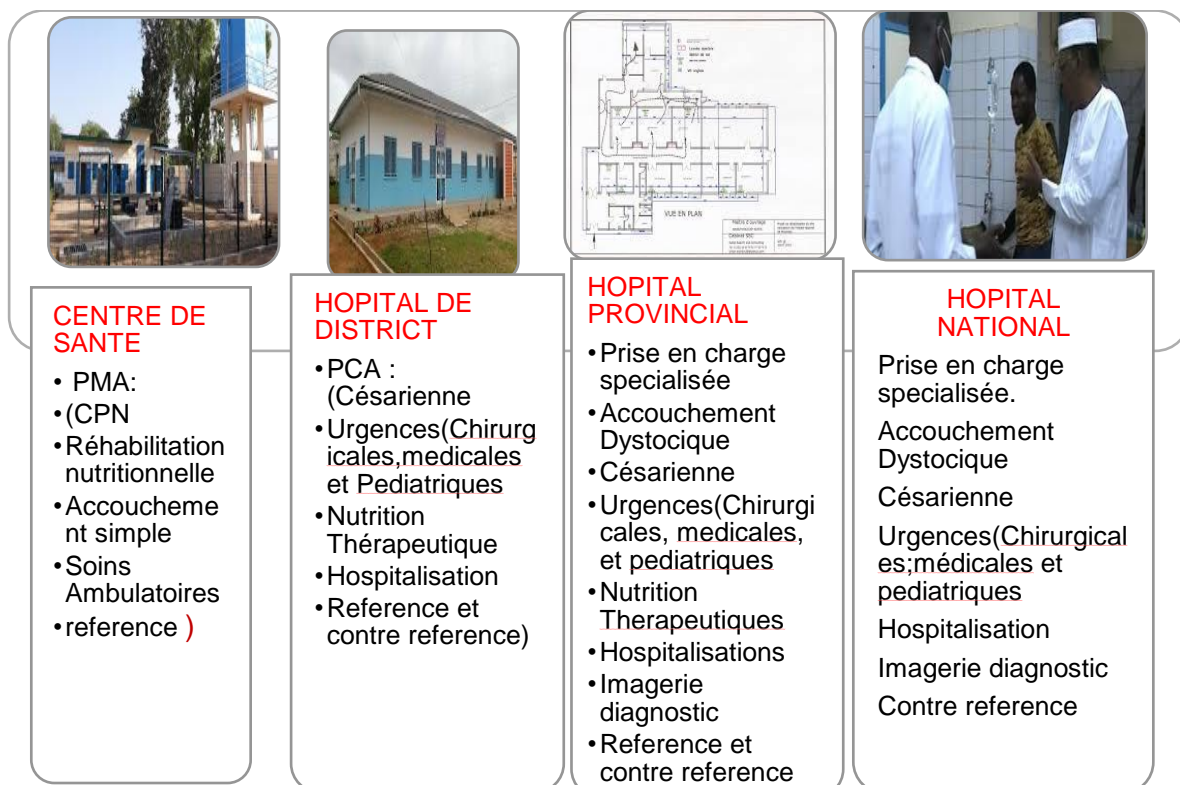
Figure 3 : Prestations non prises en charge



2.2.6. Prestations prises en charge

Les prestations prises en charges sont présentées dans la figure 4 ci-dessous

Figure 4 : Prestations prises en charge



Prestations de soins prises en charge et régimes d'assurance Santé :

L'Etat s'engage à assurer un paquet d'activités de soins minimum accessibles à toute la population tchadienne. Ce paquet est proposé par la Cellule de coordination et validé au cours d'un atelier national avant d'être acté par un décret présidentiel.

Ce paquet sera délivré de la même manière à toute la population sous les 3 régimes sans distinction afin de garantir l'équité. Toutefois, les personnes soumises à ces 3 régimes ont la possibilité, sur leur initiative, à souscrire à des assurances complémentaires pour couvrir les frais des soins non inclus dans le paquet pris en charge par l'assurance santé prônée par l'Etat.

2.2.7. Exigences de qualité

La Couverture sanitaire universelle va rembourser uniquement les frais des soins qui répondent aux critères de qualité, notamment :

- Les médicaments utilisés seront des génériques de la liste nationale ;
- Les malades du niveau technique supérieur seront des référés des niveaux techniques inférieurs ;
- Les prescriptions respectent les ordinogrammes ou les protocoles nationaux ;
- Le personnel est compétent et motivé ;
- Les équipements respectent les normes correspondant au niveau des soins.

2.3. Engagements de la Conférence d'Astana 2018 sur les soins de santé primaires

Les fondements de la Politique nationale de santé sont les soins de santé primaires : soins basés sur la personne (Astana) et les ODD.

La Vision de la Conférence d'Astana 25-26 octobre 2018 est la suivante :

- Des gouvernements et des sociétés qui fixent des priorités, promeuvent et protègent la santé et le bien-être des populations, à la fois aux niveaux collectif et individuel, par l'intermédiaire de systèmes de santé solides ;
- Des soins de santé primaires et des services de santé qui sont de grande qualité, sûrs, complets, intégrés, accessibles, disponibles et abordables pour tous et partout ; et qui sont dispensés avec compassion, respect et dignité par des professionnels de santé bien formés, compétents, motivés et engagés ;

- Des environnements stimulants et propices à la santé dans lesquels les individus et les communautés sont dotés des moyens de conserver et d'améliorer leur santé et leur bien-être et y participent activement ;
- Des partenaires et des parties prenantes unis et cohérents pour apporter un soutien efficace aux politiques, aux stratégies et aux plans sanitaires nationaux.

« Nous sommes convaincus que le renforcement des soins de santé primaires est l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social, et que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d'un système de santé durable dans l'optique de la couverture sanitaire universelle (CSU) et des objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé ».

2.4. Orientations de l'OMS : Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne aux niveaux régional et national

Le cadre pour les services de santé intégrés centrés sur la personne aux niveaux régional et national énonce une vision claire, à savoir que toute personne a accès sur un pied d'égalité à des services de santé de qualité, coproduits de façon à répondre à ses besoins tout au long de la vie. Ils sont coordonnés pour toute la gamme des soins et sont complets, sûrs, efficaces, fournis au moment voulu, efficaces et acceptables, tous les aidants sont motivés, qualifiés et interviennent dans un milieu qui les soutient.

La mise en place de services de santé intégrés centrés sur la personne dépendra de l'apport des systèmes de santé et notamment de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des agents de santé et des services qu'ils fournissent.

Le cadre propose cinq stratégies interdépendantes qui doivent être adoptées.

1) Autonomiser et associer les personnes et les communautés.

Cette stratégie consiste à donner aux gens les occasions, les compétences et les ressources dont ils ont besoin pour faire appel aux services de santé de manière claire et autonome, et pour plaider en faveur d'un système de santé réformé. Il s'agit de libérer des ressources communautaires et individuelles en faveur d'une action à tous les niveaux, de donner à chacun les moyens de prendre des décisions efficaces concernant sa propre santé, de permettre aux communautés de s'engager activement dans la coproduction d'environnements favorables à la santé et de fournir aux aidants informels issus de la communauté la formation nécessaire pour optimiser leur action et leur appui pour qu'ils

puissent poursuivre leur rôle. Il s'agit aussi d'atteindre les groupes sous-desservis et marginalisés afin de leur garantir un accès universel aux services de bonne qualité coproduits en fonction de leurs besoins spécifiques et aux avantages découlant de ces services.

2) Renforcer la gouvernance et la responsabilisation.

Le renforcement de la gouvernance suppose une approche participative de la formulation des politiques, de la prise de décisions et de l'évaluation des résultats à tous les niveaux du système de santé – de l'élaboration des politiques jusqu'à l'intervention clinique. La bonne gouvernance est fondée sur la transparence et la participation de tous, elle limite le risque de corruption et tire le maximum des ressources et des informations disponibles pour arriver au meilleur résultat possible. Elle est renforcée par un système solide de responsabilisation mutuelle applicable à ceux qui élaborent les politiques, aux administrateurs, aux dispensateurs et aux usagers, et par des stimulants alignés sur une approche centrée sur la personne. La mise en place d'un cadre politique solide et un plaidoyer convaincant en faveur de la réforme seront importants pour définir une vision commune et déterminer comment l'appliquer.

3) Réorienter le modèle de soins.

La réorientation du modèle des soins consiste à veiller à ce que des services efficaces et efficaces de soins de santé soient conçus, obtenus et fournis par des modèles innovants de soins privilégiant les services de soins primaires et communautaires et les soins coproduits. Elle englobe une réorientation des soins avec moins de soins en milieu hospitalier et davantage de soins ambulatoires et une démarche plus préventive que curative. Elle suppose des investissements en faveur de soins complets envisageant l'ensemble de la personne, y compris les stratégies de promotion de la santé et de prévention des problèmes de santé propres à favoriser la santé et le bien-être de la population. Elle respecte également l'égalité des sexes et les préférences culturelles dans la conception et le fonctionnement des services de santé.

4) Coordonner les services au sein d'un même secteur et entre les secteurs.

Les services devraient être coordonnés pour satisfaire les besoins et la demande de soins. Pour y parvenir, il faut intégrer les dispensateurs de soins dans les cadres et entre les différents cadres de soins, renforcer les systèmes et les réseaux d'orientation entre les niveaux de soins et créer des liens entre le secteur de la santé et les autres secteurs. Une action intersectorielle s'impose au niveau communautaire pour tenir compte des déterminants

sociaux de la santé et exploiter au mieux les ressources limitées dont on dispose, y compris, parfois, au moyen de partenariats avec le secteur privé. La coordination n'appelle pas nécessairement une fusion des différents services, structures ou tâches, mais vise plutôt à améliorer la prestation des soins en alignant et en harmonisant les processus et les informations entre les différents services.

5) Créer un environnement favorable.

Pour que les quatre stratégies précédentes puissent être mises en œuvre dans la pratique, il faut aussi créer un environnement favorable permettant d'amener toutes les parties prenantes à entreprendre le changement transformationnel qui s'impose. Cette tâche complexe nécessitera une série de processus distincts pour apporter les changements nécessaires en matière de leadership et de gestion, de systèmes d'information, de méthodes pour améliorer la qualité, de réorientation des personnels, de cadres législatifs, d'arrangements financiers et d'incitations.

La réalisation de l'ensemble de ces cinq stratégies contribuera à la mise en place de services de santé plus efficaces ; des retards dans un domaine risquent d'affaiblir les progrès dans les autres. Les mesures prises pour chaque stratégie sont conçues pour avoir des effets à différents niveaux

3. CARTOGRAPHIE DES MODELES DE PRESTATIONS DE SOINS MIS EN ŒUVRE AU TCHAD

3.1. Description des modèles de prestation de soins

3.1.1. Modèles de prestation des soins du secteur public

L'organisation de l'offre des soins, inspirée par la politique des soins de santé primaires est calquée sur l'organisation administrative : elle est pyramidale à 3 niveaux : centrale ou tertiaire, intermédiaire et périphérique.

3.1.1.1. Niveau central ou tertiaire

Le niveau tertiaire des soins comprend les hôpitaux nationaux qui jouent le rôle d'hôpitaux universitaires et de centres de référence pour les hôpitaux provinciaux.

La ville de N'Djaména dispose de 05 hôpitaux nationaux qui sont: le Centre Hospitalier Universitaire de Référence Nationale (CHURN), le Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et Enfant (CHUME), le Centre Hospitalier Universitaire Le Bon Samaritain (CHUBS) , CHU la Renaissance (HR), le CHU Abéché, l'Hôpital de l'Amitié Tchad Chine (HATC) et d'autres institutions nationales assimilés : l'Hôpital Militaire d'Instruction (HMI), le Centre National de Traitement des Fistules (CNTF), le Centre National d'Appareillage et de Rééducation (CNAR), tous fonctionnels (tableau 2).

Leur capacité technique permet d'assurer les soins spécialisés, la formation et la recherche médicale. La disponibilité des services spécialisés varie d'un hôpital à l'autre et leur permet d'être complémentaires (tableau 4).

Tableau 4 : Pôles d'excellence des hôpitaux nationaux

Noms des hôpitaux	Capacité d'accueil (lits)	Pôle d'excellence
CHU de Référence Nationale	310	Chirurgie, Neurologie, Cardiologie, Néphrologie ...
CHU de la Mère et de l'Enfant (CHU-ME)	250	Pédiatrie et Gynécologie
CHU le « Bon Samaritain »	240	Imagerie médicale, chirurgie, Gynécologie
CHU la Renaissance	250	Neurochirurgie, Imagerie Médicale
CHU d'Abéché	265	Chirurgie et gynécologie
Hôpital de l'Amitié Tchad-Chine (HATC)	350	Ophtalmologie et Kinésithérapie
Hôpital Militaire d'Instruction (HMI)	110	Traumatismes et médecine militaire
Centre National de Traitement des Fistules (CNTF)	35	Traitement des fistules
Centre National d'Appareillage et de Rééducation (CNAR)	00	Rééducation Fonctionnelle, Prothèses

La Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA), le Centre National de Transfusion Sanguine et les institutions de formations se trouvent également à ce niveau. Par contre, il manque un laboratoire national de santé publique. L'avènement de la pandémie à coronavirus (COVID19) a amené les autorités sanitaires à envisager la mise en place d'un Institut National en Santé Publique du Tchad (INSPT). Il est à noter qu'il n'existe pas des services pour la prise en charge des grands brûlés dans le système sanitaire du Pays. Des réflexions sont en cours pour la mise en place de SAMU. Les textes sont proposés pour la réforme hospitalière.

3.1.1.2. Niveau intermédiaire

L'hôpital provincial (HP) est la structure de soins de troisième recours et constitue le niveau de référence pour les hôpitaux de district (deuxième référence). La province dispose également d'une pharmacie provinciale d'approvisionnement (PPA) et des institutions de formation du personnel de santé. Les provinces disposant des institutions de formation publiques sont au nombre de cinq (5) : Ouaddai, Wadi Fira, Moyen Chari, Logone occidentale et N'Djamena.

L'hôpital provincial est organisé en services spécialisés suivants : médecine, chirurgie y compris le bloc opératoire, la gynéco-obstétrique, la pédiatrie, l'ophtalmologie, l'odontostomatologie, l'ORL, l'imagerie, le laboratoire et la pharmacie.

En 2019, sur les vingt trois (23) Hôpitaux Provinciaux (HP) que compte le pays, seuls 7 sont aux normes (Sarh, Moundou, Doba, Koumra, Abéché Bongor, N'Djamena (Farcha) et Biltine).

Les 17 autres nécessitent une nouvelle construction. Cependant, sur les 17 HP à construire, 3 sont déjà achevés (Pala, Biltine et Amdjaras) et prêts à être équipés et 3 autres (Koumra, Ati et Amtiman) sont en cours de construction. Ce qui donne un nombre de 11 hôpitaux provinciaux à construire pour être aux normes.

L'hôpital provincial devrait disposer des spécialistes : chirurgien, gynécologue, pédiatre, mais face à la pénurie de personnel, leur déploiement est progressif.

3.1.1.3. Niveau périphérique

En 2019, le niveau périphérique comprend 150 districts sanitaires dont 126 fonctionnels. Parmi les 126 DS, 16 ne disposent pas d'un hôpital de district, soit 12, 70 %.

Il est important de signaler que 14 HD sont achevés en 2020 et attendent d'être équipés et que 13 HD sont en cours de construction.

Sur 1856 Zones de responsabilité (ZR) existantes en 2019, 1672 disposent d'un centre de santé, soit 90,08. Cependant, sur les 1672 CS fonctionnels, 445 ne sont pas construits selon les normes, soit 26,61 %.

Le niveau périphérique ou district sanitaire est constitué de 2 échelons : le premier échelon constitué de centre de santé et le second échelon constitué de l'hôpital de district.

L'hôpital de district assure la prestation des services de soins de santé primaires de 2^{ème} échelon en assurant le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) par rapport aux activités réalisées par le centre de santé. Il sert de référence à l'échelon le plus bas du système de santé. Son paquet d'activités comprend :

- La consultation de référence ;
- La prise en charge des urgences médicochirurgicales et accouchements compliqués ;
- Les hospitalisations des cas référés par le 1^{er} échelon ;
- La fonction diagnostique (laboratoire et imagerie médicale).

L'hôpital de district comprend :

- Le service de maternité ;
- Le service de médecine générale y compris la pédiatrie ;
- Le service de chirurgie générale ;
- Le service de laboratoire ;
- Le service d'imagerie médicale (échographie).

A noter que dans la plupart de ces hôpitaux des districts, la mise en œuvre de PCA pose des problèmes pour plusieurs raisons parmi lesquelles : le manque d'infrastructures adéquates, l'insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité (un médecin généraliste à

plein temps mais parfois un il partage son temps entre le district et l'hôpital), l'insuffisance d'équipements et des services de diagnostic (laboratoire, imagerie), etc.

Le Centre de santé met en œuvre le PMA (tableau 5) qui comprend :

- Les services curatifs ;
- Les services préventifs ;
- Les services promotionnels et de réadaptation.

Ce PMA devrait permettre la résolution d'au moins 85% des problèmes de santé de la population.

Tableau 5 : Contenu du PMA des centres de santé

Services	Activités
Prestations curatives	
Consultation curative	Réception/triage Prise en charge des pathologies et lésions courantes Prise en charge des maladies transmissibles Prise en charge des maladies non Transmissibles Prise en charge de la malnutrition aigue
Actes techniques	Accouchement Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) Soins infirmiers et petite chirurgie
Laboratoire	Sang: GE, TDR, Hb, test HIV, HBS, RPR Selles : parasites, GB, GR, KOP Urines : ECBU, albuminurie Groupe sanguin et rhésus Crachat : BAAR
Observation des patients sous traitement	Surveillance de malades sous traitement
Pharmacie	Médicaments Essentiels et consommables et produits SR
Prestations préventives	
Services Préventifs	Vaccination, Suivi de la croissance de l'enfant et du nourrisson Consultation Périnatale Recentrée (CPNR) Consultation postnatale Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME) Planification Familiale (PF)
Prestations promotionnelles	
Services promotionnels	Promotion du dépistage volontaire et conseil-dépistage du VIH/SIDA Promotion de la santé des adolescents et des jeunes Promotion de la planification familiale Promotion de l'hygiène et assainissement Promotion de la réadaptation fonctionnelle Promotion de l'IEC/CCC
Prestations de gestion	
Services de gestion	Planification/micro-planification Gestion de l'information Gestion de la population couverte Gestion des ressources humaines Gestion des ressources matérielles Gestion financière Participation communautaire Surveillance épidémiologique Gestion de la structure Gestion de la chaîne de froid

A ces 2 niveaux, il faut ajouter le niveau communautaire qui est constitué de l'ensemble des populations bénéficiaires d'une zone de responsabilité. La participation communautaire à la gestion des services de santé n'est pas effective au Tchad malgré la loi N° 19/PR/99 du 10 décembre 99 instituant la participation communautaire. On constate que seuls les comités de gestion qui sont une émanation des comités de santé sont impliqués dans certaines formations sanitaires à la gestion des fonds issus des recouvrements des coûts.

L'implication effective des communautés à la planification, la gestion et l'évaluation des services de santé à tous les échelons de la pyramide sanitaire est une nécessité pour contribuer à la réussite de tout investissement en matière de santé.

Au sein de ces communautés, des acteurs (agents de santé communautaires) sont identifiés pour réaliser au bénéfice de cette même population un ensemble d'activités. Le Ministère de la Santé Publique a adopté en 2015 la stratégie nationale de santé communautaire afin d'impliquer d'avantage les communautés dans la résolution de leurs problèmes de santé. Cela se traduit par le recrutement de deux agents de santé communautaire par village (soit environ 40 000). Les agents de santé communautaire sont recrutés par le système de santé, mais aussi à travers les leaders communautaires notamment le chef du village. Le profil de l'agent communautaire est lié à la tâche à accomplir défini dans le module de formation des agents communautaires et le document de stratégies de santé communautaire.

Ces agents exécutent les activités du PMA communautaire. Certains programmes nationaux assurent sur le terrain quelques interventions à base communautaire notamment la distribution de masse de l'ivermectine dans la lutte contre l'onchocercose, la chimio prophylaxie du paludisme, la distribution des moustiquaires et la sensibilisation. Grâce au nouveau PMA, les interventions des différents programmes pourront être intégrés et les ressources mieux coordonnées pour plus d'efficience et d'efficacité.

Le paquet minimum d'activités pour l'agent de santé communautaire fixe le cadre de l'intervention des ASC. Il contient des activités complémentaires à celles des centres de santé et doivent être menées sous la supervision du responsable du centre de santé.

3.1.1.3. Référence et contre référence

Le système de santé tel que défini dans la Politique Nationale de Santé (PNS) offre des soins de santé intégrés et continus à travers une interdépendance des trois niveaux. La référence des malades du niveau technique inférieur au niveau technique supérieur permet de garantir cette continuité des soins.

Après sa prise en charge, le patient référé peut être réorienté avec une fiche de contre référence du niveau technique supérieur au niveau technique inférieur.

3.1.2. Modèles de soins du secteur privé à but non lucratif

Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et le secteur confessionnel jouent un rôle de plus en plus important dans la dispensation des soins de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays. Ils gèrent approximativement plus de 150 centres de santé (sur 1334 que compte le pays) et presque une dizaine d'hôpitaux. Ces structures sont intégrées dans la carte sanitaire du pays. Dans le cadre de la politique de contractualisation, la plupart des confessionnels et des associations ont des conventions cadres et des contrats spécifiques d'association à la mission de service public avec le MSPSN permettant de préciser les engagements des uns et des autres. D'une manière générale, elles s'engagent à :

- Fournir des rapports mensuels d'activités ;
- Mettre en œuvre le PMA, ou le PCA ou les soins de niveau tertiaire en fonction de leur statut ;
- Respecter la politique nationale de santé ;
- Respecter la politique nationale de contractualisation ;
- Pratiquer des tarifs accessibles à la population.

Le MSPSN s'engage à son tour à :

- Respecter l'autonomie du partenaire ;
- Fournir les produits des programmes (vaccins, des produits de lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, les produits de la gratuité, intégrer les structures dans le financement basé sur les résultats, ... ;
- Fournir du personnel en fonction des besoins et des disponibilités ;
- Fournir des subventions aux hôpitaux ...

3.1.3. Modèles de soins du secteur privé à but lucratif

Le secteur privé lucratif au Tchad est de plus en plus développé mais peu structuré et régi par des textes pour la plupart des cas dépassés. Il croit en nombre d'année en année, surtout à N'Djaména où la multiplication des cliniques, cabinets de soins infirmiers et cabinets médicaux est visible. Il convient cependant de signaler qu'il existe une faible collaboration entre le secteur privé lucratif et les services du MSPSN à qui les rapports d'activités doivent être envoyés. De ce fait, il est difficile d'apprécier leur apport dans la prise en charge ou l'amélioration de la santé de la population tchadienne en raison de leur faible organisation institutionnelle.

Le paquet d'activités est très variable, allant de consultations des médecins généralistes (souvent des jeunes médecins), aux consultations des médecins spécialistes en pédiatrie, chirurgie, en gynécologie, ophtalmologie, urologie, ORL, des hospitalisations, des services d'imagerie médicale : surtout échographie...

3.1.4. Modèles de prestations des soins des Services de santé des armées

Les structures de santé de l'armée sont constituées d'un hôpital de niveau national à N'Djaména et 12 infirmeries dans les provinces. L'hôpital dispose d'un plateau technique qui lui permet d'être classé parmi les hôpitaux nationaux. Les infirmeries par contre sont situées dans les provinces et offrent des soins primaires. Ces structures offrent des soins aux militaires et leurs familles mais également aux civils.

3.2. Analyse des facteurs influençant l'offre des soins

3.2.1. Facteurs géographiques

3.2.1.1. Zones à faible densité des populations

Le Tchad est un pays très vaste. Le plan de découpage prévoit un centre de santé pour 5 000 habitants dans les zones de faible densité de la population et pour 10 000 habitants dans les zones à forte densité des populations. La distance maximale à parcourir pour arriver au centre de santé est de 10 km, soit 2h de marche. Le taux de couverture en 2017 des zones de responsabilité en centres de santé se situe à 80 %. La distance moyenne pour accéder à un centre de santé en 2019 était de 17 km et pour accéder à un hôpital, de 67 km.

Tableau 6 : Accès aux soins dans les zones faiblement peuplées

Province	Distance pour accès à un CS	Distance pour accès à un hôpital	Population couverte par un CS	Population couverte par un hôpital
	Norme : 10 km	Moyenne nationale : 66 km	Norme 1 CS pour 5 à 10 000 ha.	Norme : 1 HOP pour 50 à 150 000 ha.
Batha	19			
Borkou	66	194		
Guéra	16			
Salamat	23			
Sila	18		17 004	
Ennedi Ouest	91			
Ennedi Est	91		17 484	
Tibesti		206		
N'Djaména			21 667	
Oaddaï				253 133
Hadjer Lamis				212 355
Mayo-Kébi Ouest				382 868
Bar El Gazal				343 623

Source : Annuaire statistiques SIS 2017.

Ces données montrent que l'accessibilité aux soins dans les zones à faible densité de population est très faible.

3.2.1.2. Zones insulaires et aux zones avec des barrières physiques

Les populations des îles du Lac Tchad ont difficilement accès aux soins, car cela nécessite des embarcations qui ne sont pas disponibles en permanence. La période de crue où le lac occupe tout son lit rend encore plus difficile les déplacements des populations.

Les insulaires constituent une frange importante de la population (2%). Du fait de leur position géographique (vivant dans les îles, îlots et frontaliers avec le Cameroun, le Niger et le Nigeria), et leur composition (plusieurs ethnies venant des différents horizons aussi bien nationaux que sous régionaux, plusieurs cultures...), ces populations sont prédisposées aux difficultés d'accès aux services de santé de base

Les populations habitant autour des zones marécageuses du lac Iro dans la province du Moyen-Chari, du lac Fitri dans la province du Batha et le long des grands Ouadi comme le Batha, le bar Azoum, ... n'ont pas accès aux soins durant 3 à 4 mois dans l'année pendant la saison des pluies.

Les zones montagneuses et des ouadis comme les provinces du Guéra, du Ouaddaï, du Wadi Fira, du Sila, de L'Ennedi Est, de l'Ennedi Ouest, du Borkou et du Tibesti n'ont pas facilement accès aux soins car il faut faire un très long détour parfois pour contourner les montagnes ou les cours d'eau afin d'arriver à la formation sanitaire.

Les insulaires représentent 2 % de la population, soit 350 891 habitants répartis dans 705 villages. Les populations vivant dans les zones d'accès difficile représentent 8.5 %, soit 1 491 288 habitants. L'ensemble de ces populations vulnérables est estimé à 1 842 179 habitants, soit 10,5 % de la population tchadienne.

3.2.2. Facteurs comportementaux : mode de vie des populations nomades

Les nomades représentent 3,4 % de la population tchadienne qui est de 17 544 566 habitants en 2020, soit 596 515 personnes. Ce qui les caractérise est leur mobilité saisonnière, cyclique : au début des pluies (juin-juillet) et au début de la saison sèche (octobre-novembre). Ils suivent les couloirs de transhumance qui relient les zones de concentration de la saison sèche à celles de saison de pluie (tableau 7).

Tableau 7 : Zones de concentration en saison sèche et en saison des pluies

Principales zones de concentration de saison sèche (Décembre à Mai)		Les principales les zones de concentration de saison pluvieuse (juillet à octobre)		Populations : effectif et %
La vallée du Mandoul	Lac Fitri	Hadjer Lamis	Guéra	
Le long du Lac Iro	Lac Tchad	Bahr El Gazel	Batha	
Batha.	Bahr Azoum	Kanem,	Wadi Fira	
Les plaines du Logone et du Chari		Chari Baguirmi	Les 2 Ennedi	
		Ouaddaï		

Les nomades se retrouvent dans 19 provinces et 40 DS à travers tout le pays (tableau 8).

Tableau 8 : Localisation des nomades

Provinciale sanitaire		Districts sanitaires			
N°	Province	N°	District	Localités	Populations
1	Batha	1	Djedda	Aradib	
		2	Oumhadjer	Amsack	
		3	Ouadi djedid	Ouaddi Djedid	
		4	Assinet	Koundjar et Assinet	
		5	Ati	Guétté	
2	Barh El Gazel	6	Chaddra	Irimele, Kourikouri et Ambasour	
		7	Moussoro	Grantessi et Kantara	
		8	Michemiré	Michemiré	
		9	Salal	Mounjoura, salal, Dirgoulanga	
3	Kanem	10	Mao	Tchara et Ammi	
		11	Nokou	Manga	
4	Hadjer Lamis	12	Karal	Tourba	
		13	Massaguet	Birbaka, Karmé	
		14	Massakory	Amchoka	
		15	Gama	Gama	
		16	Bokoro	Maigana	
5	Guera	17	Melfi	Sila et Amkarouba	
		18	Mangalmé	Erefet Mangalmé	
		19	Mongo	Nierguii et Katalogue	
6	Moyen Chari	20	Korbol	Korbol	
		21	Kyabé	Bohobé et baltoubaye	
		22	Maro	Djekeke et Koumogo	
7	Ouaddaï	23	Abeché	Adjadjé	
		24	Adré	Borota (Hillé Kett)	
		25	Abougoudam	Abkouta et Gueri	

Provinciale sanitaire		Districts sanitaires			
N°	Province	N°	District	Localités	Populations
8	Wadi Fira	26	Arada	Arada	
		27	Tine	Bamina	
9	Dar sila	28	Abdi	Bieré	
10	Chari Baguirmi	29	Dourbali	Abgar, Djinhere et Baldaye	
		30	Massenya	Bily, Abgarga,	
11	Ennedi Ouest	31	Kalait	Kalait	
12	Ennedi Est	32	Bahai	Kariari	
13	Borkou	33	Kouba	Kouba	
14	Logone oriental	34	Bessao	Bessao	
15	Mandoul	35	Goundi	Goundi	
16	Mayo Kebbi Est	36	Guelendg	Kelingue	
18	Salamat	37	Aboudeia	Abgué	
19	Lac	38	Bagasola	Ngolio	
		39	Kouloudia	Doumdoum et Malloum	
		40	Isseïrom	Yari et Nguigdada	

La mobilité des nomades se présente sous 2 formes (tableau 9) :

- 1) Mobilité interne : à l'intérieur du territoire national, entre les régions saharo-sahéliennes et les régions soudaniennes ;
- 2) Mobilité externe : entre le Tchad et les pays voisins.

Tableau 9 : Mobilité externe des nomades

PAYS	RETOUR AU TCHAD	DÉPART DU TCHAD
RCA	Juin-juillet, par le district de Maro, Koumogo, Kyabé, Goré, Moïssala.	Décembre- janvier à partir de Maro, Koumogo, Kyabé, Goré, Moïssala
Cameroun	Juin-juillet, par le district de Mani, Mandalia, Larmanaye et Moulkou	Novembre-Décembre à partir des districts de Mani, Mandalia, Larmanaye et Moulkou
Soudan	Novembre-décembre, par (Borota) district d'Adré (éleveurs soudanais)	Juillet à partir de district de Tissi, Haraz Manguegne, Koukou Angaran et Adré

Par leur mode de vie, l'accès aux soins des nomades n'est pas aisé. Les nomades se présentent dans les formations sanitaires situées le long de leur passage dans leurs couloirs de transhumance qui sont connus mais ne peuvent souvent pas bénéficier des soins continus car le séjour est bref. Ils se retrouvent souvent autour des points d'eau qui sont éloignés des formations sanitaires, ce qui fait qu'il leur faut beaucoup plus de 2 heures de temps pour arriver à une formation sanitaire de premier échelon et à l'hôpital de district. Les services de l'administration du territoire et les services de l'élevage s'organisent pour les suivre dans ces couloirs de transhumance mais pas le service de santé.

Concernant les soins préventifs notamment les vaccinations des enfants, les nomades ont tendance à donner plus d'importance à la santé de leur bétail par rapport à celle de leurs enfants, ce qui fait qu'il n'y a que des stratégies mixtes qui sont efficaces.

3.2.3. Faiblesses du système de santé

3.2.3.1. Engorgement des hôpitaux nationaux et des hôpitaux des grandes villes

Selon l'enquête SARA 2019, en considérant la norme suivie au Tchad qui est de 2 établissements de santé pour 10 000 habitants, il faudrait encore 3 150 établissements pour couvrir 100% de la population tchadienne. La province la plus nécessiteuse est celle de N'Djaména qui correspond à la ville du même nom avec un besoin de 247 établissements, suivie du Mandoul avec un besoin de 128 établissements, du Logone occidental et du Ouaddaï avec un besoin de 125 établissements.

Considérant la ville de N'Djaména, selon le tableau 10 ci-dessous, le taux d'utilisation des services curatifs des centres de santé est très bas : 14 % en moyenne alors qu'il devait être 100 % en ville ; le taux de référence des malades est également très bas : 8 % en moyenne, allant jusqu'à 1 % au district de N'Djaména Nord, alors qu'il devait atteindre au moins 10 % prévus par le MSPSN. On remarque entre autres que les malades référés par les centres de santé n'arrivent pratiquement pas à la consultation de référence de l'hôpital de district : 30 % arrivent au district de N'Djaména Centre et seulement 9 % au district de N'Djaména Est. Ces premiers chiffres montrent que l'organisation des services mise en place par le MSPSN ne fonctionne pas à N'Djaména : les CS sont peu nombreux mais sont sous utilisés, la référence est très faible : les hôpitaux de district reçoivent essentiellement des malades qui s'auto réfèrent.

Tableau 10 : Utilisation des centres de santé et des hôpitaux de districts en 2019 à N'Djaména

District	Tx d'utilisation	Tx référence	Référence arrivée
N'Djaména Nord	20%	1%	
N'Djaména Centre	9%	3%	30%
N'Djaména Sud	28%	4%	
9ème arrondi.	4%	31%	
N'Djaména Est	11%	3%	9%
Moyenne	14%	8%	

Source : districts sanitaires

Au CHU de Référence Nationale (CHURN) de N'Djaména, le taux d'occupation moyen des lits est de 64 %, niveau acceptable, tout en sachant qu'il peut aller jusqu'à 80 % sans entrainer des moments de surcharge. Malheureusement, pratiquement tous les malades, soit pour la consultation générale, soit pour la consultation spécialisée, s'auto réfèrent (tableau 11).

Tableau 11 : Consultations au CHURN en 2019

Rubrique	Consultation généraliste	Consultation spécialiste	Total consultation
Non Référés	36037	14201	50238
Référés	42	260	302
Total	36079	14461	50540
Taux de référence arrivée	0,12%	1,80%	0,60%

Source : SIS de CHURN

Dans les grandes villes et spécialement à N'Djaména, les malades ne suivent pas le circuit établi par le Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale (MSPSN). ils se présentent directement dans les structures privées à but lucratif ou dans les hôpitaux nationaux entrainant un engorgement de ces derniers et des coûts de soins très élevés d'une part, et une sous-utilisation des services au premier échelon d'autre part. La solution réside dans l'amélioration de la qualité des soins et la disponibilité au niveau des centres de santé et des hôpitaux de district pour les rendre attractives tout en renforçant le système de référence, l'information et la sensibilisation des populations.

3.2.3.2. Faible qualité des soins

Au niveau structurel, des insuffisances notoires sont signalées dans les formations sanitaires. Les infrastructures ne répondent pas aux normes, soit au niveau des centres de santé, soit au niveau des hôpitaux. Des bâtiments parfois très modestes, appartenant à l'état ou au privé associatif ou à des particuliers ou à des communautés ne permettant pas d'assurer des soins satisfaisants sont intégrés dans la carte sanitaire. La volonté d'accroître la couverture vaccinale a favorisé l'intégration de ces structures dans la carte sanitaire. Parmi les hôpitaux de district, on dispose des anciens centres de santé érigés en hôpitaux avec des espaces et des bâtiments très exiguës, vétustes comme à N'Djaména.

Le personnel est pléthorique dans les CS urbains et insuffisant en milieu rural ; on a encore des centres de santé tenus par des manœuvres dans certaines provinces comme le Kanem, le Lac Tchad, le Bahr el Gazel...

Les équipements médicotechniques sont insuffisants dans les formations sanitaires.

Les médicaments et les consommables connaissent très fréquemment des ruptures de stock. Plusieurs centres de santé font rarement leurs commandes dans les pharmacies provinciales de leur localité. C'est ce qui laisse croire qu'ils s'approvisionnent sur le marché noir ou parallèle.

Concernant les processus, l'utilisation des protocoles et des ordinogrammes dans la prescription des produits n'est pas respectée. La faiblesse des supervisions de la qualité des prescriptions ne permet pas de les améliorer. L'intimité et l'accueil du malade présentent également des insuffisances. Les soins centrés sur le malade et la famille ne constituent pas pour le moment la priorité pour les professionnels de la santé. On ne perçoit pas l'importance accordée à l'information du malade et de la famille sur son état de santé et à sa participation à la prise de décision le concernant. Le nouvel organigramme du Ministre de la Santé Publique, a créé une Direction qui s'occupe du Droit du patient. Il faudra alors accompagner cette situation par le renforcement des compétences du personnel de santé sur les soins centrés sur le patient et sur leur droit.

La gestion des déchets biomédicaux est toujours mal faite : ces déchets sont confiés à des éboueurs informels qui vont les jeter n'importe où, ou les détruire à l'air libre à des températures inadéquates.

L'offre des soins à travers la mise en œuvre des paquets d'activités par niveau n'est pas respectée. Les hôpitaux de district, de province et les hôpitaux nationaux sont obligés de consacrer la plupart de leur temps à des problèmes de santé mineurs qui devraient être pris en charge aux niveaux techniques inférieurs, et cela cause l'engorgement des hôpitaux nationaux. Les stratégies avancées sont en général utilisées afin d'augmenter uniquement la couverture vaccinale, au lieu de l'étendre à la CPNr et à la CPS.

Au niveau des résultats, la satisfaction des malades est très limitée, ce qui les amène à ne pas respecter le circuit établi et à se tourner rapidement vers la médecine traditionnelle et s'auto évacuent à l'extérieur. Ils considèrent la médecine moderne incapable de résoudre leur problème de santé. Le coût d'un traitement des maladies courantes comme le paludisme reste très élevé (autour de 15 à 20 000 frs), ce qui est inaccessible à la plupart des malades.

3.2.3.3. Non prise en compte des structures privées et des structures de l'armée

Les cabinets médicaux et les cliniques privées croient à un rythme très élevé dans les grandes villes comme N'Djaména, Abéché, Moundou et Sarh. Pourtant, on observe une collaboration très limitée avec le système étatique dans la prise en charge des problèmes de santé des populations. Ces structures de santé ne fournissent pas de rapport d'activités et sont totalement autonomes dans la gestion et les prestations des soins. Elles pourraient être associées, par exemple à la prise en charge à des Tarifs accessibles, des problèmes de santé les plus courants et à des activités préventives et promotionnelles en mettant en place des

conventions entre le Public et le Privé pour une mission des services publics (vaccination, distribution des moustiquaires imprégnées et exonération de certaines activités des cliniques). Le système de santé des armées comprend un hôpital de niveau des hôpitaux nationaux avec 7 médecins spécialistes et 14 médecins généralistes à N'Djaména et 12 infirmeries dont une tenue par un médecin et 11 tenues par des infirmiers dans 12 provinces (à citer). Les prestations de ces infirmeries pourraient correspondre à celles du premier échelon.

Les soins sont ouverts à la population civile avec des tarifs accessibles.

Malheureusement, ces structures et ces prestations ne sont pas intégrées à la carte sanitaire du pays et les rapports d'activités ne parviennent pas au MSPSN. Une collaboration étroite permettant de prendre en compte ces institutions dans le système de santé national ne peut qu'être bénéfique à la population.

3.2.3.4. Non maîtrise de la prise en charge des populations réfugiées, déplacées et retournées.

Le Tchad connaît, à la suite des problèmes sécuritaires dans les pays voisins (Soudan, RCA, Lybie et Nigéria) un afflux massif des réfugiés : 342 936, des déplacés : 96 780 et des retournés : 82 356 (tableau 12 ci-dessous). Ces populations sont réparties dans 10 provinces : l'Ennedi Est, Salamat, Moyen-Chari, Mandoul, Logone orientale, Logone occidentale, Lac, Wadi-Fira, Ouaddaï et le Sila. Les provinces les plus touchées sont, pour les réfugiés : le Ouaddaï, le Wadi-Fira et l'Ennedi Est ; pour les déplacés : le Lac, et pour les retournés : le Moyen-Chari, le Logone Oriental et le Lac.

Tableau 12 : Nombre des réfugiés, des déplacés et des retournés.

Province	Réfugiés	Déplacés	Retournés
Ennedi Est	28 506	0	0
Salamat	8 896	0	0
MC	19 800	0	42 232
Mandoul	5 478	0	0
LOR	35 755	0	23 058
LOC	0	0	2 296
Lac	8 266	96 780	14 770
WF	112 259	0	0
Ouaddaï	119 723	0	0
Sila	4 252	0	0
N'djamena	0	0	4973
Total	342 935	96 780	82 356

Ces personnes sont installées dans des camps des réfugiés et des sites des déplacés et des retournés (figures 5, 6 et 7). Elles sont prises en charge pour leur installation, leurs soins et leur alimentation par les ONG humanitaires, internationales et nationales. C'est ainsi que dans les camps, on trouve des structures de soins curatifs et préventifs qui ne sont pas ouverts à la population autochtone en général.

Parfois, les réfugiés sont traités dans les centres de santé existants dont la prise en charge est assurée par les humanitaires..

Figure 5 : ONG et localisation des réfugiés dans les provinces au nord-est.

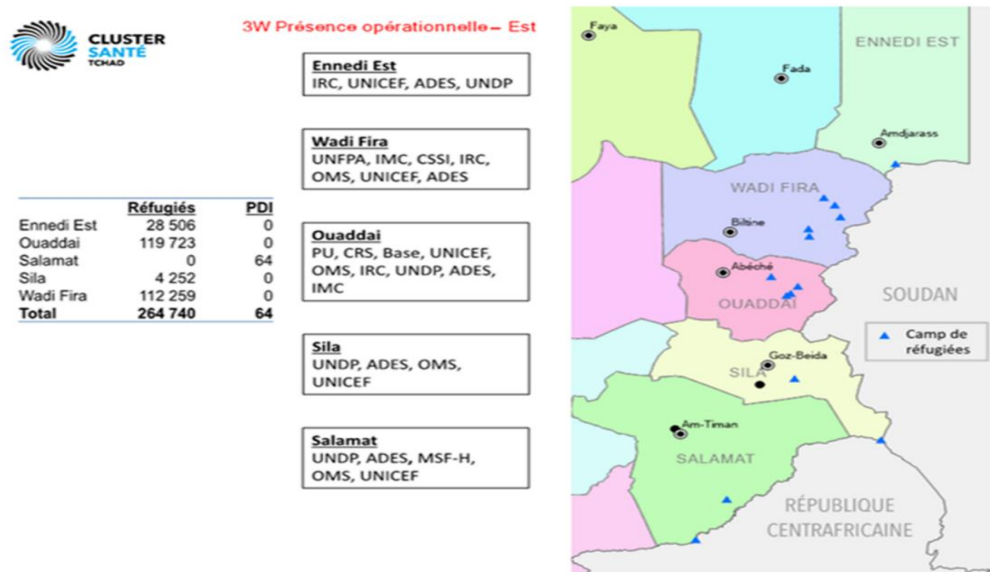


Figure 6 : ONG et localisation des camps des réfugiés et des sites des retournés

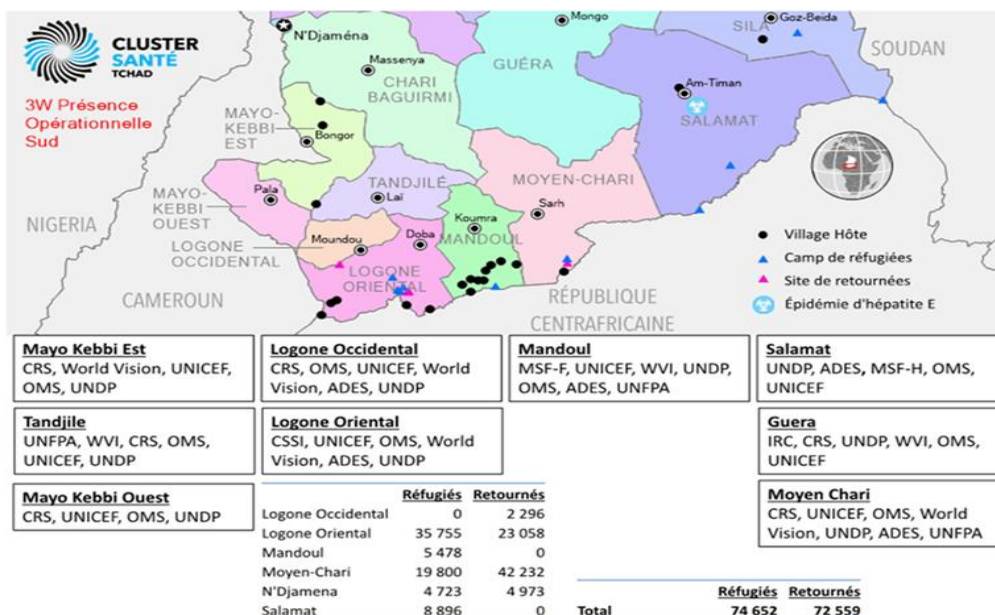
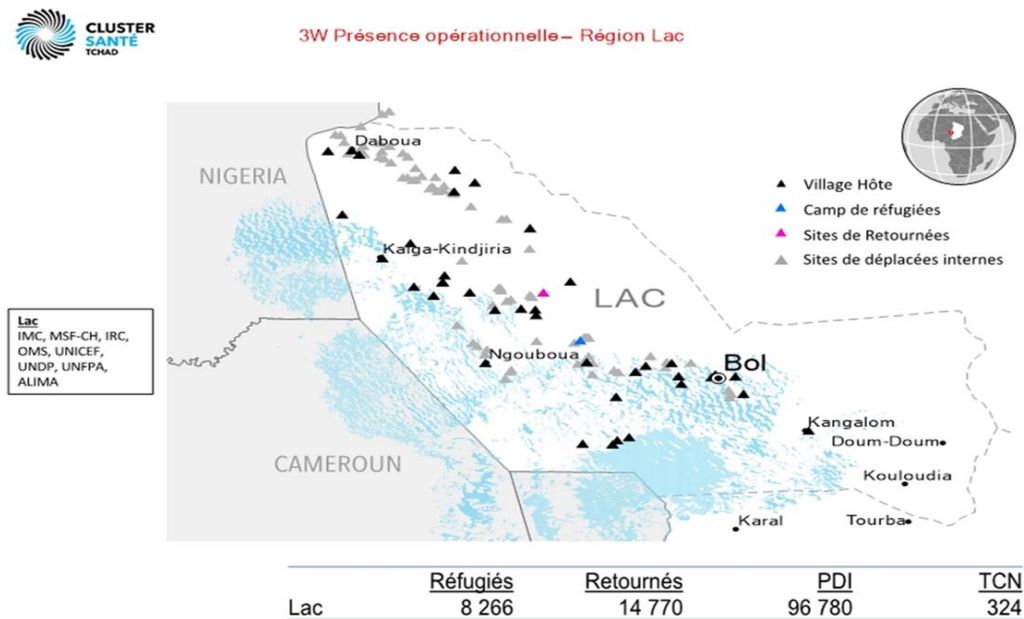


Figure 7 : ONG et localisation des camps des réfugiés et des sites des retournés et des déplacés du Lac



3.2.3.4. Les insuffisances de l'offre des services de soins

Le CHU la Renaissance a été conçu afin de réduire les coûts des évacuations sanitaires très élevés à l'étranger. Force est de constater que son niveau technique est relativement limité et il reçoit essentiellement des auto référés disposant des moyens financiers pour payer les coûts de prestation.

A cela, il faut ajouter le fait que certains domaines ne semblent pas suffisamment couverts, notamment :

- La prise en charge des maladies mentales ;
- L'appui psychologique aux personnes déplacées, réfugiés, aux victimes des violences basées sur le genre... ;
- La prise en charge des handicapés.

3.2.4. Facteurs économiques et financiers (faible financement de la santé, pauvreté des populations)

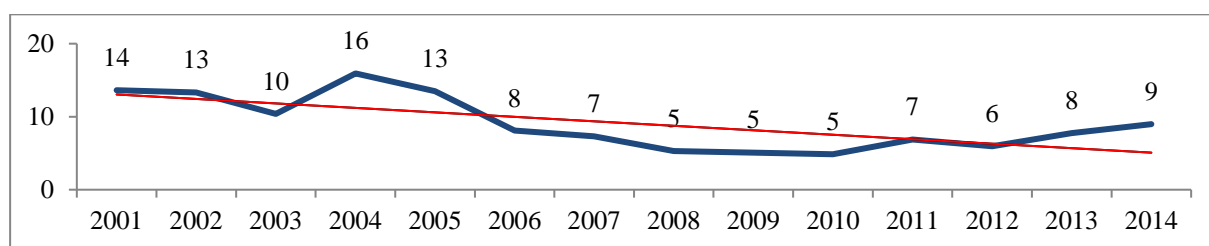
Le Tchad est parmi les pays les plus pauvres du monde : il est classé en décembre 2019 par le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) au 187^{ème} sur 189 pays d'indice de développement humain.

En 2018, 42 % de la population vivaient en dessous du seuil national de pauvreté.

Avec un PIB estimé à 6 406 Mds FCFA (soit 9,8 Mds EUR) en 2019, le Tchad est la cinquième économie de la CEMAC (12 % du PIB total) derrière le Cameroun, le Gabon, la Guinée équatoriale et le Congo. L'économie tchadienne est largement dépendante de la production de pétrole (20 % du PIB et plus de 80 % des exportations de biens en 2019) qui a débuté en 2003 et a permis au pays de connaître une période de croissance rapide jusqu'en 2014 (taux de croissance annuel moyen de 13,7 %). Au cours des dernières années, l'économie tchadienne a subi un double choc exogène : la montée de l'insécurité dans les pays voisins et la crise des matières premières en 2014. Après deux années de forte récession en 2016 et 2017 (respectivement -5,6 % et -2,4 %), le Tchad a renoué avec une croissance positive à partir de 2018 (+2,3 %) grâce à la remontée des cours et à un rebond de la production plus fort qu'attendu.

Par rapport aux respects des engagements pris à Abuja par les Chefs d'Etat africains en 2012 pour consacrer au moins 15% du budget global de l'Etat au secteur de la santé, les données disponibles montrent une évolution en dents de scies avec une tendance générale à la baisse (figure 8).

Figure 8. Evolution de l'engagement d'Abuja pour le Tchad (2001-2014)



Sources des données : <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>

Le financement extérieur se fait sous forme d'appui (dons et prêts) des Partenaires Techniques et Financiers principalement pour les projets et programmes. Le tableau 13 ci-après indique l'évolution des financements extérieurs de 2013 à 2016.

Tableau 13 : Evolution des financements extérieurs par rapport à la dotation de l'Etat de 2013 à 2016 (en millions de FCFA).

Année	Financement Extérieur au MSP	Dotation du MSP	% par rapport à la dotation du MSP
2013	20 350	121 264	16,7%
2014	8 589	117 986	7,2%
2015	20 824	83 103	25%
2016	37 196	93 560	39,7%%

Source : MFB/MSP (à actualiser si nécessaire)

En 2019, sur un Budget Général de l'Etat (BGE) comprenant l'Investissement extérieur de **979 974 912000 FCFA**, le budget du MSPSN est de **67 135 351 000 FCFA** soit **6,85%** du BGE. La situation s'est beaucoup dégradée avec la Pandémie de COVID 19

Le secteur de la santé publique est sous financé par rapport à la déclaration d'Abuja. Les mécanismes d'assistance qui existent sont essentiellement la gratuité des soins d'urgence et la gratuite ciblée qui concerne la femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans. Les taux de contribution des ménages restent cependant élevés pour la majorité de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté.

Il faut noter qu'il n'existe pas au Tchad de programme d'assurance maladie destiné à couvrir l'ensemble de la population. Le taux annuel de la population assurée et celui de la population couverte par les mutuelles rapportées à la population totale n'atteint pas 1%.

3.3. Forces et faiblesses

Les forces et faiblesses sont présentées dans le tableau 14 ci-dessous.

Tableau 14 : Forces et faiblesses. Revoir classification par ordre d'importance

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un plan de découpage du pays en district et en zones de responsabilité pour la mise en œuvre des Soins de Santé Primaire (SSP); • Définition du PMA pour les centres de santé ; • Définition du PCA pour les hôpitaux de district ; • Définition des paquets d'activités pour les hôpitaux provinciaux et nationaux, • Organisation de l'offre de soins conformément à la politique des soins de santé primaires ; • Création d'un programme de santé nomade, des populations insulaires, des zones d'accès difficiles, des réfugiés, retournées et déplacées ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible intégration de l'offre de soins du privé au niveau national • Non-respect des critères du plan de découpage pour la création des zones de responsabilité et des districts ; • Les soins ne sont pas accessibles géographiquement aux populations des zones à faible densité, aux réfugiés, retournées, des déplacées et aux nomades. • Insuffisance de couverture des prestations de soins : certains domaines ne semblent pas suffisamment couverts comme la prise en charge de la maladie mentale, l'appui psychologique aux personnes déplacées, réfugiés, aux victimes des violences basées sur le genre, ... • Absence de la prise en charge des handicapés ;

<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un plan stratégique de santé communautaire ; • Existence d'un PNDS ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de laboratoire national de santé publique ; • Faible application de la référence du niveau inférieur vers le niveau supérieur ; • Non-respect des critères de références ; • Faible contre référence ; • Faiblesse de la qualité des soins à tous les niveaux ; • Offre de soins non centrée sur le patient et la famille ; • Insuffisance des prestations offertes • PMA et PCA non réalisées dans un grand nombre de formations sanitaires ; • Les soins ne sont pas financièrement accessibles à une très grande partie de la population ; • Les infrastructures ne respectent pas toujours les normes ; • Insuffisance du personnel en quantité et en qualité ; • Mauvaise répartition du personnel qualifié ; • Insuffisance de la formation du personnel sur les soins centrés sur le patient ; • Ruptures fréquentes des médicaments et des intrants en stock ; • Insuffisance de plateau Technique dans certaines structures sanitaires ; • Insuffisance de la gratuité de soins ; • Mauvaise gestion des ambulances...
---	---

4. NOUVEAUX MODELES DE PRESTATION DES SOINS

4.1. Modèles des soins de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

L'objectif principal recherché est d'assurer des soins centrés sur le patient et la famille avec une participation effective du bénéficiaire à la prise de décision.

Sur les aspects structurels, un plan de mise aux normes des infrastructures, des équipements et du personnel par district et par province est élaboré et suivi. Les formations sanitaires privées qui ne correspondent pas aux normes sont invitées à s'y conformer ou à fermer.

Les paquets d'activités définis pour chaque niveau de soins et pour chaque district dans le cadre des modèles de prestations des services des soins sont à respecter afin de délivrer des soins intégrés et adaptés aux besoins. Un plan de développement de ces activités est disponible à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

Les plans d'amélioration des infrastructures, des équipements, du personnel et des activités seront évalués chaque année.

L'amélioration de la couverture sanitaire sera conditionnée par la disponibilité des ressources. La permanence est assurée dans toutes les structures du premier échelon. La communication avec le malade et la famille leur fait comprendre le fonctionnement du système de santé qui doit assurer des soins continus.

Le malade est reçu et écouté dans des conditions d'intimité. Il reçoit une explication des aspects de son problème de santé et des solutions possibles et participe à la prise de décision (conseils, examens techniques, traitement, référence, suivi du problème de santé et du traitement). Cela lui permet de renforcer son autonomie, de réduire sa dépendance vis-à-vis du système de santé et partager la prise de décision concernant la solution à apporter.

Le prestataire respecte et fait la promotion des pratiques d'auto- traitement efficaces, faisant ainsi comprendre que ces soins sont complémentaires à ceux que les gens connaissent et font eux-mêmes.

Dans les hôpitaux provinciaux et nationaux, le service d'urgence offre des soins appropriés (cardiologie, traumatologie, urgence médico chirurgicale et obstétricale...) avec un personnel qualifié.

Le système d'information sanitaire permet de disposer des données fiables permettant la prise de décision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le premier échelon assure une fonction de synthèse des informations techniques sur les problèmes de santé des populations de sa zone de responsabilité. A cet effet, des dossiers de famille sont à mettre en place au niveau de chaque centre de santé.

Les produits utilisés proviennent uniquement du circuit d'approvisionnement officiel du MSPSN, c'est-à-dire de la pharmacie provinciale d'approvisionnement. Un système de gestion des médicaments est mis en place afin d'éviter les ruptures de stock.

Concernant la qualité des prescriptions, il existe des protocoles pour toutes les pathologies prises en charge par les programmes nationaux de santé (Paludisme, Tuberculose, VIH/Sida...), pour certaines épidémies (cholera, rougeole, méningite, Covid19...), pour la santé maternelle et infantile, etc. Il existe également des ordinogrammes au niveau des centres de santé.

Un accent particulier sera mis sur le développement et l'utilisation des ordinogrammes pour le niveau secondaire ; cela se fait de plus en plus en Europe. L'appui aux structures sera conditionné par le respect des ordinogrammes et des protocoles de traitement.

L'Equipe Cadre du District (ECD) et les antennes (qui seront mises en place dans le cadre de la CSU) seront chargées de veiller à travers la supervision à l'application et au respect strict des ordinogrammes. Au niveau des hôpitaux de district, le Médecin Chef de District (MCD) et le Médecin Chef de l'Hôpital (MCH) supervisent le respect des protocoles. Au niveau des hôpitaux provinciaux et des hôpitaux nationaux, le niveau central du MSPSN (la DOSSQS) veille au respect des protocoles. Les structures privées sont suivies en matière de la qualité des prescriptions par l'équipe cadre de district ou de la délégation sanitaire provinciale en fonction de leur statut et de leur position.

La référence au niveau technique supérieur permet la résolution adéquate des problèmes de santé. La consultation à ce niveau est assurée par un praticien de niveau technique supérieur afin de garantir l'efficacité et l'efficience du système de santé et la satisfaction du patient et de la communauté. Le circuit du malade prévoit :

- Une orientation des malades de la communauté vers les centres de santé par les agents de santé communautaire ;
- Une référence des malades des CS à l'hôpital de district ;
- Une référence des malades des hôpitaux de district aux hôpitaux provinciaux ;
- Une référence des malades des hôpitaux provinciaux aux hôpitaux nationaux.

Il est admis que les centres de santé puissent référer 10 % de leurs malades aux hôpitaux de district.

Des mesures (exigence d'une fiche de référence, refus de remboursement par la CSU...) sont prises afin de décourager les autos référées qui sont à l'origine de l'engorgement des hôpitaux nationaux.

4.2. Modèle de soins dans les zones faiblement peuplées

Dans les zones faiblement peuplées, les populations sont à 10 km de distance voir plus (soit 2 heures de marche ou plus) des centres de santé. Elles sont à 62 km ou plus des hôpitaux. Les districts qui sont dans cette situation sont recensés, et en plus des activités réalisées en stratégie fixe, 3 autres stratégies sont mises en place :

- 1) Des activités en stratégie avancée sont organisées 2 à 3 fois par semaine par le personnel des centres de santé dans leur zone de responsabilité pour les populations situées entre 10 et 20 km.

Le paquet d'activités développées est composé de :

- a. Les vaccinations des enfants et des femmes enceintes ;
- b. La CPNr ;
- c. La CPE ;
- d. La CPoN ;
- e. La PF ;
- f. La promotion de la santé sur différents thèmes y compris les urgences sanitaires / épidémies, la nutrition.

- 2) Des activités en stratégie mobile sous forme de clinique ou non sont organisées 2 fois par mois par une équipe du district sanitaire (et/ou) en collaboration avec les personnels des centres de santé pour les populations situées au-delà de 20 km des centres de santé.

Le paquet d'activités est composé de :

- a. Soins curatifs ;
- b. Vaccinations des enfants et des femmes enceintes ;
- c. La CPNr ;
- d. La CPE ;
- e. La CPoN ;
- f. La PF ;
- g. La promotion de la santé sur différents thèmes : nutrition, lutte contre les épidémies ;

- h. La distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée d'action (MILDA).
- 3) La mise en place de centre de santé amélioré (transformation d'un centre de santé existant ou la construction d'un nouveau CS) dont le paquet d'activités comprend :
- a. Le PMA des centres de santé ;
 - b. La prise en charge des urgences médicales, obstétricales et chirurgicales ;
 - c. Les accouchements normaux et ~~normaux~~ dystociques ;
 - d. L'hospitalisation ;
 - e. La consultation de référence pour les centres de santé limitrophes ;
 - f. La fonction diagnostic (laboratoire, échographie).

4.3. Modèle de soins dans les zones densément peuplées

Dans les zones densément peuplées, la majorité de la population vit à moins de 10 km du centre de santé, soit à moins de 2 heures de marches. L'hôpital de district se trouve également à moins de 60 km.

Les stratégies à développer au premier échelon sont 2 :

- 1) Stratégie fixe : Mise en œuvre au centre de santé du PMA (tableau 3) complet de qualité, centré sur le patient.
- 2) Activités en stratégie avancée pour les populations habitants à plus de 2 heures de marche, avec des paquets d'activités centré sur les soins préventifs et promotionnels :
 - a) Les vaccinations des enfants ;
 - b) La CPNr ;
 - c) La CPE ;
 - d) La CPoN ;
 - e) e) La PF ;
 - f) f) La promotion de la santé sur différents thèmes y compris les urgences sanitaires / épidémies, la nutrition.

L'hôpital de district va développer des activités complémentaires à celles du centre de santé : le PCA. Un système intégré de district permettra au patient d'être pris en charge au niveau le plus apte pour résoudre son problème de santé et d'éviter des trous dans cette prise en charge. Le malade référé a la facilité de voir le médecin, d'éviter les temps d'attente trop longs et est contre référé à son centre de santé dès qu'il n'a plus besoin de soins hospitaliers. La référence garantit la continuité des soins d'un niveau technique à un autre.

4.4. Modèle de soins dans les zones insulaires et les zones d'accès difficile

Dans les zones insulaires et les zones d'accès difficile, les centres de santé et les hôpitaux sont difficilement accessibles à cause de la présence de l'eau ou de la montagne même si les distances ne sont pas très grandes à vol d'oiseau. La traversée de l'obstacle par pirogue, hors-bord ou par contournement de la montagne prend du temps ou parfois impossible dans certaines localités surtout durant la saison des pluies.

Le modèle de soins pour les zones où l'eau est la cause de l'obstacle (zones insulaires, l'eau des cours d'eau et ou des pluies), comprend 2 stratégies :

- 1) Des activités en stratégie avancée sont organisées 2 fois par semaine par le personnel des centres de santé dans leur zone de responsabilité. Le paquet d'activités est composé de :
 - a. Les vaccinations des enfants et des femmes enceintes ;
 - b. La CPNr ;
 - c. La CPE ;
 - d. La CPoN ;
 - e. La planification familiale
 - f. La promotion de la santé sur différents thèmes ;
 - g. La distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA).

- 2) La mise en place de centres de santé améliorés (transformation d'un centre de santé existant ou la construction d'un nouveau CS) dont le paquet d'activité comprend :
 - a. Le PMA des centres de santé ;
 - b. La prise en charge des urgences médicales, obstétricales et chirurgicales ;
 - c. Les accouchements normaux et dystociques ;
 - d. L'hospitalisation ;
 - e. La consultation de référence pour les centres de santé limitrophes ;
 - f. La fonction diagnostique : laboratoire et échographie.

Pour les zones où l'obstacle est constitué de montagne, en plus des 2 stratégies précédentes (stratégie avancée et centre de santé amélioré), on ajoute la stratégie mobile pour les populations où la distance de contournement dépasse 20 km.

Le paquet d'activités est composé de :

- a) Les soins curatifs ;
- b) Les vaccinations des enfants *et des femmes enceintes* ;
- c) La CPNr ;
- d) La CPE ;

- e) La CPoN ;
- f) La planification familiale ;
- g) La promotion de la santé sur différents thèmes ;
- h) La distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA).

4.5. Modèle de soins en milieu urbain

Le milieu urbain héberge des centres de santé, des hôpitaux de district, provinciaux et nationaux, des cabinets de soins et des cliniques privées. Il est caractérisé par le fait que les distances ne posent pas autant de problèmes qu'en milieu rural et également par le fait qu'une partie non négligeable de la population a les moyens financiers pour choisir la structure de santé qu'elle veut. Les centres de santé et les hôpitaux de district publics ne fournissant pas toujours des soins satisfaisants, la population qui a les ressources préfère se rendre directement dans les cliniques privées ou dans les hôpitaux nationaux créant ainsi un engorgement incroyable.

Les modèles de soins sont préconisés pour les centres de santé, les hôpitaux de district, les hôpitaux provinciaux, nationaux et CHU.

4.5.1. Soins dans les centres de santé urbains

Les centres de santé urbains doivent disposer des infrastructures et des équipements appropriés et du personnel médecin afin d'être en mesure de drainer des malades qui seront tentés d'aller directement dans les hôpitaux nationaux ou dans les hôpitaux de district provoquant des engorgements à ces niveaux.

Le PMA est renforcé en y ajoutant le laboratoire et l'imagerie médicale (l'échographie,) afin de renforcer la prise en charge des problèmes obstétricaux à ce niveau.

Un accent particulier sera mis sur la qualité des soins dans ces centres de santé urbains, notamment la propreté, l'accueil, l'intimité, l'écoute du patient, l'intégrité et la continuité des soins, le respect des ordigrammes et des protocoles de traitement. Les intrants et les médicaments génériques ne connaissent pas de rupture de stock et sont à des prix accessibles à la population.

4.5.2. Soins dans les hôpitaux de district

En milieu urbain : les infrastructures doivent respecter les normes avec suffisamment d'espace pour accueillir les malades.

Les équipements prévus sont fournis.

Le personnel médical est disponible et la priorité est donnée aux malades référés des centres de santé.

Le PCA est offert en mettant l'accent sur la qualité des soins : propreté, accueil, intimité, application des protocoles et des ordigrammes dans les prescriptions.

La référence et la contre référence des malades et leur suivi sont formalisés.

4.5.3. Soins à l'hôpital provincial et dans les hôpitaux nationaux

Les hôpitaux provinciaux reçoivent des malades des hôpitaux des districts qui à leur tour réfèrent à l'hôpital national. Le plateau technique de l'hôpital national est supérieur à celui de l'hôpital provincial qui doit y référer ses malades.

La référence est formalisée et un système de contre référence est mis en place afin de permettre au médecin de l'hôpital provincial de suivre le malade.

Dans la prise en charge, le malade référé est prioritaire selon les normes de référence) et cela lui fera sentir qu'il est pris en charge par un système de santé bien organisé.

4.6. Modèles de soins des nomades

Les nomades sont caractérisés par leur mobilité. Ils traversent plusieurs districts et plusieurs zones de responsabilité fonctionnels ou non fonctionnels. Ils ont également des points de rassemblement autour de certains points d'eau. Les couloirs de transhumance et les points de concentration à certaines périodes de l'année sont connus. De même les districts et les zones de responsabilité traversés sont connus. Sur la base de la fonctionnalité ou non des districts et des zones de responsabilité et sur la base des distances à parcourir pour atteindre une formation sanitaire, 3 stratégies sont retenues :

- 1) Des activités en stratégie avancée sont organisées 2 fois par semaine par le personnel des centres de santé pour les nomades localisés dans leur zone de responsabilité au-delà de 10 km.

Le paquet d'activités est composé de :

- a. Les vaccinations des enfants et des femmes enceintes ;
- b. La CPNr ;
- c. La CPE ;

- d. La CPoN ;
- e. La promotion de la santé sur différents thèmes ;
- f. La distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'activité (MILDA) ;
Le renouvellement des méthodes contraceptives.

2) Des activités en stratégie mobile sont organisées 2 fois par mois par une équipe mixte intersectorielle (équipe cadre du district sanitaire, élevage et commune) pour les nomades localisés à plus de 20 km des centres de santé.

Le paquet d'activités est composé de :

- a. Les soins curatifs ;
- b. Les vaccinations des enfants et des femmes enceintes ;
- c. La CPNr ;
- d. La CPE ;
- e. La CPoN ;
- f. La Planification familiale ;
- g. La promotion de la santé sur différents thèmes ;
- h. La distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action ;
- i. La délivrance des actes de naissance ;
- j. La vaccination du bétail.

3) La mise en place de centres de santé améliorés (transformation d'un centre de santé existant ou la construction d'un nouveau CS) dont le paquet d'activité comprend :

- a. Le PMA des centres de santé ;
- b. La prise en charge des urgences médicales, obstétricales et chirurgicales ;
- c. Les accouchements dystociques ;
- d. L'hospitalisation ;
- e. La consultation de référence pour les centres de santé limitrophes ;
- f. La fonction diagnostique : laboratoire et échographie

4.7. Modèle de soins des réfugiés, déplacés et retournés

Les réfugiés, déplacés et retournés sont pris en charge par les humanitaires. Si leur camp se trouve dans une zone de responsabilité non couverte par un centre de santé, une structure sanitaire tenue par un personnel privé de l'ONG dans l'enceinte du camp leur développe le

PMA (tableau 3). Si par contre le camp est à proximité d'un centre de santé, ils peuvent bénéficier des soins de PMA offerts par le centre de santé, en stratégie fixe.

Des éléments spécifiques à inclure dans le PMA de cette population vulnérable sont :

- L'appui psychologique aux personnes déplacées, réfugiées, victimes de violences basées sur le genre et des abus et exploitations sexuelles ;
- Des interventions multisectorielles en associant les secteurs comme l'éducation (enfants des déplacés et réfugiés), l'eau / assainissement, l'agriculture, l'élevage, la sécurité, la promotion de la femme (insertion socio-professionnelle), et aussi les ONG et associations actives du secteur santé ;
- Implantation des structures sanitaires respectant les normes de la carte sanitaire

4.8. Modèles des soins du privé lucratif et non lucratif et des services des armées

4.8.1. Structures confessionnelles et associatives

Les structures confessionnelles et associatives à but non lucratif sont intégrées à la carte sanitaire. Elles couvrent par conséquent la population d'une zone de responsabilité ou d'un district en fonction de leurs statuts.

Elles sont liées au public par des conventions cadre et par des contrats spécifiques vis-à-vis desquels elles s'engagent à rendre compte de la gestion des activités et de la gestion financière à travers leur rapport mensuel au MSPSN. L'Etat à son tour leur octroie les ressources des programmes nationaux, le personnel en cas de besoin et des subventions financières pour les hôpitaux.

Ces structures offrent des soins de PMA (tableau 3) ou du PCA. Elles doivent mettre l'accent sur la qualité des soins tout comme le public.

4.8.2. Structures sanitaires des armées

Les structures des armées qui sont à but non lucratif sont partiellement intégrées à la carte sanitaire. En effet, l'hôpital militaire d'instruction de Ndjamena est classé parmi les hôpitaux nationaux.

Toutefois, des efforts seront mis en œuvre afin d'assurer une meilleure coordination de tous les hôpitaux nationaux qui disposent d'une autonomie de gestion.

Les infirmeries par contre seront intégrées à la carte sanitaire tout comme les structures confessionnelles et associatives. Une révision du paquet de leurs activités leur permettra de se mettre aux normes par rapport au MSPSN.

4.8.3. Cabinets et cliniques privées à but lucratif

Dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU, une négociation permettra de définir un paquet d'activités que les structures privées à but lucratif pourront mener en respectant les normes de qualité du MSPSN et à un coût accessible à la majorité de la population.

Des négociations peuvent aboutir à la signature de contrat d'association pour des missions du service public pour certaines activités en mettant en place le partenariat public/privé avec des avantages de part et d'autre....

4.9. Modèle de soins lié à des situations d'épidémie

La lutte contre les épidémies est dépendante de la qualité de la surveillance épidémiologique mise en place. Une liste des maladies sous surveillance est établie :

- ✓ Rougeole
- ✓ Méningite
- ✓ Fièvre Jaune
- ✓ Hépatite B
- ✓ Chikungunia
- ✓ Leishmaniose kalazar
- ✓ Choléra etc.

Chaque semaine, des messages partent des centres de santé aux districts, de ces derniers aux délégations sanitaires provinciales et de ces dernières au niveau central qui en fait la compilation. Une fois que le seuil épidémique est atteint, le Ministre de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale est saisi permettant au Gouvernement de déclarer l'épidémie et de mobiliser les ressources pour y faire face.

Le plan de contingence permet d'avoir une planification des activités à mener pour faire face à l'épidémie à tous les niveaux.

En fonction des types d'épidémies, les activités peuvent être des vaccinations, des traitements, des mises en quarantaines, des isolements. Souvent plusieurs types d'interventions sont menés au même moment.

La force de la lutte contre les épidémies réside dans l'efficacité de la surveillance, la mobilisation rapide des ressources, de la motivation du personnel et de la mise en place rapide des activités.

4.10. Rôle des agents de santé communautaires / relais communautaires

Les agents de santé communautaires représentent la population des communautés à l'identification et à la prise en charge de leurs problèmes de santé. Ils sont le trait d'union entre la population et le centre de santé. Le plan stratégique de la santé communautaire a défini un paquet minimum d'activités :

- La sensibilisation de la population pour la fréquentation du centre de santé ;
- Le *dépistage* au test rapide du paludisme pour une prise en charge contre le paludisme ;
- Le dépistage de VIH pour une orientation vers les prescripteurs pour une prise en charge adéquat ;
- La consultation prénatale recentrée.

Ces agents sont à développer dans toutes les zones de responsabilité, avec l'appui des représentants du MSPSN (responsables des centres de santé) et leurs partenaires.

Les nomades par contre, ne faisant pas toujours partie des zones de responsabilités classiques, devront avoir également leurs agents de santé communautaires. Ils seront composés des agents issus de leurs communautés et avec le même mode de vie.

4.11. La médecine traditionnelle

Dans le cadre des modèles de soins de la CSU il faut l'adoption du texte législatif de la médecine traditionnelle et la formation des tradipraticiens au Tchad.

Les actions à mener pour développer la médecine traditionnelle sont :

- Organiser des campagnes de sensibilisation des tradipraticiens pour faire comprendre à la majorité de la population l'importance des valeurs de la santé, tout en respectant les règles d'hygiène nécessaires ;
- Cultiver des plantes médicinales au profit de la population, afin de ralentir et de stopper les maladies et épidémies ;
- Mettre en place des préservations de forêts sacrés pour une génération future.

5. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES NOUVEAUX MODELES DE PRESTATIONS DE SOINS

La réalisation de ces nouveaux modèles de soins nécessite la mise en place des mesures concrètes dans le domaine des ressources humaines, des infrastructures, des ressources matérielles, des médicaments, intrants et consommables et dans le domaine des capacités des ressources humaines.

5.1. Ressources humaines

Pour les centres de santé, le PMA validé en 2017 a défini les normes en ressources humaines pour les centres de santé urbains et ruraux (tableau 14).

Tableau 15 : Normes en Personnel pour un Centre de Santé Rural et Urbain

Catégories professionnelles	Normes opérationnelles	
	Centre de santé urbain	Centre de santé rural
Médecin	1	0
IDE	3	1
ATS	4	2
ATS accoucheuse	4	2
SFDE	4	1
Technicien d'assainissement	2	0
Technicien labo	2	1
Assistant Social	1	0
TS Pharmacie /Gérant pharmacie**	2	1
Fille ou Garçon de salle	6	1
Caissier**	1	1
Gardien **	1	1
Total	27	11

Ces normes ne tiennent pas compte de la charge de travail liée à la taille de la population couverte qui varie de 5 000 à 10 000 habitants.

Les centres de santé urbains nécessitent la présence d'un médecin, cela contribuera à éviter que les malades s'adressent directement aux hôpitaux nationaux, entraînant leur engorgement.

Les mesures à prendre concernant les ressources humaines sont les suivants :

- 1) Prendre en compte la charge de travail pour estimer les besoins réels en personnel par province et par district ;
- 2) Affecter les médecins généralistes dans les CS urbains comme à N'Djaména ;
- 3) Affecter les médecins avec des compétences en chirurgie dans les centres de santé améliorés.

Au niveau des hôpitaux de district, affecter un minimum de 2 médecins généralistes afin de garantir la permanence et de permettre la participation du médecin hospitalier aux activités du district notamment la supervision du personnel des centres de santé.

Le personnel des hôpitaux provinciaux et des hôpitaux nationaux est constitué des spécialistes en fonction des services existants.

5.2. Ressources matérielles

Les équipements médicotecniques doivent correspondre aux normes définies dans le PMA validé en 2017. Il faudra tenir compte des médecins dans les centres de santé urbains et de la logistique pour les activités en stratégie avancée et en stratégie mobile. Les mesures à prendre sont les suivantes :

- 1) Doter les centres de santé urbains tenus par des médecins d'une échographe ;
- 2) Doter les centres de santé qui doivent mener des activités en stratégie avancée avec des motos ;
- 3) Doter les districts qui doivent assurer les stratégies mobiles avec des véhicules 4x4 ;
- 4) Doter les centres de santé améliorés de matériel de bloc opératoire, de stérilisation et de groupe électrogène /Panneau solaire ;
- 5) Doter les hôpitaux avec des équipements qui correspondent à leur plateau technique.

5.3. Infrastructures

Les infrastructures des centres de santé doivent répondre aux normes définies dans le PMA validé en 2017. Sur le terrain la plupart des structures ne permettent de mener des activités du PMA et du PCA complet et de qualité. Les surfaces minimales requises pour les centres de santé est de 290 m², auxquelles il faut ajouter les annexes comprenant le logement du personnel en milieu rural. Les mesures à prendre sont :

- 1) Reconstruire sur le même site ou sur un autre site ou agrandir les centres de santé public ou confessionnel ou associatif qui ne correspondent pas aux normes ;
- 2) Construire les centres de santé améliorés dans les districts où passent les couloirs de transhumance des nomades, dans les zones insulaires et les zones d'accès difficile ;
- 3) Reconstruire sur le même site ou sur un autre site ou agrandir les hôpitaux de district qui ne permettent pas de réaliser des activités complémentaires à celles des centres de santé.
- 4) Doter le centre de *santé et l'hôpital* d'un incinérateur.

5.4. Médicaments, intrants et consommables

Les formations sanitaires connaissent souvent des ruptures de stock de produits depuis la Centrale Pharmaceutique d'approvisionnement (CPA) ou la Pharmacie Provinciale d'Approvisionnement (PPA), ce qui encourage les responsables des centres de santé à s'approvisionner sur le marché noir avec des faux médicaments. Les mesures à prendre sont :

- 1) Renforcer l'approvisionnement de la CPA et de la PPA ;
- 2) Mettre en place des pharmacies de district afin de faciliter l'approvisionnement des CS.
- 3) Renforcer la capacité du personnel de la pharmacie sur la notion de « gestion de stock de sécurité »
- 4) Encourager la coopération transfrontalière en matière de pharmacie pour éviter le recours au marché noir en cas de rupture

5.5. Capacités des ressources humaines

Les compétences du personnel sont à renforcer pour leur permettre d'assurer des soins centrés sur le patient et la famille. A cet effet un certain nombre de formations sont à développer en plus de celles organisées par les programmes nationaux, notamment des formations dans les domaines suivants :

- 1) L'utilisation des ordinogrammes, SONU de base et des protocoles de traitement ;
- 2) Les soins centrés sur le patient et la famille ;
- 3) La qualité des soins ;
- 4) La gestion des centres de santé et des hôpitaux ;
- 5) La pratique du « Programme Elargi de Vaccination »
- 6) L'utilisation des instructions pour l'exécution des activités ;
- 7) La communication avec la communauté ;
- 8) La responsabilité vis-à-vis de la santé d'une population bien définie

Il faudra également Intégrer à la fonction publique les volontaires diplômés des centres de santé communautaire.

5.6. Ressources financières pour le fonctionnement

Les sources de financement du fonctionnement des formations sanitaires proviennent du MSPSN et des populations à travers le recouvrement des coûts.

Les populations paient dans toutes les formations sanitaires en dehors de certaines prestations liées aux programmes nationaux et à la gratuité des soins.

Le MSPSN finance :

- Dans les centres de santé : le salaire du personnel fonctionnaire ;
- Dans les hôpitaux : le salaire du personnel fonctionnaire et le fonctionnement.

Pour la mise en œuvre des nouveaux modèles des prestations des soins, le MSPSN devra intervenir financièrement pour couvrir le fonctionnement :

- 1) Des centres de santé qui ne couvrent que 5 000 habitants car le recouvrement des coûts est très limité ;
- 2) Des stratégies avancées des centres de santé ;
- 3) Des stratégies mobiles des équipes cadres des districts sanitaires ;
- 4) Des centres de santé améliorés qui auront besoin des subventions comme les hôpitaux de district ;
- 5) Des comités de gestion (COGEST) et des COSAN ;
- 6) Des différentes supervisions périodiques des districts sanitaires ;
- 7) De la communication et de la sensibilisation pour la fréquentation des centres de santé.

6. CONCLUSION

Depuis 2015, une stratégie nationale de la couverture santé universelle a été adoptée et le processus de sa mise en œuvre a été déclenché à travers la promulgation de la Loi 035 sur la couverture santé universelle le 05 Aout 2019 et la décision de démarrer avec le régime 3 qui vise le remboursement du coût de soins par la Caisse Nationale d'Assurance Santé.

Avant la mise en œuvre de cette stratégie, il s'est avéré nécessaire de définir des modèles de soins qui pourront garantir une accessibilité équitable à tous les niveaux du système de santé aux soins de qualité à la population.

Les nouveaux modèles de soins permettent de développer : des soins de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : centres de santé, hôpital de district, hôpital provincial, hôpitaux nationaux et structures de santé mobiles. Ils permettent également de rendre les soins accessibles géographiquement, socialement et culturellement à toute la population indépendamment de son mode de vie et de son environnement. La rationalisation favorise des soins efficaces et efficients.

Les structures de santé privées à but lucratif et celles des armées sont mises à contribution afin de renforcer l'offre des soins de qualité à la population tchadienne.

La mise en œuvre de la couverture santé universelle nécessite la formation de tous les acteurs impliqués afin que les différents niveaux de la pyramide sanitaire, du central au périphérique, s'approprient du document pour sa vulgarisation en vue d'une bonne mise en œuvre du nouveau modèle des soins.

Cela nécessite l'élaboration des plans de mise aux normes des aspects structurels, des processus et de la recherche de la satisfaction des clients.