



STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2008-2013

TCHAD



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE L'
Afrique



STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS

2008–2013

TCHAD

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2008-2013 Tchad

1. Planification santé
2. Mise en œuvre du plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

ISBN : 978 929 031 1324

(NLM Classification: WA 540 HG9)

©Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Imprimé en Inde

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	v
PREFACE	vii
RÉSUMÉ	IX
SECTION 1 INTRODUCTION	1
SECTION 2 DÉFIS DE SANTÉ ET DE DÉVELOPPEMENT DU PAYS	3
2.1 Coopération passée 2002-2006	3
2.2 Défis pour le développement du secteur de la santé	6
2.3 Situation macro-économique et gouvernance	11
SECTION 3 ASSISTANCE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS	13
3.1 Tendances générales dans l'évolution de l'aide	13
3.2 Principaux partenaires au développement du secteur de la santé	14
3.3 Mécanismes et instruments de coordination des partenaires	15
SECTION 4 CADRE STRATÉGIQUE DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES	16
4.1 But et missions	16
4.2 Fonctions essentielles	16
4.3 Programme mondial d'action sanitaire	17
4.4 Priorités mondiales	17
4.5 Priorités régionales	18
4.6 Rendre l'OMS plus efficace au niveau des pays	18
SECTION 5 PROGRAMME DE COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS AVEC LE TCHAD	19
5.1 Bref rappel historique de la coopération	19
5.2 Domaine de travail 2006-2007	20
5.3 Appui technique du Bureau régional et du Siège	22
SECTION 6 AGENDA STRATÉGIQUE : PRIORITÉS RETENUES POUR LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS	23
6.1 Le renforcement des politiques et système de santé	23
6.2 Le développement des ressources humaines pour la santé	25
6.3 La lutte contre la maladie, la santé de la femme et de l'enfant	25
6.4 La gestion des urgences et des risques	28
6.5 Le développement de partenariats stratégiques, la mobilisation des ressources et la coordination	28
SECTION 7 MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATÉGIQUE	29
7.1 Implication pour le bureau de pays	29
7.2 Implication pour le Bureau régional et le Siège	30

SECTION 8	SUIVI ET ÉVALUATION	32
8.1	Suivi de la mise en œuvre	32
8.2	Indicateurs d'évaluation	32
8.3	Périodicité de l'évaluation	32
RÉFÉRENCES	33
ANNEXE 1 :	Processus d'élaboration de la SCP-Tchad (2008-2013)	35
ANNEXE 2 :	Objectifs stratégiques dans le cadre du Plan stratégique à moyen terme 2008-2013	36
ANNEXE 3 :	Liste des personnes/institutions contactées	37
ANNEXE 4 :	Carte du Tchad	38

ABRÉVIATIONS

ACD	:	Atteindre chaque district
AFRO	:	Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique
AMASOT	:	Association pour le marketing social au Tchad
ASTBEF	:	Association tchadienne pour le bien-être familial
AVC	:	Accidents vasculaires cérébraux
BAD	:	Banque africaine de Développement
BM	:	Banque mondiale
BR	:	Budget régulier
CPA	:	Centrale pharmaceutique d’achat
CPAP	:	Plan d’Action du programme de pays
CS	:	Centre de santé
DOTS	:	Traitement de courte durée sous observation directe
DS	:	District sanitaire
DSR	:	Délégation sanitaire régionale
DTC	:	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
ECOSIT	:	Enquête nationale sur la consommation et le secteur informel
EDST	:	Enquête démographique et de santé au Tchad
ENASS	:	Ecole nationale des agents sanitaires et sociaux
EEMET	:	Entente des Eglises et Missions évangéliques au Tchad
FACSS	:	Faculté des sciences de la santé
FED	:	Fonds européen de Développement
FRN	:	Feuille de route nationale
GAVI	:	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GIVS	:	Vision et stratégie mondiale pour la vaccination
HGRN	:	Hôpital général de référence nationale
HTA	:	Hypertension artérielle
IDH	:	Indice de développement humain
INSEED	:	Institut national de la statistique des études économiques et démographiques
IPPTE	:	Initiative en faveur des pays pauvres très endettés
MSF	:	Médecins Sans Frontières
MSP	:	Ministère de la Santé publique
NEPAD	:	:Nouveau partenariat pour le développement en Afrique
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé

ONG	:	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	:	Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA
PAOST	:	Projet d'appui à l'amélioration de l'offre de soins au Tchad
PEV	:	Programme élargi de vaccination
PCA	:	Paquet complémentaire d'activités
PCIME	:	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PIB	:	Produit intérieur brut
PIST	:	Projet intérimaire de santé au Tchad
PMA	:	Paquet minimum d'activités
PNSD	:	Plan national de développement sanitaire
PNS	:	Politique nationale de santé
PNEVEG	:	Programme national d'éradication du ver de Guinée
PNSM	:	Programme national de santé mentale (PNSM)
PPAC	:	Plan pluriannuel complet
PPN	:	Politique pharmaceutique nationale
RAA	:	Rhumatisme articulaire aiguë
RSI	:	Règlement sanitaire international
SASDE	:	Stratégie d'accélération pour la survie et le développement de l'enfant
SCP	:	Stratégie de coopération avec les pays
SNRP	:	Stratégie nationale de réduction de la pauvreté
SR	:	Santé de la reproduction
UE	:	Union européenne
UNAD	:	Union nationale des associations diocésaines
UNDAF	:	Plan cadre des Nations unies pour l'aide au développement
UNFPA	:	Fonds des Nations unies pour la population
UNICEF	:	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VIH/SIDA	:	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome de l'immunodéficience acquise

PRÉFACE

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention, de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la Stratégie de Coopération vise plus de pertinence et de focalisation dans l'établissement des priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Elle a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions selon une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant des enseignements de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération, en harmonie avec le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Pantenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs des divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la Stratégie de Coopération avec les Pays en vue de la réalisation de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

RÉSUMÉ



Organisation mondiale de la Santé

Stratégie de coopération

Tchad



Pays sahélien d'Afrique centrale sans façade maritime, le Tchad couvre une superficie de 1 284 000 km² avec une population estimée à 9,564 millions d'habitants en 2006. Celle-ci se caractérise par une inégale répartition sur le territoire national, un taux de croissance élevée (2,5%), une proportion élevée de jeunes, une forte concentration des populations en milieu rural, une forte diversité ethnique (256) et religieuse (islam, christianisme, religions traditionnelles), les femmes représentant 52% de la population totale. Depuis 2003, les débordements de la crise du Darfour ont contraint plus de 200 000 soudanais à se réfugier au Tchad et des dizaines de milliers de déplacés à l'intérieur du pays. Sur le plan économique, le Tchad reste encore un pays très pauvre malgré l'exploitation de son bassin pétrolier de Doba au Sud du pays : en 2006, le Tchad occupait le 171^{ème} rang sur 177 pays du classement mondial et 55% de sa population vit en dessous du seuil de pauvreté. Son système national de santé est peu performant dû essentiellement à l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, d'infrastructures sanitaires et d'équipements médicaux.

SANTÉ & DÉVELOPPEMENT

Population totale (2006) ¹	9.564.000
% de moins de 15 ans (2006) ²	48
Répartition de la population : % de la population rurale (1993) ²	80
Espérance de vie à la naissance (1993) ²	50,3
Taux de mortalité pour 1000 enfants de moins de 5 ans (2004) ³	191
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes (2004) ³	1099
Dépenses totales de santé de santé en % du PIB (2006) ⁴	6,3
% des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales (2006) ⁴	39,9
Classement Indice de Développement humain sur 177 pays (2006) ⁵	0,368
RNB par tête d'habitant en SEU (2005) ⁶	456
% de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté (2004) ⁷	55
Taux d'alphabétisation chez les adultes (+15 ans) (2004) ⁷	25,7%
Taux d'alphabétisation chez les hommes (+15 ans) (2004) ⁷	40,82
Taux d'alphabétisation chez les femmes (+15 ans) (2004) ⁷	12,8
% de la population ayant un accès durable à une source d'eau améliorée (2004) ⁷	23
% de la population ayant un accès durable à un assainissement amélioré (2004) ⁷	9

Sources

- 1 Annuaire statistique 2006. MSP, 2007
- 2 RGPH, 1993
- 3 EDST 2, 2004
- 4 Rapport sur la santé dans le monde, OMS
- 5 Rapport mondial sur le développement humain, PNUD, 2006
- 6 INSEED, 2007
- 7 ECOSIT2, 2004

Selon les estimations de l'INSEED, le PIB/habitant était de 201 700 FCFA, soit environ 403 \$US en 2006. Ce chiffre est révélateur des grands problèmes de développement auxquels le Tchad est encore confrontés, malgré l'exploitation de son pétrole. Cependant, au plan de santé, l'espoir semble être permis, en termes d'amélioration à moyen et long terme, avec l'adoption de la nouvelle politique nationale de santé qui s'inscrit dans le cadre de la réalisation des OMD, avec comme instrument de mise en œuvre la stratégie nationale de réduction de la pauvreté, deuxième génération, du plan national de développement sanitaire, de la feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, etc.

Les taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle demeurent très élevés. Selon l'EDST II, le Tchad a une mortalité infantile de 102 ‰, une mortalité infanto-juvénile de 191 ‰, et une forte mortalité maternelle de 1099 pour cent mille naissances vivantes. Malgré les efforts fournis, en matière de vaccination, la couverture nationale reste faible et n'a jamais dépassé 80% (DCT3, 78% en 2006).

Le paludisme constitue un problème majeur de santé publique au Tchad et demeure de loin la première cause de morbidité (25,1%) dans la population générale et la première cause de décès chez les enfants de moins de 5 ans. Malgré l'adoption de nouvelles molécules de traitement basée sur la combinaison thérapeutique, celles-ci demeurent inaccessibles à la très grande majorité des populations qui a un pouvoir d'achat faible.

La tuberculose continue de demeurer un problème de santé publique. En 2006, le nombre de nouveaux cas dépistés est de 802. Les patients âgés de 5 ans et plus sont les plus touchés avec 787 NC. Malgré l'existence du programme national de lutte contre cette maladie, le taux de dépistage de 16,5% et le taux de guérison de 54,1% restent faibles avec un fort taux de malades perdus de vue en cours de traitement. L'association de l'infection à VIH vient augmenter la mortalité due à la tuberculose.

Le Sida est en phase de devenir un problème majeur de santé publique et de développement si le rythme de propagation de la maladie n'est pas arrêté à court et moyen terme. Une étude, réalisée en 2005 a révélé un taux de prévalence du VIH au Tchad de 3,3%¹ chez les 15 à 49 ans, avec des disparités importantes selon le milieu de résidence et le sexe. Depuis 2007, la prise en charge (antirétroviraux, examens CD4, traitement des affections opportunistes, etc.) des malades étant devenue gratuite, il faudra s'attendre à une explosion de la demande.

Les maladies évitables par la vaccination telles que la poliomyélite, la méningite cérébro-spinale, le tétanos néonatal, la rougeole, etc. continuent de faire des victimes parmi la population cible. Selon l'EDST2 de 2004, seulement 11% des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins. La couverture en DTC3 est passée de 50% en 2004 à 56% en 2005 (Rapport annuel IVD/Tchad, 2006), ce qui signifie que des progrès, en termes d'amélioration de la couverture vaccinale, ont été notés, mais restent toutefois faibles. Si l'incidence de la rougeole a nettement diminué à la suite de la campagne de vaccination de rattrapage, la polio, en revanche, continue de circuler avec un cas en 2005, un cas en 2006 et 19 cas en 2007, ce malgré l'organisation de multiples journées nationales ou locales de vaccination.

Les maladies chroniques non transmissibles se retrouvent particulièrement liées en partie, à des modes de vie défavorables à la santé (alimentation déséquilibrée, manque d'activité physique, obésité, abus d'alcool et de tabac...). Parmi ces maladies, on peut citer *les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, les cancers, etc.* Bien que l'on dispose de peu d'informations fiables sur l'ampleur et les conséquences du fardeau de morbidité et de mortalité imputables aux maladies non transmissibles, leur fréquence a tendance à augmenter, constituant une nouvelle menace sur la population. Le MSP s'est engagé à lutter contre les maladies chroniques non transmissibles. Un programme national est sur le point d'être créé et la méthode STEPWISE de l'OMS sera appliquée.

La malnutrition, sous toutes ses formes, demeure fréquente et constitue un problème grave pour le pays : elle est la cause de 50% de tous les décès des enfants âgés de moins de cinq ans dans le Kanem, le Batha et le Guéra. Le système national de surveillance et de prise en charge de la malnutrition est faible

OPPORTUNITÉS	DÉFIS
<ul style="list-style-type: none"> ● Adoption de la SNRP2 ● Augmentation des ressources du MSP avec la redistribution des ressources du pétrole ● Politique nationale de santé révisée et adoptée couvrant la période 2009-2015 ● Elaboration et adoption du plan national de développement sanitaire ● Elaboration et adoption de la feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ● Disponibilité des partenaires à accompagner le gouvernement 	<ul style="list-style-type: none"> ● Faible capacité institutionnelle- Insuffisance des ressources humaine qualifiées pour la santé et forte concentration des personnels à Ndjamena et dans les grandes villes ● Paiements directs des soins par la population très élevés- Faible fréquentation des structures de soins publiques ● Faible capacité de mobilisation des ressources localement disponibles ● Récurrence des épidémies de méningite, de rougeole et d'hépatite E ● Persistance de la crise humanitaire à l'Est ● Faible capacité des écoles de formation sanitaire à accueillir et former des agents de santé

PARTENARIATS

L'assistance au développement est orientée vers le renforcement du système de santé. Toutes sources confondues, elle varie entre 27% et 56% des dépenses publiques totales de santé de 2002 à 2007.

Les principaux bailleurs du secteur de la santé au Tchad sont, à la fois des multilatéraux et des bilatéraux :

- Les bailleurs multilatéraux : Union européenne, BAD, Banque mondiale, BID, système des Nations unies (OMS, UNFPA, UNICEF, ONUSIDA) ;
- Les bailleurs bilatéraux : France, Coopération Suisse, Coopération Chinoise, Arabie Saoudite.

En 2004, le système des Nations unies a élaboré et adopté le bilan commun de pays (CCA) et en 2005, il est à son second plan cadre des Nations unies pour l'aide au développement (UNDAF) couvrant la période 2006-2010.

OPPORTUNITÉS	DÉFIS
<p>GAV-RSS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose ▪ UNDAF ▪ OMS facilitant la coordination. ▪ Programme global de relèvement précoce à l'Est ▪ Programme d'accompagnement à la stabilisation de l'Union européenne à l'Est ▪ Programme lien entre urgence, réhabilitation et développement (LRRD) de l'UE au Sud 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forte dépendance du système vis-à-vis des financements extérieurs pour certains programmes nationaux comme la lutte contre le paludisme ▪ Faiblesse des mécanismes de coordination actuels ▪ Faible capacité d'absorption des ressources

AGENDA STRATEGIQUE DE L'OMS (2004-2007)

La stratégie révisée trace le cadre dans lequel doivent s'opérer les activités de coopération entre l'OMS et le Tchad pour les 6 prochaines années. Elle s'articule autour de 5 points :

Le renforcement des politiques et du système de santé

- Appui institutionnel au « pilotage » du secteur;
- Développement des services de santé;
- Médicaments et médecine traditionnelle;
- Sécurité transfusionnelle.

Le développement des ressources humaines pour la santé

Le développement des ressources humaines demeure la pierre angulaire de l'amélioration de la performance du système de santé. En effet, l'accès, la disponibilité et la qualité de l'offre des soins sont particulièrement liés à la disponibilité, à la qualité et à la motivation du personnel de santé. L'OMS poursuivra ses appuis au MSP dans le cadre du (i) Renforcement des politiques et stratégies de gestion des ressources humaines pour la santé (révision et mise en œuvre du « *Plan de Gestion des ressources humaines* » 2008-2012, motivation du personnel etc. et du (ii) Renforcement des compétences des ressources humaines par la poursuite de l'octroi de bourses de spécialisation aux médecins et aux paramédicaux, l'appui technique et financier aux institutions nationales de formation du personnel de santé.

La lutte contre les maladies

- La surveillance épidémiologique;
- Les maladies transmissibles;
- Les maladies chroniques non transmissibles;
- La santé de la femme et de l'enfant;
- La nutrition et sécurité sanitaire des aliments;
- La promotion de la santé et de l'environnement.

La gestion des urgences et des risques

Le Tchad est très souvent confronté à certaines situations d'urgence et à des catastrophes naturelles comme la sécheresse, les famines, les inondations et les épidémies. L'appui de l'OMS vise au renforcement des capacités nationales de préparation et de riposte aux urgences et catastrophes, à travers la mise à disposition d'expertise technique et des fonds pour la formation à la gestion des épidémies et des situations d'urgences. L'OMS apporte aussi son appui au MSP dans l'application des dispositions du RSI, notamment dans l'évaluation des capacités nationales, l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action nationaux.

Le développement de partenariats stratégiques, la mobilisation des ressources et la coordination

Le partenariat constitue un élément clé dans le domaine de la santé et un cadre multilatéral de collaboration en vue d'optimiser les ressources. L'OMS continuera à apporter son appui au renforcement de la coordination des acteurs du secteur de la santé pour un partenariat efficace en faveur dudit secteur. En outre, il apportera un appui au MSP pour lui permettre d'améliorer sa capacité de coordination et de leadership face aux interventions des partenaires du secteur de la santé.

SECTION 1

INTRODUCTION

La Stratégie de Coopération avec les Pays (SCP) découle de la décision prise par l'OMS en 1999, d'axer davantage son activité sur les pays et de faire ressentir, au niveau local et communautaire, l'impact de l'appui technique qu'elle apporte aux pays. La SCP est une approche stratégique qui définit l'orientation de l'OMS au niveau national couvrant une période de 5 à 6 ans. L'initiative prise par l'OMS d'élaborer les SCP n'est pas un changement de paradigme dans sa méthode de travail, mais un renforcement plus solide de son mandat et de ses engagements envers les pays.

En 2005, 45 des 46 pays de la Région africaine de l'OMS (AFRO) avaient finalisé leurs premiers documents de SCP, dits de première génération. Sept (7) ans après, le constat est que le contexte dans lequel ces premiers SCP ont été élaborés a beaucoup évolué au plan international, à l'OMS même ainsi que dans les pays, ce qui justifie la nécessité de leur révision. Il s'agit de la décentralisation en cours dans l'Organisation, de l'exercice de reprofilage entrepris dans divers bureaux de pays, de la délégation de pouvoirs supplémentaires proposée, ainsi que du transfert des ressources financières du siège vers les pays.

La SCP du Tchad élaborée en 2002, ayant couvert la période 2002-2006, est loin de refléter le contexte actuel marqué par des changements importants sur les terrains politique, social, économique et institutionnel. Bien que la stratégie qui était basée sur trois axes demeure toujours prioritaire (appui institutionnel au « pilotage » du secteur, développement des ressources humaines et lutte contre la maladie), le contexte national a connu une grande évolution au plan politique, économique et institutionnel : politique nationale de santé (PNS) 2007-2015, stratégie nationale de réduction de la pauvreté (SNRP) de seconde génération, (iii) plan d'urgence du ministère de la Santé publique (juillet à décembre 2008), (iv) plan national de développement sanitaire (PNDS) en cours d'élaboration, (v) feuille de route nationale (FNR) pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à l'horizon 2015, (vi) plan pluriannuel complet du programme élargi de vaccination (PPAC), (vii) proposition de renforcement du système de santé GAVI-RSS, (viii) augmentation des ressources du secteur de la santé, (ix) dialogue permanent avec les partenaires du secteur de la santé à travers des réunions périodiques. Ces changements impliquent aussi un changement dans la méthode de gestion en vue d'obtenir des résultats tangibles dans le secteur. Aussi, la SCP qui est un instrument privilégié de ce changement doit-elle être adaptée au contexte.

La stratégie de coopération de l'OMS avec le Tchad a été révisée en consultation avec le ministère de la Santé publique ainsi que les principaux partenaires bilatéraux, multilatéraux et les ONGs actifs dans le secteur de la santé. Elle se fonde sur une revue de la précédente SCP. Elle s'inspire notamment des orientations contenues dans la stratégie institutionnelle de l'OMS, la déclaration du Millénaire, la politique nationale de santé, le plan cadre des Nations unies pour l'aide au développement (UNDAF). Le processus d'élaboration de la SCP est récapitulé en annexe 1. Le processus de consultation a également impliqué le bureau régional d'OMS pour l'Afrique et le Siège de l'OMS à Genève, pour s'assurer que les besoins et les potentialités spécifiques du pays sont en phase avec les priorités régionales et globales.

Le présent document de la SCP offre une analyse des informations relatives aux défis de santé et de développement du pays, à l'aide au développement et aux partenariats (le flux de l'aide et les domaines d'activité des principaux partenaires), au cadre stratégique de l'OMS y compris les priorités mondiales et régionales, à la coopération actuelle de l'OMS avec le pays. Il décrit également le programme stratégique et les priorités retenues pour la coopération de l'OMS avec le pays durant la période 2008-2013, et précise les implications, liées à leur mise en œuvre aussi bien pour le Bureau de pays, que pour le Bureau régional et le Siège.

SECTION 2

DÉFIS DE SANTÉ ET DE DÉVELOPPEMENT DU PAYS

Pays sahélien situé en Afrique centrale, le Tchad couvre une superficie de 1 284 000 km² avec une population estimée en 2006 à environ 9,564 millions d'habitants. Celle-ci se caractérise par une inégale répartition sur le territoire, un taux de croissance élevé (2,5%)², une proportion élevée des jeunes (48% ont moins de 15 ans), une forte concentration des populations en milieu rural (80%), une diversité ethnique (256 groupes) et religieuse (islam, christianisme, religions traditionnelles), un nombre plus élevé de femmes (52%) par rapport aux hommes (48%).

2.1 COOPÉRATION PASSÉE 2002-2006

Afin de contribuer au développement du secteur de la santé au Tchad, la SCP 2002-2006 a identifié trois axes stratégiques prioritaires : appui institutionnel au pilotage du secteur, développement des ressources humaines et lutte contre la maladie. Cette SCP de première génération a permis d'obtenir les résultats suivants :

En matière d'appui institutionnel au pilotage du secteur:

Au niveau central : l'OMS a apporté un appui technique:

- i) aux réunions de coordination trimestrielles et mensuelles;
- ii) à l'élaboration de la politique nationale sanitaire et plan national de développement sanitaire;
- iii) à la réforme hospitalière;
- iv) à l'élaboration du guide de district pour la contractualisation.

Dans le domaine de la pharmacie et des médicaments : l'OMS a contribué à :

- i) l'enquête sur les prix des médicaments au Tchad;
- ii) à la révision de la liste nationale des médicaments essentiels;
- iii) la promotion de l'usage rationnel des médicaments (formation, sensibilisation);
- iv) la promotion de la médecine traditionnelle (mise en place des textes réglementaires).

En matière de sécurité transfusionnelle : l'appui de l'OMS a concerné :

- i) l'élaboration et validation de l'ébauche de projet d'une politique nationale en matière de transfusion et de sécurité sanguine;
- ii) la formation de techniciens pour l'application des principes de base de la qualité;
- iii) la supervision.

¹ Recensement général de la population et de l'habitat, 1993.

Dans les autres domaines : l'OMS a apporté un appui à :

- i) la mise en place du cadre institutionnel et à l'élaboration des outils pour la constitution des comptes nationaux de santé;
- ii) l'analyse de la situation des organisations de la mutuelle de santé;
- iii) l'élaboration des documents du schéma directeur de l'eau et de l'assainissement;
- iv) l'élaboration de la stratégie nationale de promotion de la santé;
- v) au renforcement des actions communautaires par la sensibilisation et la mobilisation sociales;
- vi) à l'élaboration du code d'hygiène, des directives et textes réglementaires sur l'eau et l'environnement;
- vii) pour la ratification et la mise en oeuvre de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac.

Dans le domaine du développement des ressources humaines : l'appui a permis :

- i) l'octroi de bourses d'études de spécialisation en chirurgie, gynéco-obstétrique, ophtalmologie, pédiatrie, endocrinologie;
- ii) la formation des formateurs à l'extérieur pour préparer le personnel soignant à la prescription rationnelle des médicaments;
- iii) la formation des techniciens de laboratoire et banque de sang en assurance qualité de la transfusion sanguine;
- iv) les missions d'enseignement à la FACSS, ENASS et FID;
- v) les soutenances de thèse à la FACSS.

La lutte contre la maladie

Dans le domaine de la vaccination, l'appui de l'OMS a permis :

- i) la réalisation de plusieurs missions d'appuis du Bureau régional, du Siège et du CDC d'Atlanta aux journées nationales de vaccination (JNV) contre la poliomyélite ;
- ii) le fonctionnement des 18 antennes de surveillance épidémiologique du pays;
- iii) le recrutement d'un consultant international pour le pilotage de la revue externe du PEV;
- iv) l'élaboration du plan annuel et pluriannuel de vaccination;
- v) la mise en oeuvre de l'approche Atteindre chaque district (ACD);
- vi) la mise en place du système d'évaluation de la qualité des données (30 DS) et la mise en oeuvre de l'outil d'évaluation de la qualité des données (14 DS);
- vii) la mise en place des stratégies avancées ;
- viii) le suivi des activités de PEV de routine;
- ix) l'introduction de nouveaux vaccins.

Pour ce qui est de l'éradication du ver de Guinée et de l'élimination de la lèpre, l'OMS a soutenu :

- i) l'évaluation de la pré-certification du ver de Guinée ;
- ii) la finalisation du rapport de la certification du ver de Guinée;
- iii) l'évaluation de la situation de la lèpre dans les camps des réfugiés et à la révision du guide de la prise en charge de la lèpre, etc.

En matière de renforcement du système de surveillance intégrée et de la réponse aux épidémies, les résultats sont les suivants :

- i) l'élaboration et la mise en place du système d'alerte précoce et riposte rapide aux maladies à potentiel épidémique au Nord-est du pays avec l'appui technique du Bureau régional et du Siège ;
- ii) la mise à niveau des chefs d'antennes pour l'analyse et l'évaluation des données;
- iii) la mise en place des véhicules et moyens de fonctionnement;
- iv) la mise en oeuvre de la surveillance des cas/cas de la fièvre jaune et rougeole;
- v) la surveillance de la fièvre jaune et rougeole par les laboratoires de référence.

Dans le cadre de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'OMS a apporté un appui à :

- i) l'élaboration de la proposition du pays pour l'accès au Fonds mondial;
- ii) l'élaboration du document de politique nationale de lutte contre la tuberculose.
Les résultats de cette coopération auraient été encore meilleures n'eût été :
- i) l'insuffisance des ressources pour la formation de spécialistes médicaux et paramédicaux par rapport aux besoins du pays ;
- ii) la faible mobilisation des ressources provenant des autres partenaires impliqués dans la mise en oeuvre de certains programmes (contractualisation, mise en place des comptes nationaux de la santé, etc.) ;
- iii) la récurrence des épidémies de méningite, de rougeole et de poliomyélite ; la faiblesse de certains indicateurs de santé importants, à l'instar du taux des enfants complètement vaccinés qui n'a pas changé depuis sept ans, le taux de mortalité maternelle s'est accru passant de 827 pour 100 000 naissances vivantes à 1099 entre 1997 et 2004.

Durant cette SCP certaines tâches n'ont pu être exécutées. Il s'agit de :

- i) l'appui dans le domaine de la transfusion sanguine ;
- ii) la réflexion pour la mise en place d'une assurance maladie ;
- iii) la recherche-action et la recherche opérationnelle notamment sur les questions de gestion des ressources humaines ;
- iv) le partenariat avec des institutions afin de favoriser la création de réseaux de coopération et d'entraide scientifique ;
- v) le développement de l'outil informatique et des moyens modernes de communication par internet.

2.2 DÉFIS POUR LE DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Les défis à relever pour le secteur sont :

L'insuffisance en quantité, en qualité et la répartition des ressources humaines : au Tchad, la question des ressources humaines se pose avec acuité en termes de quantité, de qualité, et de répartition géographique. Selon les estimations de l'OMS, le Tchad fait partie des 57 pays du monde qui connaissent une pénurie aiguë en personnel de santé³. Cela constitue à la fois un handicap et un défi pour le gouvernement. En 2006⁴, on comptait : un médecin pour 25990 habitants, un infirmier qualifié pour 5596 habitants et une sage-femme pour 14441 femmes en âge de procréer⁵. Cette pénurie est aggravée par une inégale répartition du personnel qualifié entre les régions d'une part, et les milieux urbains et ruraux d'autre part. De même, on observe un déséquilibre important au niveau des différentes catégories professionnelles et le pays dispose de très peu de spécialistes. Les quelques rares qui existent sont concentrés dans la capitale.

Malgré les différents appuis qu'apportent les partenaires et particulièrement l'OMS, pour le développement des ressources humaines, en termes de bourses d'études pour les spécialisations, les besoins demeurent immenses et exigeront pour les années à venir des efforts soutenus aussi bien de l'Etat que des partenaires du développement. L'OMS et l'Union européenne sont les principaux partenaires dans le domaine de la formation.

L'insuffisance de coordination et de pilotage des activités sanitaires : Le bilan de la mise en œuvre de la précédente PNS a révélé des faiblesses dans l'organisation, la gestion et la disponibilité des ressources à différents niveaux. Les insuffisances relevées concernent : la capacité de conception et de programmation des orientations stratégiques (au niveau central), la capacité de coordination et de gestion des ressources (au niveau central et intermédiaire).

La lutte contre les maladies : La situation épidémiologique du Tchad continue de se caractériser par une prédominance de maladies transmissibles endémo-épidémiques avec des taux élevés de morbidité et de mortalité, une mortalité croissante liée aux maladies non transmissibles et une mortalité infanto-juvénile et maternelle élevée⁶. Elle se résume comme suit :

Le paludisme constitue un problème majeur de santé publique au Tchad et demeure de loin la première cause de morbidité (25,1%) dans la population en général et la première cause de décès chez les enfants de moins de 5 ans. Malgré l'adoption de nouvelles molécules de traitement basée sur l'association de produits thérapeutiques, celles-ci demeurent inaccessibles à la très grande majorité des populations qui ont des faibles revenus.

La tuberculose demeure toujours un problème de santé publique. En 2006, le nombre de nouveaux cas dépistés est de 802. Les patients âgés de 5 ans et plus sont les plus touchés avec 787 nouveaux cas. Malgré l'existence du programme national de lutte contre cette maladie, le taux de dépistage de 16,5% et le taux de guérison de 54,1% restent faibles avec un fort taux de malades perdus de vue en cours de traitement. L'association de l'infection à VIH vient augmenter la mortalité due à la tuberculose.

² Rapport sur la santé dans le monde, 2006.

³ Annuaire des statistiques sanitaires du Tchad, 2006.

⁴ Ces ratios sont en deçà des normes de l'OMS qui prévoient un médecin pour 10 000 habitants, un infirmier pour 5000 habitants et une sage-femme pour 5 000 femmes en âge de procréer.

⁵ MSP, politique nationale de santé 2007-2015, 2007.

⁶ INSED, 2005.

La lèpre continue d'enregistrer une nette régression depuis une décennie. De 1996 à 2006, le nombre de nouveaux cas est passé de 946 à 600. Grâce à l'appui de l'Association Raoul Follereau et l'OMS, le schéma de la polychimiothérapie a permis de réduire le taux de prévalence de la lèpre à 0,85 cas pour 10.000 habitants, c'est-à-dire que l'objectif de l'élimination de la lèpre est en passe d'être atteint (le seuil de l'élimination étant un taux estimé à moins d'un cas pour 10.000 habitants).

Le Sida est en phase de devenir un problème majeur de santé publique et de développement si le rythme de propagation de la maladie n'est pas arrêté à court et moyen terme. Une étude, réalisée en 2005, a révélé qu'au Tchad, le taux de prévalence du VIH est de 3,3%⁷ chez les 15 à 49 ans, avec des disparités importantes selon le milieu de résidence et le sexe. Depuis 2007, la prise en charge (antirétroviraux, examens CD4, traitement des affections opportunistes, etc.) des malades étant devenue gratuite, il faut s'attendre à une explosion de la demande.

Les maladies évitables par la vaccination telles que la poliomyélite, la méningite cérébro-spinale, le tétanos néonatal, la rougeole, etc. continuent de faire des victimes parmi la population cible. Selon l'EDST2 de 2004, seulement 11% des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins. La couverture en DTC3 est passée de 50% en 2004 à 56% en 2005 (Rapport annuel IVD/Tchad, 2006), ce qui signifie que des progrès, en termes d'amélioration de la couverture vaccinale, ont été notés, mais restent toutefois faibles. Si l'incidence de la rougeole a nettement diminué à la suite de la campagne de vaccination de rattrapage, la polio, en revanche, continue de circuler.

En effet, depuis la notification du premier cas importé du Nigeria en 2003, le Tchad n'a pas réussi à interrompre la circulation du poliovirus sauvage (PVS) à travers le pays. De 2003 à mars 2008, l'on dénombre un total de **110 PVS** notifiés dont **25** en 2003, **24** en 2004, **02** en 2005, **01** en 2006, **21** en 2007, **37** en 2008. Jusqu'au 20 avril aucun cas n'a encore été notifié en 2009. La quasi totalité des régions du Tchad a déclaré à un moment ou un autre au moins un cas de PVS depuis 2003. Les 37 cas polio de 2008 ont été déclarés dans 15 régions sur les 21 que compte le pays. Le taux d'immunisation des enfants cibles contre la polio reste faible, et essentiellement lié aux contreperformances du PEV de routine et à l'insuffisance de la qualité des activités de vaccination supplémentaires (AVS) pour l'éradication de la poliomyélite.

Malgré les nombreuses campagnes de vaccination de masse conduites au cours des deux dernières années dans le pays, seulement 39% et 54% des cas de PFA non-polio âgés de 6-59 mois ont reçu plus de 3 doses de VPO respectivement en 2007 et 2008.

La principale raison de la non-vaccination des enfants au cours des AVS contre la polio est le non respect des normes des microplans et des stratégies aux niveaux périphériques et intermédiaires. Ceci a pour conséquences entre autres les nombreux ménages non visités par les vaccinateurs et des enfants absents des ménages lors du passage des vaccinateurs.

La trypanosomiase humaine africaine continue de sévir uniquement dans trois régions, à forte densité de population, situées au Sud du pays : le Mandoul, le Logone occidental et le Logone oriental. Faute de financement, les actions de lutte contre cette maladie que mènent depuis plusieurs années le programme national basé à Moundou (Logone occidental) connaissent des interruptions plus ou moins longues en certaines périodes.

⁷ EDST 2, MSP 2005

La dracunculose ou ver de Guinée continue d'enregistrer une baisse du nombre des cas. La mise en place d'interventions spécifiques à travers le programme national d'éradication du ver de Guinée (PNEVG) a permis de réduire considérablement l'incidence de cette maladie au Tchad. L'évolution de la notification des cas de 1994 à 2000 montre une très nette régression de l'incidence de la maladie : 1331 cas en 1994, 149 cas en 1995, 25 cas en 1997, 1 cas importé en 1999 et 3 cas en 2000. Depuis 2001, le Tchad est en période de pré-certification car aucun nouveau cas de dracunculose n'a été enregistré.

L'onchocercose ou cécité des rivières sévit à l'état endémique dans sept régions du pays (Logone occidental, Logone oriental, Mayo-Kebbi Est, Mayo-Kebbi Ouest, Mandoul, Moyen-Chari et Tandjilé). L'évolution du nombre de personnes traitées ces dernières années (2001 à 2005) montre une augmentation progressive de la prise en charge : 999 546 en 2001 et 1 065 249 en 2005.

La carence en iode est un problème de santé publique pouvant compromettre la survie de l'enfant, réduire les potentialités humaines et avoir un impact négatif sur la productivité. L'analyse des données montre que la carence en iode est en diminution dans le pays.

Les maladies à potentiel épidémique comme le choléra et la méningite sont fréquentes et posent des sérieux problèmes d'organisation de la riposte au système de santé. Dans le cadre du programme élargi de vaccination et de la lutte contre les épidémies, des efforts particuliers sont consentis pour la prévention, la surveillance et le traitement précoce de ces maladies. Depuis 1991, des épidémies de choléra et de méningite sont récurrentes, entraînant de nombreux décès.

Les maladies chroniques non transmissibles se retrouvent particulièrement liées en partie, à des modes de vie défavorables à la santé (alimentation déséquilibrée, manque d'activité physique, obésité, abus d'alcool et de tabac...). Parmi ces maladies, on peut citer : *les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, le rhumatisme articulaire aigu, le diabète, les cancers (col de l'utérus et sein), les maladies respiratoires chroniques* etc. Quand bien même peu d'informations fiables sont disponibles sur l'ampleur et les conséquences du fardeau de morbidité et de mortalité imputables aux maladies non transmissibles, leur fréquence a tendance à augmenter, constituant une nouvelle menace.

Bien qu'on dispose de peu d'informations sur la mortalité et la morbidité liées au diabète, à l'hypertension artérielle (HTA) et au rhumatisme articulaire aigu (RAA) au Tchad, leurs taux s'avèrent très élevés. Celles-ci viennent malheureusement alourdir le fardeau des maladies transmissibles sur la population. Le MSP s'est engagé à lutter contre les maladies chroniques non transmissibles. Un comité technique national de lutte contre les maladies non transmissibles a été créé. Une enquête, préalable à toute politique de mise en œuvre de la lutte contre ces maladies, est en cours de réalisation. Elle se fera conformément à la méthode STEPWISE de l'OMS.

Selon l'étude faite par le programme national de santé mentale (PNSM) sur la distribution des troubles mentaux invalidants de 1997 à 2005 à l'HGRN à Ndjamena, les pathologies fréquentes sont la schizophrénie qui représente 18% des cas, la dépression 17.8% et les bouffées délirantes 12.8%. La classe d'âge de 16 à 31 ans est la plus affectée ; les célibataires mâles sont les plus touchés avec 76.3% des cas.

La malnutrition, sous toutes ses formes, demeure fréquente et constitue un problème grave pour le pays : elle est la cause de 50% de tous les décès des enfants de moins de cinq ans dans le Kanem, le Batha et le Guéra. Le système national de surveillance et de prise en charge de la malnutrition est faible. Les protocoles nationaux appropriés de prise en charge

des groupes vulnérables ne sont pas suffisamment disponibles ou diffusés ; ils ne sont pas non plus mis en œuvre au niveau intermédiaire et périphérique du système de santé.

Les taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle demeurent très élevés. Selon l'EDST II, le Tchad a une mortalité infantile de 102 ‰, une mortalité infanto-juvénile de 191 ‰, et une forte mortalité maternelle de 1099 pour cent mille naissances vivantes. Malgré les efforts fournis, en matière de vaccination, la couverture nationale reste faible et n'a jamais dépassé 80% (DCT3, 78% en 2006).

Le renforcement de l'accès aux soins et de la qualité des services : Les infrastructures en matière de santé accusent un déficit important. Ces insuffisances s'expriment en termes d'accès, de disponibilité, d'utilisation, de couverture et de qualité des soins⁸. La situation se caractérise notamment par : une faible couverture en structures de soins, une inadéquation des plateaux techniques dans les structures de santé, une insuffisance dans l'organisation des services, une implantation pas toujours justifiée des structures de soins, etc. L'afflux des réfugiés et des personnes déplacées, suite aux conflits armés internes et externes constitue un défi supplémentaire pour le secteur de la santé.

En 2006, le patrimoine sanitaire comprenait 57 établissements hospitaliers (hôpitaux, centres médicaux, cliniques et maternités) et 684 centres de santé. Ces infrastructures appartiennent aux secteurs public, parapublic, et privé (lucratif et non lucratif). Il existe des disparités dans la répartition de ces infrastructures entre les milieux urbains et ruraux. La plupart des hôpitaux et des centres de santé sont concentrées à Ndjamena et les grandes villes.

Au Tchad, l'accès aux médicaments demeure un problème majeur, surtout au niveau périphérique, limitant ainsi la fonctionnalité des structures sanitaires. On observe des ruptures fréquentes non seulement des médicaments essentiels, mais aussi des vaccins, des réactifs et autres consommables médicaux. La centrale pharmaceutique d'achat (CPA), confrontée au problème de liquidités, n'arrive pas à assurer un approvisionnement régulier. Par ailleurs, la formation dans le domaine du médicament pour les professionnels de la santé, reste insuffisante. Un tiers (1/3) seulement des pharmacies régionales d'approvisionnement dispose de pharmaciens professionnels. Les prix des médicaments ne sont pas contrôlés en raison de la pratique de la liberté des prix dans le pays ainsi qu'une prolifération à grande échelle des marchés illicites de médicaments.

Le financement du secteur de la santé : le financement du secteur de la santé au Tchad provient de trois (3) sources : l'Etat, les partenaires au développement (bailleurs de fonds, organismes internationaux, organisations non gouvernementales) et les populations au travers des paiements directs sous forme de recouvrement des coûts. De manière globale, le secteur de la santé est faiblement financé, notamment par l'Etat. Ce qui limite fortement l'offre de soins et ne contribue pas à améliorer l'état sanitaire des populations de manière significative.

⁸ République du Tchad, 2007.

Tableau 1 : Évolution du budget de la santé de 2003 à 2007 en milliers de fcfa

Libellé	2003	2004	2005	2006	2007
Fonctionnement	14 306 625	13 542 149	12 399 696	14 074 589	20 173 653
Personnel	5 294 633	5 920 980	5 482 600	7 073 699	8 073 413
Biens et services	8 111 992	6 621 169	5 717 096	5 600 890	7 100 240
Transferts	900 000	1 000 000	1 200 000	1 400 000	5 000 000
Investissement	19 102 000	20 758 985	24 224 161	16 349 778	16 043 000
dont intérieur	4 810 248	1 431 539	6 227 053	4 959 110	6 340 000
dont extérieur	14 291 752	19 327 446	17 997 108	11 390 668	9 703 000
Fonct. En CFA par habitant	1 771	1 633	1 456	1 610	2 248
En % du budget de l'Etat	8,4%	7,1%	7,0%	4,2%	5,3%
Investissement en % du total MSP	57,0%	61,0%	66,0%	54,0%	44,0%
Part des invest ext en % du total MSP	43,0%	56,0%	49,0%	37,0%	27,0%
TOTAL	33408625	34301134	36623857	30424367	36216653

Source : INSEED et Ministère des Finances, 2007.

L'analyse de l'évolution du financement du secteur de la santé au Tchad, durant la période 2003 à 2007, révèle :

- une faible dotation budgétaire et un faible niveau de dépenses réelles : au cours de ces dernières années, la part du budget annuel de l'Etat consacré à la santé n'a jamais atteint 10% du budget général de l'Etat, évoluant de façon irrégulière (de 8,4% en 2003, elle est descendue à 4,2% en 2006 pour remonter à 5,3% en 2007) ce qui est très nettement inférieur aux engagements (15%) pris par les chefs d'Etat et de gouvernements africains à Abuja (Nigeria) en 2001 et ; l'exécution effective du budget n'a jamais atteint les 90% (variant de 86,9% en 2003 à 75,6% en 2006).
- un budget d'investissement représentant plus de la moitié du budget du ministère et qui est, en grande partie, financé par l'aide extérieure. Entre 2004 et 2007, cette part a diminué de moitié (de 56 à 27%).

La participation de la population, à travers le recouvrement des coûts, représentait environ 5,9% du budget de l'Etat en 2005. Le financement de la santé par le secteur privé n'est pas très bien connu à cause de l'absence des données exhaustives.

La nécessité d'augmenter le financement du secteur demeure. Cependant, les perspectives d'évolution des ressources financières ne sont pas très optimistes : le dernier document de cadrage macroéconomique de l'INSEED de 2007 indique un taux de croissance du PIB inférieur à 2% : 0,8% en 2007 et en 2008 et 1,3% en 2009. Par ailleurs, on constate une diminution des interventions des bailleurs au secteur.

Le manque d'action relative aux autres secteurs tels que les déterminants de la santé : les facteurs environnementaux qui ont une influence significative sur la santé des populations sont notamment le faible accès à l'eau potable et les conditions défavorables en matière d'hygiène. Par ailleurs, l'analphabétisme, la précarité de l'habitat et de l'environnement, la promiscuité, l'inaccessibilité financière de certaines couches de la population aux structures de soins et l'absence de promotion de comportements et d'un environnement favorables à la santé, expliquent, dans une certaine mesure, la persistance des comportements à risque et d'un environnement insalubre.

La coopération internationale et le partenariat : la coopération internationale et le partenariat dans le domaine de la santé présentent quelques faiblesses :

- l'insuffisance et la mauvaise gestion des appuis des partenaires du secteur (autres départements ministériels, organismes, Etats, ONG, société civile) ;
- la faible synergie des interventions intersectorielles liée à un partenariat peu développé et timide avec les autres secteurs publics dans le cadre de la collaboration intersectorielle ;
- le développement de la politique contractuelle reste très limité à cause de la méconnaissance de ladite politique et des guides, de l'absence de guides (médicaments et participation communautaire), l'insuffisance d'outils de suivi et d'évaluation etc.

Le secteur privé et le développement sanitaire : le secteur privé joue un rôle très important dans l'amélioration de l'accès et de la disponibilité des soins. Cependant, l'analyse de la situation a révélé :

- les insuffisances dans le respect des normes en ressources et procédures par le secteur privé à but non lucratif, la qualité des soins des structures de santé, la coordination, suivi et supervision des formations sanitaires ;
- la non-application de la réglementation régissant les établissements privés de formation ;
- le non-respect des normes et procédures réglementant les conditions d'exercice des pharmacies, cabinets privés et clinique et leur mode de fonctionnement ;
- la faible implication des pharmacies, cliniques et cabinets privés dans les activités promotionnelles et de prévention.

2.3 SITUATION MACRO-ÉCONOMIQUE ET GOUVERNANCE

Économie et finances

Le Tchad est toujours classé dans le groupe des pays à faible développement humain avec un indice de développement humain de 0,388 (170^{ème} rang sur 177). Le bas niveau des indicateurs révèle ainsi les faiblesses du niveau d'instruction et de l'état sanitaire et nutritionnel, mais aussi l'accès limité aux ressources. Ceci n'est pas sans conséquence sur les conditions de vie des tchadiens et traduit l'extrême pauvreté qui touche encore 55 % de la population. Comme, on peut le constater, ces indicateurs traduisent en réalité la faiblesse des politiques de développement socioéconomique. Cependant, des efforts sont vraisemblablement perceptibles au niveau des valeurs des IDH : de 0,157 en 1990, 0,393 en 1999 et 0,379 en 2004.

Depuis 2004, avec l'entrée du Tchad dans le cercle des pays exportateurs de pétrole, une opportunité s'offre au gouvernement pour réaliser un taux de croissance élevé durable et réduire la pauvreté. Cependant, malgré l'augmentation des crédits alloués aux secteurs prioritaires dont la santé, on constate, en matière d'exécution budgétaire une performance relativement moins satisfaisante. Par ailleurs, les projections macroéconomiques 2008-2011 sont basées sur le déclin du PIB pétrolier et des recettes tirées de cette exploitation.

Secteur public et gouvernance

Depuis plus d'une décennie, le Tchad s'est engagé dans un processus de réformes politiques visant à créer et à consolider les bases d'un Etat de droit. La Conférence nationale souveraine de 1993, l'éclosion des partis politiques et des associations de la société civile, l'existence d'institutions démocratiques et républicaines (gouvernement, parlement, système judiciaire, Conseil constitutionnel, Conseil économique et social etc.) constituent des changements importants dans la consécration d'un Etat de droit malgré la persistance de certaines faiblesses. En effet, la consolidation de la paix et l'application des lois et autres textes en vigueur demeurent encore des défis importants à relever.

Lutte contre la pauvreté

Aujourd'hui, les stratégies de réduction de la pauvreté constituent le cadre de base pour la mobilisation de l'appui des partenaires au développement aux efforts des pays concernés afin de sortir leurs populations de la pauvreté. L'engagement pris par le gouvernement dans le cadre de l'Initiative des pays pauvres très endettés (IPPTE) a abouti à l'élaboration et à l'adoption du document de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté (SNRP1) en 2003, couvrant la période 2003-2006. Le pays vient d'adopter le document de la deuxième stratégie nationale de réduction de la pauvreté (SNRP2).

Les axes stratégiques de la SNRP2 sont : (i) bonne gouvernance, (ii) environnement favorable à une croissance robuste et diversifiée, (iii) développement rural, (iv) infrastructures, (v) développement des ressources humaines. Malgré le contexte politique, économique et social actuel, les choix stratégiques faits par le gouvernement dans le cadre de la SNRP1 ne changent pas de manière fondamentale. Néanmoins, pour prendre en compte la nouvelle politique axée sur la croissance du secteur non pétrolier un nouvel axe stratégique a été ajouté : la création d'un environnement favorable à une croissance diversifiée réductrice de pauvreté⁹.

Société civile

La société civile qui a émergé à la faveur de l'évolution de l'environnement politique et juridique du pays amorcée surtout à partir de 1990, continue de jouer un rôle important en termes de conscientisation, de formation et d'information malgré les situations d'instabilité liées à la présence des mouvements armés et à l'insécurité. Elle joue le rôle d'acteur de développement à travers la création des écoles et des centres de santé communautaires dans les localités peu ou pas desservies. Dans le domaine de la santé et notamment de la lutte contre le VIH/SIDA, ces dernières années ont connu l'émergence et la multiplication des associations. Cependant, leurs capacités organisationnelles et d'intervention demeurent faibles et la coordination entre elles reste limitée.

⁹ Ministère de l'Economie et du Plan, 2006.

SECTION 3

AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS

L'aide au développement, sous forme de prêts et de dons, représente une part considérable du financement du secteur de la santé au Tchad, malgré une diminution constatée ces deux dernières années. Cette aide contribue à financer notamment les investissements (construction, équipements et formation) et l'assistance technique.

3.1 TENDANCES GÉNÉRALES DANS L'ÉVOLUTION DE L'AIDE

Le tableau ci-dessous résume l'aide reçue par le Tchad et allouée aux dépenses publiques de santé ces huit dernières années :

Tableau 2 : Évolution de l'aide extérieure au secteur de la santé

Année	Montant des dépenses publiques totales (en millier de Fcfa)	Aides extérieures en % des dépenses publiques de santé	Prêts %	Dons %
2002	27 183 984	49	20	80
2003	33 408 625	43		
2004	34 301 134	56	33	67
2005	36 623 857	49	31	69
2006	30 424 367	37	35	65
2007	36 216 653	27	32	68

Sources : INSEED, Ministère des Finances et MSP, 2007.

Pour la période considérée, l'aide extérieure a financé entre 56 et 27% des dépenses publiques de santé. Les dons représentent près de 2/3 de l'aide extérieure, contrairement à la période 1996-2000, où les prêts, quoique en diminution, représentaient une part importante de l'aide. L'examen des dépenses publiques a montré que le financement extérieur constitue la principale source de financement des investissements.

En 2005, la performance d'exécution des projets et programmes a été jugée peu satisfaisante. Sur une prévision de 54,942 milliards de FCFA, 21,888 milliards de FCFA ont été effectivement décaissés, soit 40%¹⁰. En 2006, on a observé une nette amélioration de la performance des projets et des programmes du secteur de la santé.

En 2006, sur un total de 22,663 milliards de FCFA de prévus en investissement, 16,906 milliards de FCFA ont effectivement été décaissés, soit 75%. Les fonds extérieurs dépensés ont été estimés à 15,309 milliards de FCFA dont 4,627 milliards de FCFA d'emprunts (30%) et 10,682 milliards de FCFA de dons (70%)¹¹.

¹⁰ Ministère de l'Économie et du Plan, 2007.

¹¹ OMS EB 105/3 Une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS .

3.2 PRINCIPAUX PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Les principaux bailleurs de fonds du secteur sont : l'OMS, l'Union européenne, l'UNFPA, l'UNICEF, la Banque africaine de Développement. L'OMS est reconnue au niveau du gouvernement et des partenaires comme étant le chef de file pour les questions de santé au Tchad. Quelques ONG internationales et nationales interviennent aussi dans le secteur de la santé, notamment comme agences d'exécution au niveau opérationnel. Les plus importantes sont : Médecins Sans Frontières (Belgique, Hollande et France réunies), Union nationale des associations diocésaines (UNAD), Entente des Eglises et Missions évangéliques au Tchad (EEMET), la Croix Rouge, Association tchadienne pour le Bien-être familial, l'Association pour le marketing social au Tchad (AMASOT), Centre de support en santé internationale (CSSI), Bureau d'Appui Santé et Environnement (BASE), World Vision.

Les principaux domaines concernés par l'aide extérieure sont : les infrastructures de soins, l'assistance technique (et/ou financière), la formation du personnel, la lutte contre les principales maladies (vaccination, Sida, tuberculose, paludisme etc.), la santé de la reproduction, l'appui global aux délégations régionales de la santé ou districts de santé.

Agences multilatérales

L'Union européenne : depuis le début des années 1980, l'Union européenne intervient de manière significative et ininterrompue dans le secteur de la santé dont elle est un des principaux bailleurs de fonds. Elle apporte un appui à travers un important projet sectoriel dans le cadre du 8^{ème} et 9^{ème} FED. Le projet, couvrant la période 2000-2008, associe appui institutionnel, appui à la formation et appui direct aux services de santé. Les financements prévus sont à hauteur de 42 millions d'Euros, avec une assistance technique au niveau central (Directions centrales du Ministère), au niveau intermédiaire (Délégations régionales sanitaires du BathBET, Guéra, Ouaddaï, Salamat et Wadi Fira) et au niveau de la coordination du projet.

Dans le cadre du prochain document de stratégie de coopération UE-Tchad et du Programme indicatif national (PIN), l'Union européenne poursuivra son appui au secteur de la santé dans les domaines de l'amélioration de la qualité des soins et des médicaments.

Fonds des Nations unies pour la population : L'appui de l'UNFPA au Tchad qui est à son 5^{ème} programme (2006-2010) couvre les trois composantes thématiques suivantes : santé de la reproduction, population et développement et genre. En matière de santé, le programme de coopération vise à contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de la population à travers la promotion de l'utilisation des services de la santé de la reproduction de qualité y compris la prévention du VIH/sida. Cet appui va principalement aux institutions ci-après chargées de la mise en œuvre des projets composantes : (i) ministère de la Santé publique à travers la direction de la santé de la reproduction et l'hôpital de la Liberté pour la composante « Fistule », (ii) association tchadienne pour le Bien-être familial (ASTBF), (iii) ministère de l'Education nationale pour la composante Education à la vie familiale en matière de population à l'école, (iv) ministère de la Jeunesse et des Sports pour les prestations d'IEC/SRA/VIH/sida. En 2007, le montant alloué au secteur de la SR était de US \$ 1,192 millions.

UNICEF : La stratégie du programme de coopération Tchad – UNICEF, couvrant la période 2006-2010 vise en matière de santé à (i) réduire la mortalité et la morbidité des enfants de moins de 5ans ; (ii) stabiliser le taux de séroprévalence du VIH/sida et aider à la prévention au sein des jeunes. Le programme s'est concentré ces deux premières années dans la Kabia (Mayo Kebbi Est) et les régions du Guéra, Ouaddaï, Wadi Fira et Tandjilé. Ce programme de

coopération pour un montant total d'environ US \$ 48 millions s'articule autour de programmes sectoriels suivants : santé/nutrition, éducation pour tous, VIH/sida, eau et assainissement, protection des enfants, lutte contre le VIH/sida, interventions d'urgence et humanitaires. En matière de santé, la mise en œuvre de la stratégie d'accélération pour la survie et le développement de l'enfant (SASDE) constitue l'axe stratégique principal de réduction de la mortalité infantile.

Le PNUD va poursuivre son assistance en matière de lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre du plan d'action du programme pays (CPAP) avec le Tchad (2006-2010). L'objectif visé étant « de rendre cette lutte plus visible, mieux coordonnée et décentralisée ». Les interventions sont centrées sur deux régions : le Mandoul et le Mayo Kebbi Ouest. En matière de prévention, l'approche communautaire de renforcement des capacités pour une riposte efficace au VIH/sida vise à responsabiliser davantage les communautés. Le montant alloué à cette composante du programme est de US \$ 1,520 millions.

La Banque africaine de Développement poursuivra ses interventions en matière de renforcement des infrastructures sanitaires jusqu'en 2008 dans les régions du Batha, du Wadi Fira et du Salamat et à Ndjamena, dans le cadre du projet de renforcement du système national de santé et d'appui à la lutte contre le VIH/sida et les maladies épidémiques. Le montant alloué à ce projet atteint 6 millions UC.

Coopérations bilatérales

L'Agence française de développement : elle va démarrer un projet d'appui au secteur de la santé visant à améliorer l'état de santé de la population tchadienne. D'un coût global de 10 millions d'Euros, ce projet qui couvre une période de cinq ans (2008-2012) est axé sur trois composantes : (i) appui au développement des ressources humaines, (ii) appui à l'amélioration à la santé maternelle, (iii) appui à la lutte contre le sida. Les activités de ce projet seront centrées dans les régions sanitaires du Logone occidental (hôpital de Moundou), de Ndjamena (hôpital général de référence nationale), les services en charge de la formation du personnel de santé ainsi que les institutions de formation du MSP et auprès du Fonds de soutien aux activités de population (FOSAP).

3.3 MÉCANISMES ET INSTRUMENTS DE COORDINATION DES PARTENAIRES

Il existe des cadres d'orientations stratégiques, économiques et sectoriels qui servent de référence aux partenaires : la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté (SNLP) et le CCA/UNDAF pour le système des Nations unies.

La coordination dans le secteur de la santé s'effectue à travers différents mécanismes. Le ministère a institué une réunion trimestrielle de coordination avec ses partenaires. Ces échanges permettent la recherche de consensus entre les deux parties sur les stratégies d'ensemble et les aspects particuliers (formation, épidémies, gestion des véhicules, etc.). Par ailleurs, les partenaires au développement du secteur de la santé tiennent des réunions mensuelles de coordination dont la présidence a été confiée à l'OMS. Enfin, d'autres structures de coordination ont été mises en place pour assurer le suivi de certains programmes nationaux. Il s'agit du Haut Conseil national de Coordination (HCNC) pour l'accès au Fonds mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida, et du Comité de Coordination Inter Agence dans le cadre du PEV.

SECTION 4

CADRE STRATÉGIQUE DE L'OMS: ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES

Les méthodes de travail de l'OMS ont beaucoup changé et continuent à changer depuis un certain temps, l'objectif visé étant de permettre à l'Organisation d'apporter un appui efficace aux Etats membres dans leurs efforts face aux grands problèmes de santé et de développement et dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Ce processus de réforme s'appuie, dans ses grandes lignes, sur la stratégie institutionnelle de l'OMS¹².

4.1 BUT ET MISSIONS

La mission de l'OMS reste la même, à savoir « amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible » (Article 1 de la Constitution de l'OMS). La stratégie institutionnelle, le Onzième programme général de travail de l'OMS 2006-2015¹³ et les orientations stratégiques de l'action de l'OMS en Région africaine de 2005 à 2009¹⁴ définissent les grandes orientations qui doivent permettre à l'OMS d'apporter la meilleure contribution possible à la santé dans le monde, et en particulier dans la Région africaine. A cet effet, l'Organisation doit renforcer son autorité technique, intellectuelle et politique dans le domaine de la santé ainsi que ses capacités gestionnaires afin de répondre aux besoins des Etats membres en tenant compte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

4.2 FONCTIONS ESSENTIELLES

Les fonctions essentielles de l'OMS, telles qu'énoncées ci-après reposent sur les avantages comparatifs¹⁵ de l'Organisation à tous les niveaux :

- jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
- fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ;
- fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application ;
- définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
- fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ;
- surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances.

¹² 11^{ème} programme général de travail de l'OMS 2006-2015. Un programme mondial d'action sanitaire.

¹³ Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine (2005-2009).

¹⁴ 11^{ème} programme général de travail de l'OMS 2006-2015. Un programme mondial d'action sanitaire.

¹⁵ OMS, Plan stratégique à moyen terme 2008-2013, p 4, paragraphe 28.

4.3 PROGRAMME MONDIAL D'ACTION SANITAIRE

Afin de combler les lacunes en matière de justice sociale, de responsabilité, de mise en oeuvre, de connaissances, le programme mondial d'action sanitaire a identifié sept domaines prioritaires :

- 1) investir dans la santé pour réduire la pauvreté ;
- 2) renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale ;
- 3) promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la santé ;
- 4) influencer sur les déterminants de la santé ;
- 5) renforcer les systèmes de santé et rendre l'accès plus équitable ;
- 6) exploiter le savoir, la science et la technologie ;
- 7) renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

En plus, le Directeur général de l'OMS a proposé les six points de l'agenda comme suit:

- i) le développement sanitaire;
- ii) la sécurité sanitaire;
- iii) les systèmes de santé;
- iv) les preuves des stratégies;
- v) les partenariats;
- vi) et l'amélioration de la représentation de l'OMS. Il a aussi indiqué que le succès de l'organisation serait mesuré en termes de résultats sur la santé des femmes et de la population africaine.

4.4 PRIORITÉS MONDIALES

Les priorités globales ont été décrites dans le 11^{ème} programme général de travail. Elles privilégient les cinq grandes lignes d'action suivantes :

- apporter un appui aux pays pour qu'ils instaurent la couverture universelle des interventions efficaces de santé publique ;
- renforcer la sécurité sanitaire dans le monde ;
- concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;
- développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique sous la direction renforcée des ministères de la Santé ;
- renforcer le rôle directeur de l'OMS aux niveaux mondial et régional et soutenir l'action des gouvernements au niveau des pays.

4.5 PRIORITÉS RÉGIONALES

Les priorités régionales ont tenu compte, des documents globaux et des résolutions adoptés par l'OMS, des Objectifs du Millénaire pour le Développement en matière de santé, de la stratégie sanitaire du NEPAD, des résolutions des chefs d'Etat de l'Union africaine concernant la santé et les orientations stratégiques de l'action de l'OMS ont été décrites dans le *Plan stratégique à moyen terme (2008-2013)*¹⁶. Ces priorités régionales ont été mentionnées dans les *Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la région africaine (2005-2009)*. Elles concernent la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, la santé maternelle et infantile, les situations d'urgence et l'action humanitaire, la promotion de la santé, le renforcement des politiques et des systèmes de santé, le renforcement des actions agissant sur les déterminants de la santé. D'autres objectifs couvrent la santé et l'environnement, la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments, les systèmes de santé (politique, prestation des services, financement, technologies et laboratoires), la gouvernance et le partenariat, la gestion et les infrastructures.

En plus des priorités mentionnées ci-dessus, la région devrait apporter un appui aux pays pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement en matière de santé et relever les défis de ressources humaines. En collaboration avec les autres agences, les réponses aux problèmes de mobilisation de ressources financières se feront sous le leadership des pays concernés. Pour relever ces défis supplémentaires, une des priorités importantes de la Région est la décentralisation et l'implantation des équipes inter-pays de soutien pour appuyer davantage les pays dans leur propre processus de décentralisation, de sorte que les communautés puissent bénéficier de manière optimale de l'appui technique qui leur est destiné.

Pour apporter une réponse efficace à ces priorités, le Bureau régional est guidée par les orientations stratégiques suivantes¹⁷ :

1. renforcement des bureaux de l'OMS dans les pays ;
2. amélioration des relations de partenariats et extension des partenariats en faveur de la santé ;
3. fourniture d'un appui à la planification et à la gestion des systèmes de santé du district;
4. promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles liées aux problèmes de santé prioritaires ;
5. intensification des activités de sensibilisation et amélioration de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

4.6 RENDRE L'OMS PLUS EFFICACE AU NIVEAU DES PAYS

La mise en œuvre de la stratégie de coopération de l'OMS variera d'un pays à un autre en fonction des spécificités du pays et des défis en matière de santé. Mais développés sur la base du mandat de l'OMS et de ses avantages comparatifs, les six fonctions essentielles de l'organisation comme mentionnées à la section 4.2, peuvent être ajustés pour tenir compte des besoins propres à chaque pays.

¹⁶ Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009, Brazzaville, 2008, p 9.

¹⁷ République du Tchad, Document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté, 2007.

SECTION 5

PROGRAMME DE COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS AVEC LE TCHAD

La stratégie de coopération avec les pays de l'OMS constitue un cadre stratégique, à moyen terme, pour les activités de coopération de l'Organisation avec un pays donné. Elle représente un équilibre entre les priorités du pays et les orientations et priorités des Régions et de toute l'Organisation. Elle devra aider l'OMS à s'aligner sur les stratégies et les plans nationaux de santé et de développement comme la stratégie de réduction de la pauvreté et les approches sectorielles et à harmoniser sa coopération avec les activités des autres agences des Nations unies en matière de santé et de développement. La stratégie de coopération avec les pays oriente la planification, la budgétisation et l'allocation des ressources pour les activités de l'OMS dans les pays.

5.1 BREF RAPPEL HISTORIQUE DE LA COOPÉRATION

L'accord base entre le gouvernement de la République du Tchad et l'Organisation mondiale de la Santé a été signé en 1961. Durant 30 ans, cette coopération a pris en partie la forme d'assistance humanitaire dans le cadre de l'urgence liée à la guerre et à l'instabilité, notamment sur la période 1984-1987, et du fait des famines et des épidémies récurrentes jusqu'à présent.

Néanmoins, cette situation d'exception, n'a pas empêché à l'Organisation de maintenir une coopération plus en profondeur, centrée sur des problèmes majeurs du secteur de la santé. L'analyse de la situation sanitaire de 1983 en fut une étape importante, car elle a servi de référence au gouvernement et aux partenaires pour mieux cibler et orienter leurs interventions dans le pays.

A partir de 1987, l'appui soutenu au développement des ressources humaines qualifiées est devenu l'un des axes majeurs de la coopération pays.

En 2002, suite à la stratégie institutionnelle de l'OMS soulignant le rôle essentiel des pays pour l'action de l'Organisation, la SCP du Tchad a été élaborée pour couvrir la période 2002-2006. Elle a pris en compte de manière équilibrée, les besoins du pays, les orientations régionales et les priorités mondiales. Des axes stratégiques prioritaires ont été retenus : appui institutionnel au pilotage du secteur, développement des ressources humaines et lutte contre la maladie. Ils ont servis de cadre d'orientation et de référence pour les activités de l'OMS au Tchad durant ces cinq dernières années. Le soutien de l'OMS se fait à travers l'expertise technique, l'appui financier pour la mise en œuvre des activités retenues au cours des différents budgets programmes biennaux, la diffusion des informations techniques et le renforcement des capacités du personnel de santé par l'octroi des bourses de formation et le soutien aux institutions nationales de formation.

5.2 DOMAINE DE TRAVAIL 2006-2007

Principaux domaines d'intervention

Les domaines d'intervention de l'OMS au Tchad sont divers et concernent la plupart des secteurs du développement sanitaire : pour le biennium 2006-2007, 21 domaines d'intervention prioritaires ont bénéficié du soutien technique et financier de l'OMS. Ces domaines sont relatifs à

- i) la lutte contre les maladies transmissibles;
- ii) les ressources humaines;
- iii) la santé de la mère et de l'enfant
- iv) la promotion de la santé;
- v) le développement des systèmes et services de santé;
- vi) l'appui technique au développement et directives d'ensemble; et
- vii) divers autres appuis.

Tableau 4 : Allocations de ressources par domaine d'intervention

N°	Grands domaines	2006-2007		
		RB (USD)	VF (USD)	Total (USD)
1	Lutte contre les maladies transmissibles	279 000	2 164 675	2 443 675
	Surveillance	123 000	43 000	166 000
	VIH/sida	28 000	58 500	86 500
	Paludisme	50 000	95 000	145 000
	Prévention, lutte et éradication	13 000	30 000	43 000
	Vaccination et mise au point des vaccins	15 000	1 916 675	1 931 675
	Tuberculose	50 000	21 500	71 500
	Ressources humaines	596 500	24 725	621 225
	Ressources humaines pour la santé	596 500	24 725	621 225
3	Santé de la mère et de l'enfant	110 000	89 000	199 000
	Santé de l'enfant et de l'adolescent	35 000	4 000	39 000
	Grossesse à moindre risque et santé des femmes	75 000	85 000	160 000
4	Promotion de la santé	184 000	55 000	239 000
	Promotion	106 000	11 000	117 000
	Santé et environnement	17 000	15 000	32 000
	Nutrition	45 000	10 000	55 000
	Tabac	10 000	12 000	22 000
	Sécurité sanitaire des aliments	6 000	7 000	13 000
5	Développement des systèmes et services de santé	162 000	95 000	257 000
	Médicaments essentiels	20 000	19 000	39 000
	Politique de santé et de prestation de service	132 000	60 000	192 000
	Technologie essentielle de santé	10 000	16 000	26 000
	Appui technique au développement et directives d'ensemble	1 579 000	673 600	2 252 600
	Présence de l'OMS dans le pays	1 438 000	657 600	2 095 600
	Informations sanitaires, bases factuelles et politique de recherche	141 000	16 000	157 000
6	Divers	75 500	28 000	103 500
	Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques	45 500	8 000	53 500
	Santé mentale et toxicomanie	30 000	20 000	50 000
	TOTAL	2 986 000	3 130 000	6 116 000

Source : Bureau national OMS-Tchad.

Ressources financières

L'appui financier de l'OMS au Tchad pour la mise en œuvre des activités planifiées se fait dans le cadre du budget régulier dont le montant pour le biennium 2006-2007 était de US \$ 2, 986 millions. Ce budget régulier est complété par des fonds volontaires dont plus de 60% vont en appui à la vaccination. Le budget programme de coopération pour 2006-2007 a un coût global d'environ US \$ 6,116 millions et la part de ce budget alloué au programme de vaccination dont la polio a représenté 31,6% du total de fonds reçu pendant le biennium.

Le développement des ressources humaines, élément clé du système de santé, absorbe près du 1/5^{ème} du budget ordinaire de l'OMS au Tchad, en parfaite cohérence avec la priorité nationale que constitue ce domaine. La collaboration concerne essentiellement la formation, à travers :

- des appuis techniques, logistiques et pédagogiques à des établissements de formation : Ecole nationale des agents sanitaires et sociaux (ENASS) ; Centres régionaux de formation initiale décentralisée (FID) et Faculté des sciences de la santé (FACSS) ;
- l'octroi des bourses aux cadres médicaux et paramédicaux, pour les spécialités.

Les autres domaines d'intervention, s'ils font l'objet d'allocations budgétaires inférieures à 10% du budget régulier, absorbent néanmoins une part non négligeable du temps de travail des membres de l'équipe du bureau-pays, dans la collaboration avec d'autres partenaires au développement du secteur de la santé.

Ressources humaines

Pour la mise en œuvre des activités d'appui, le Bureau de l'OMS au Tchad dispose d'un personnel dont le nombre s'élève à 56 agents. Hormis le Représentant, l'équipe pays est composée de 17 professionnels techniques dont 8 internationaux et de personnels administratifs dont 1 international. Le reste étant composé de personnel d'appui (data manager, secrétaires, réceptionniste/standardiste, chauffeurs). Près du tiers du personnel appuie les activités du PEV.

La répartition des domaines d'activités entre les différents administrateurs des programmes varie de deux à cinq. Des postes d'administrateurs nationaux sont à pourvoir. L'utilisation d'administrateurs de programmes recrutés localement, dont le rôle est important dans la mise en œuvre de la stratégie de coopération avec le pays indique qu'une attention particulière doit être accordée au renforcement de leurs capacités techniques, à leurs perspectives de promotion et à leurs conditions de travail. Nonobstant le fait que l'Organisation offre d'importantes opportunités de formation à travers les ateliers/réunions et la riche documentation disponible.

Divers mécanismes sont utilisés pour assurer la coordination des activités au sein du bureau, contribuant ainsi au renforcement de l'esprit d'équipe et à l'amélioration de la qualité des échanges entre les membres de l'équipe : réunion mensuelle du Représentant avec le personnel, rencontres et séances de travail entre membres du personnel technique et retraités.

5.3 APPUI TECHNIQUE DU BUREAU RÉGIONAL ET DU SIÈGE

Le Bureau de pays a bénéficié de la part du Bureau régional pour l'Afrique et du Siège d'un appui technique portant essentiellement sur l'élaboration des documents, le suivi et l'évaluation des activités et le renforcement des capacités.

L'élaboration de plans, de stratégies et de directives est de loin le domaine pour lequel l'appui du Bureau régional a été sollicité et obtenu au cours de ces dernières années. Les domaines d'activités concernées sont les programmes de lutte contre la maladie (surveillance épidémiologique, PEV, tuberculose, paludisme, VIH/sida, système et politique de santé).

S'agissant du Siège, ce sont aussi les activités de terrain qui ont bénéficié du soutien du Siège, particulièrement des activités liées à l'éradication de la poliomyélite.

SECTION 6

AGENDA STRATÉGIQUE : PRIORITÉS RETENUES POUR LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE PAYS

Les défis majeurs relevés au cours de l'analyse approfondie du premier document SCP et des documents stratégiques actuels du pays requièrent des réponses adéquates, coordonnées et synergiques. Ce programme stratégique révisé, qui servira de cadre de référence pour la coopération entre le Tchad et l'OMS pour la période 2008-2013, s'inscrit dans cette perspective. Son contenu prend en compte à la fois les défis identifiés des priorités nationales en matière de santé telles que définies dans le Document de politique nationale de santé (2007-2015) et les autres documents de stratégies et dans le Document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (2008-2011)¹⁸. Il tient également compte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

La stratégie révisée trace le cadre dans lequel doivent s'opérer les activités de coopération entre l'OMS et le Tchad pour les 6 prochaines années. Elle sera mise en œuvre dans le cadre de trois budgets programmes biannuels consécutifs de l'OMS. Elle servira de référence à l'Organisation et au gouvernement pour un meilleur partenariat avec tous les autres acteurs du développement sanitaire du pays. Elle guidera l'élaboration des futurs budgets Programmes de l'OMS. Elle permettra d'assurer une plus grande harmonie et une meilleure complémentarité entre les contributions respectives du Siège, du Bureau régional et de la Représentation de l'OMS à la coopération avec le Tchad et donc au développement sanitaire du pays. Enfin, elle guidera à la fois les méthodes de travail, l'organisation et la composition du bureau de pays de l'OMS.

Les priorités retenues s'articulent autour des cinq axes fondamentaux suivants :

6.1 LE RENFORCEMENT DES POLITIQUES ET SYSTÈME DE SANTÉ

Il s'avère indispensable pour permettre au gouvernement d'atteindre l'objectif général de la PNS à savoir « *assurer à la population l'accès aux services de base de qualité pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité, afin de contribuer à l'atteinte des OMD à l'horizon 2015* ».

6.1.1 Approche stratégique

Appui institutionnel au MSP pour le « pilotage » du secteur

Le processus de planification stratégique et opérationnelle pour la mise en œuvre de la PNS à travers un plan de développement sanitaire et des plans opérationnels est en cours et devra impliquer tous les acteurs et partenaires du secteur. L'OMS continuera d'accompagner le MSP dans la mise en œuvre de la PNS et notamment dans l'élaboration et la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (PNDS), dans la mise en œuvre du Plan

pluriannuel complet de vaccination (PPAC), dans la mise en œuvre de la Feuille de route nationale (FNR) pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à l'horizon 2015 et de la proposition GAVI-RSS. Elle contribuera à l'élaboration et à la mise en œuvre des réformes nécessitées par l'évolution des contextes nationaux et internationaux ainsi qu'à l'évaluation des réformes engagées.

Le renforcement des capacités sectorielles de coordination et de mise en œuvre de la PNS et de ses programmes subséquents constitue une des premières priorités du MSP. L'OMS contribuera à renforcer les capacités managériales au niveau central et déconcentré pour mieux formuler, planifier, coordonner, suivre, superviser et évaluer les orientations stratégiques en matière de santé. Cet appui devra permettre aussi de renforcer les capacités nationales en matière de mobilisation des ressources notamment locales à travers le développement des organisations visant à favoriser l'accessibilité aux soins essentiels de base aux plus grand nombre (mutuelles, micro assurances, assurances-maladies).

Renforcer les capacités des services de santé à tous les niveaux

Il s'agira de renforcer le processus de planification et de gestion à tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique) afin d'améliorer la cohérence des interventions, de contribuer à la définition et de mise en œuvre d'une « *stratégie nationale en matière de recherche dans le secteur de la santé* » qui stimule une culture de la recherche opérationnelle et l'utilisation de ces résultats pour renforcer le système de santé ; élaborer et mettre en place, dans le secteur privé, des normes et standards de qualité pour réglementer l'offre de soins de santé. Par ailleurs, l'OMS appuiera le MSP dans la relance des structures de soins de santé scolaire et universitaire. L'OMS continuera son appui dans le domaine de contractualisation et de l'opérationnalité des districts.

Promouvoir l'utilisation des médicaments de qualité et de la médecine traditionnelle

La disponibilité et l'emploi rationnel des médicaments essentiels de qualité à des prix abordables sont des déterminants clés de l'offre de soins de qualité, accessibles au plus grand nombre. L'OMS continuera d'apporter son soutien :

- au renforcement de la politique nationale pharmaceutique adoptée en 1998 par la formation des cadres, la contribution à la mise en place d'un système d'approvisionnement régulier permettant ainsi de limiter la récurrence des ruptures en médicaments et consommables médicaux ; la promotion de l'usage rationnel des médicaments et des génériques en particulier, la lutte contre la vente illicite des médicaments ;
- à la promotion de la pratique de la médecine traditionnelle.

Renforcer les capacités du pays pour la mise en œuvre de la politique nationale de transfusion sanguine

L'OMS poursuivra son appui au pays dans ses efforts de mise en œuvre d'une politique de gestion de la qualité en vue de garantir l'accès à du sang en quantité et en qualité requises grâce aux actions suivantes : i) la réactualisation et mise en œuvre de la politique nationale en sécurité transfusionnelle; ii) la formation du personnel des laboratoires et banque de sang.

6.2 LE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

Le développement des ressources humaines demeure la pierre angulaire de l'amélioration de la performance du système de santé. En effet, l'accès, la disponibilité et la qualité de l'offre des soins sont particulièrement liés à la disponibilité, à la qualité et à la motivation du personnel de santé.

6.2.1 Approche stratégique

Renforcer les politiques et stratégies de gestion des ressources humaines pour la santé

L'OMS poursuivra ses appuis au MSP pour révision et mise en œuvre du « *Plan de Gestion des ressources humaines* » 2008-2012, la motivation du personnel etc.

Renforcer les compétences des ressources humaines

L'OMS poursuivra ses appuis au MSP par la poursuite d'octroi de bourses de spécialisation aux médecins et aux paramédicaux, l'appui technique et financier aux institutions nationales de formation du personnel de santé.

6.3 LA LUTTE CONTRE LA MALADIE, LA SANTÉ DE LA FEMME ET DE L'ENFANT

Le profil épidémiologique du Tchad montre que les principales causes de morbidité et de mortalité sont essentiellement les maladies endémo-épidémiques. Les femmes et les enfants sont les couches qui payent le plus lourd tribut. La lutte contre la maladie et la santé de la reproduction sont des domaines pour lesquels l'OMS dispose d'une expertise reconnue.

L'OMS continuera de soutenir le ministère de la Santé publique dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, et de la santé de la reproduction. Il s'agira de continuer d'associer de manière étroite, l'appui à l'élaboration de stratégies et appuis opérationnels significatifs, pour une mise en œuvre intégrée des programmes. Ce soutien sera axé essentiellement les points suivants :

6.3.1 Approche stratégique

Renforcer les capacités du système de surveillance épidémiologique intégré, d'alerte précoce et de riposte aux épidémies

L'OMS appuiera le MSP dans la mise en œuvre d'une stratégie pour : (i) renforcer l'alerte précoce, à travers le renforcement des capacités des Laboratoires/services de référence nationale et régionaux; (ii) pré-positionner les kits d'urgence et renouveler les stocks; (iii) améliorer la prise en charge des cas déclarés, (iv) apporter un appui technique, matériel et financier à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'action de mobilisation sociale de prévention et de lutte contre les épidémies y compris le choléra. L'OMS apportera son appui à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan sectoriel de préparation et de riposte aux catastrophes et aux urgences. L'OMS apportera son soutien à la diffusion et l'échange d'informations épidémiologiques dans les pays de la sous-région.

Renforcer les capacités de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles

Maladies transmissibles

- **Maladies évitables par la vaccination :** les activités de vaccination sont retenues comme priorité dans le plan d'urgence du ministère de la Santé publique et dans le document de la politique nationale sanitaire. L'OMS apportera son soutien à l'organisation du suivi et de la mise en œuvre des activités contenues dans le nouveau plan pluriannuel complet pour le programme élargi de vaccination (2008-2012) soumis à l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). En effet, le nouveau cadre stratégique de vaccination dans le monde « Vision et stratégie mondiales pour la vaccination » (GIVS), adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2005 invite tous les pays du monde à atteindre et maintenir une couverture vaccinale nationale d'au moins 90% pour tous les antigènes au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts d'ici 2010. Il recommande également de réduire durant la même période la mortalité due à la rougeole de 90% par rapport aux taux de 2000.

L'OMS va accompagner le MSP dans la mise en œuvre de ce Plan pluriannuel complet (PPAC) pour atteindre ces objectifs afin de donner à la vaccination sa juste valeur dans l'amélioration de l'état de santé de la population et dans la réduction de la pauvreté ; d'assurer l'égalité d'accès de tous aux services de vaccination ; d'augmenter l'utilisation des services de vaccination par un plus grand nombre de personnes ; d'introduire de nouveaux vaccins (*les vaccins contre l'hépatite virale B et les infections à *Haemophilus influenzae* de type B*) et d'assurer l'intégration de la vaccination à d'autres interventions sanitaires.

- **SIDA, tuberculose et paludisme :** l'OMS apportera son soutien au MSP et au HCNC pour aider le pays à mieux préparer les propositions à soumettre au Fonds global pour la lutte contre ces trois fléaux. Concernant, le VIH/sida, l'OMS apportera son appui technique à la coordination nationale de lutte contre les IST/VIH/sida pour la réalisation de l'Initiative Accès Universel au dépistage, au traitement dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique national triennal de lutte contre le sida. Quant au paludisme, l'OMS continuera d'apporter son appui à la mise en œuvre de l'Initiative « Faire reculer le paludisme » en mettant l'accent sur le renforcement des capacités nationales et la mise à jour des stratégies de prise en charge, de prévention et de lutte antivectorielle. Enfin, pour la tuberculose, l'OMS continuera à renforcer les capacités nationales de lutte contre cette pandémie.
- **Maladies pouvant être éliminées et éradiquées :** l'OMS poursuivra son appui en vue de renforcer les actions intégrées de prévention, de lutte contre la poliomyélite, la rougeole, l'onchocercose, la trypanosomiase humaine africaine et de l'élimination de la lèpre et/ou la certification d'éradication des maladies tropicales endémiques telle que la dracunculose.

Maladies chroniques non transmissibles

Les maladies non transmissibles prennent de plus en plus d'ampleur. C'est pourquoi, l'OMS accorde de l'importance à ce domaine. De même, elles constituent aujourd'hui une priorité pour le MSP. Aussi, est-il important de mesurer son ampleur, de connaître les tendances et d'envisager des mesures de lutte. L'OMS apportera son soutien à la mise en œuvre d'un système de surveillance des maladies non transmissibles en mettant un accent sur la prévention, l'élaboration des réponses coordonnées avec le système national de surveillance des maladies transmissibles basées sur les enquêtes, le renforcement des capacités du personnel de santé et de la communauté, l'élaboration des documents de politiques, stratégies et de plans d'action.

Contribuer à la réduction du taux de morbidité et de mortalité maternelle, infantile et juvénile

Le gouvernement accorde une haute priorité à la santé maternelle et infantile.

- **Grossesse à moindre risque** : l'OMS accompagnera le MSP dans la mise en œuvre de la Feuille de route nationale (FNR) visant à accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Il s'agit de réduire de 40% le taux de mortalité maternelle et de 40% celui de la mortalité néonatale d'ici 2015 et de faire monter le taux d'utilisation des contraceptifs de 2% actuellement à 10% sur la même période. L'organisation collaborera étroitement avec l'UNFPA, l'UNICEF et les autres intervenants dans ce domaine. L'OMS va axer son intervention sur : (i) l'élaboration de politiques, stratégies et l'application des normes pour améliorer l'accès, l'utilisation et la qualité des services de santé maternelle et néonatale, (ii) la mise en œuvre d'un plan général de santé sexuelle et génésique de grande qualité.
- **Santé de l'enfant et de l'adolescent** : Pour contribuer à la réduction des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile, l'OMS continuera à apporter son appui à l'intensification de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) y compris sa composante communautaire et son introduction dans les institutions de formation. Cet appui concernera également la promotion de la santé des adolescents par la mise en place/extension de services conviviaux et adaptés dans les structures de soins et la promotion d'un environnement institutionnel et communautaire favorable.

Contribuer à l'amélioration de la santé nutritionnelle et environnementale dans un style de vie sain

L'OMS apportera son soutien à la mise en place d'un système d'hygiène nutritionnelle et alimentaire à assise communautaire qui soit étendu en faveur des réfugiés et des personnes déplacées, à la vulgarisation des normes et règles de bonnes pratiques, y compris le développement des compétences en nutrition et sécurité sanitaire des aliments.

L'adoption par les populations, de comportements favorables à la santé, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement constituent une condition de succès des activités visant la préservation de l'état de santé des populations. L'OMS apportera un appui au MSP pour développer et mettre en œuvre :

- i) une « *politique nationale de promotion de la santé* » pour un changement de comportement afin de promouvoir les bonnes pratiques en matière de santé;
- ii) une politique nationale de lutte anti-tabac;
- iii) des actions intersectorielles de prévention et de promotion pour améliorer la santé environnementale.

6.4 LA GESTION DES URGENCES ET DES RISQUES

Le Tchad est très souvent confronté à certaines situations d'urgence et à des catastrophes naturelles comme la sécheresse, les famines, les inondations et les épidémies.

6.4.1 Approche stratégique

Renforcer les capacités nationales de préparation et de riposte aux urgences et aux catastrophes

L'appui de l'OMS visera le, à travers la mise à disposition d'expertise technique et fonds pour la formation à la gestion des épidémies et des situations d'urgences.

Par ailleurs, avec l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international (2005) en juin 2007, la communauté mondiale dispose d'un nouveau cadre juridique lui permettant de mieux gérer ses moyens de défense collectifs pour détecter les événements relatifs à des maladies et réagir aux risques et situations d'urgence pour la santé publique susceptibles d'avoir des effets catastrophiques sur la santé humaine et sur l'économie. L'application du RSI par l'OMS et les Etats parties, dont le Tchad, contribuera au renforcement de la sécurité sanitaire publique aux niveaux national et international. L'OMS apportera son appui au MSP dans l'application des dispositions du RSI, notamment dans l'évaluation des capacités nationales, l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action nationaux.

6.5 LE DÉVELOPPEMENT DE PARTENARIATS STRATÉGIQUES, LA MOBILISATION DES RESSOURCES ET LA COORDINATION

6.5.1 Approche stratégique

Renforcer la coordination des acteurs du secteur de la santé pour un partenariat efficace en faveur dudit secteur

Le partenariat constitue un élément clé dans le domaine de la santé et un cadre multilatéral de collaboration en vue d'optimiser les ressources. L'OMS continuera à apporter son appui au MSP pour lui permettre d'améliorer sa capacité de coordination et de leadership face aux interventions des partenaires du secteur de la santé. Cet soutien se fera à travers : (i) la tenue régulière des réunions techniques avec les partenaires, (ii) l'élaboration des outils, des normes et procédures, (iii) la diffusion systématique de tous les documents opérationnels aux différents partenaires et la promotion des échanges d'expérience et de bonnes pratiques. Mais l'efficacité de cet appui passera par le renforcement des capacités du Bureau de pays en matière de mobilisation des ressources en faveur du secteur de la santé.

Avec les autres partenaires au développement et les ministères en charge notamment de la Stratégie nationale de réduction de la pauvreté (SNRP), l'OMS continuera de poursuivre son plaidoyer pour que la santé soit mieux prise en compte dans ces mécanismes. Elle poursuivra son appui au MSP dans ses négociations avec les responsables.

L'Organisation continuera à favoriser et/ou à renforcer, l'émergence de mécanismes, d'outils de coordination et de pilotage pour le ministère de la Santé publique. L'OMS continuera à faciliter la tenue des réunions régulières de coordination du ministère de la Santé publique avec ses partenaires.

SECTION 7

MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATÉGIQUE

La section 6 du programme stratégique a retenu les futures directions et domaines prioritaires de coopération de l'OMS avec le Tchad pour la période allant de 2008 à 2013. Le bureau de pays devra tenir compte de ces axes prioritaires et décider comment il va organiser son travail dans les années à venir. En plus, ces priorités serviront de cadre pour déterminer le nombre, le type des ressources humaines et leur niveau, l'allocation des ressources financières aussi bien que la nature du soutien attendu du Bureau régional et du Siège. La mise en œuvre du programme stratégique s'effectuera de concert avec le pays sur la base de budgets programmes biennaux approuvés par les organes directeurs.

7.1 IMPLICATION POUR LE BUREAU DE PAYS

Planification/budgétisation

Pour les prochains programmes biennaux, les activités à mettre en œuvre découleront des orientations stratégiques du document SCP qui pourraient être revues et ajustées en fonction des évolutions majeures qui pourront intervenir dans le pays. L'allocation des ressources tiendra compte de la priorité et de l'importance accordée à chacun des axes stratégiques retenus.

En effet, l'agenda stratégique permet de connaître le nombre de nouveaux domaines techniques de l'OMS au Tchad et de déterminer l'allocation des ressources. Pour la plupart de ces actions prioritaires retenues, le budget ordinaire de l'OMS est insuffisant et le bureau de pays se doit de mobiliser les ressources supplémentaires. Le bureau de pays doit mobiliser des ressources pour garantir la mise en œuvre de l'agenda stratégique.

Le renforcement des ressources se fera à travers le renforcement des capacités de l'équipe pays, en matière de plaidoyer et de mobilisation des ressources, l'amélioration de la connaissance des membres de l'équipe sur les procédures de financement des différents partenaires, l'élaboration des documents de briefing sur les procédures administratives et financières de l'OMS et leur vulgarisation auprès des membres du bureau de pays et les points focaux du MSP, la promotion d'un dialogue permanent entre le personnel technique de l'OMS et ceux du MSP.

Organisation et renforcement des capacités du bureau de l'OMS dans le pays

Actuellement, le personnel technique du bureau de pays est composé de 17 professionnels internationaux et nationaux. La mise en œuvre du programme stratégique implique des fonctions clés et le mandat de l'OMS qui, dans l'avenir, insistera beaucoup plus sur l'appui technique que sur la mise en œuvre des activités, aura un impact sur la nécessité d'avoir un effectif composé de personnes compétentes.

Pour s'assurer de l'application des actions décrites sous chaque axe stratégique et d'accroître la contribution de l'OMS dans le développement du secteur de la santé du pays, l'organisation doit intensifier son soutien technique au gouvernement et à ses partenaires de développement. L'intensification du soutien est demandée afin d'appuyer le gouvernement à améliorer le système de santé, lutter contre les maladies évitables par la vaccination et notamment la poliomyélite, la mortalité maternelle et infantile et améliorer la santé des enfants et des adolescents.

En plus de l'équipe d'appui technique, il y a de nombreux défis que le bureau de pays doit examiner avec attention pour la mise en œuvre effective du programme stratégique. Une attention particulière doit être accordée à l'équilibre entre les fonctions techniques de l'OMS et son rôle de conseil au ministère de la Santé publique dans la mise en œuvre des programmes. L'autre défi concerne le développement des partenariats pour le développement de la santé. En plus de cette collaboration existante avec le ministère de la Santé publique, le bureau de pays devra élargir progressivement son partenariat avec les autres ministères et institutions publiques concernés par le développement sanitaire ainsi qu'avec les ONG, les collectivités territoriales décentralisées et la société civile. Le bureau de pays essaiera d'obtenir un engagement bénéfique des ONG et du secteur privé pour une collaboration et un partenariat avec l'OMS. La contractualisation pourrait catalyser le développement de ce partenariat. Le partenariat avec les autres agences du système des Nations unies et les autres partenaires de développement s'intensifiera également.

L'introduction du nouveau système de GSM en 2008 accéléra les fonctions administratives et de gestion de l'OMS dans le pays. En effet, les Représentants de l'OMS ont vu leurs pouvoirs s'accroître afin de les responsabiliser davantage face aux exigences des pays. Cela implique un surcroît de responsabilité en ce qui concerne l'analyse des politiques et les avis techniques. Par conséquent, les fonctions de représentant de l'OMS seront plus exigeantes.

La gestion efficace de la mise en œuvre de la SCP dépend en grande partie de la compétence, de l'engagement et de la productivité du personnel. L'introduction du nouveau système de gestion global en 2008 contribuera à améliorer et à accélérer la gestion et les fonctions administratives du bureau de pays. Cependant, le défi est la disponibilité en personnel qualifié pour gérer efficacement ce nouveau système. Il est donc important qu'une attention particulière soit donnée au perfectionnement du personnel. Le bureau de pays veillera au renforcement des compétences du personnel, selon les besoins, de la collaboration et des échanges d'expériences avec d'autres bureaux nationaux de l'OMS, le Bureau régional et le Siège.

7.2 IMPLICATION POUR LE BUREAU RÉGIONAL ET LE SIÈGE

Conformément à la politique de décentralisation, les équipes de soutien interpays ont été mises en place dans trois sous-régions de la Région africaine : celle de Libreville couvre 11 pays de l'Afrique centrale dont le Tchad, celle de Ouagadougou 17 pays de l'Afrique de l'Ouest, et celle de Harare les pays d'Afrique australe et orientale.

Les équipes de soutien interpays représentent un mouvement du Bureau régional vers le niveau interpays. L'objectif recherché est de réduire les lenteurs administratives et de permettre aux équipes de se concentrer davantage sur les questions plus techniques liées au soutien aux pays de leur sous-région. Composée de personnel technique et de gestionnaires ayant des qualifications correspondant aux priorités sanitaires régionales, l'équipe de soutien interpays apportera un appui à la mise en œuvre du budget programme de l'OMS au niveau des pays.

L'insuffisance de moyens au niveau du bureau national requiert des actions de soutien de la part du Bureau régional et du Siège. Ces appuis se feront à travers:

- i) la mobilisation et la mise de ressources complémentaires à la disposition du bureau national;
- ii) le renforcement des capacités techniques du bureau national dans les domaines où il n'y a pas d'expertise disponible en vue de l'aider à exécuter le programme stratégique ;
- iii) la fourniture de directives et de la documentation.

Grâce à leurs réseaux, le Bureau régional et le Siège seront sollicités pour faciliter les activités à l'intérieur du pays et dans d'autres pays afin de faciliter les échanges d'expériences. Le Bureau régional et le Siège examineront constamment les urgences humanitaires et d'autres problèmes afin d'apporter l'appui nécessaire.

SECTION 8

SUIVI ET ÉVALUATION

L'efficacité de la contribution de la SCP au développement sanitaire du pays sera appréciée dans le cadre d'une évaluation qui permettra aussi de faire le point sur les progrès accomplis dans la réalisation des OMD et d'autres cibles fixés par l'OMS. En effet, l'OMS devra renforcer le suivi et l'évaluation de son action et devra établir pour cela des outils et des indicateurs appropriés pour mesurer sa contribution à la mise en œuvre des orientations stratégiques du document SCP du Tchad.

8.1 SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre du programme stratégique de la SCP de l'OMS avec le Tchad 2008-2013, s'effectuera de concert avec le pays sur la base de budgets programmes biennaux approuvés par les organes directeurs. Le suivi sera assuré par le Bureau national, en collaboration avec le MSP et les autres partenaires.

8.2 INDICATEURS D'ÉVALUATION

Des indicateurs appropriés seront formulés à partir des activités et principaux résultats escomptés. Ils seront utilisés pour apprécier les niveaux d'exécution des activités et les taux de réalisation des résultats attendus au terme de la mise en œuvre du programme stratégique. Une attention particulière devra être accordée aux performances accomplies, à la qualité des résultats obtenus et à leur impact.

8.3 PÉRIODICITÉ DE L'ÉVALUATION

La mise en œuvre des activités fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation annuelle. Une revue à mi-parcours sera faite en fin 2011, coïncidant avec l'évaluation biennale du programme 2010-2011. Cette dernière devra permettre au besoin, une réorientation de la stratégie de coopération en fonction des résultats obtenus. L'évaluation finale sera faite en fin 2013. L'évaluation sera réalisée par l'équipe de pays avec la participation du Bureau régional et du Siège. Le rapport d'évaluation sera diffusé en interne, puis au MSP et aux partenaires.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Bureau central de recensement (BCR).** *Recensement général de la population et de l'habitat, 1993 : Rapport de synthèse.* Ndjamena, République du Tchad : MPED, 1994
2. **Organisation mondiale de la Santé.** *Rapport sur la santé dans le monde 2006,* Genève, 2006
3. **Ministère de la Santé publique, Division du système d'information sanitaire,** *Annuaire des statistiques sanitaires du Tchad 2006,* Ndjamena, Ministère de la Santé publique, 2008
4. **Ministère de la Santé publique,** *Politique nationale de santé 2007-2015,* Ndjamena, République du Tchad, 2007
5. **PNUD,** *Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008 : la lutte contre le changement climatique : un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé.* Paris, 2007
6. **Institut national de la statistique, des études économiques et démographiques,** *Rapport de l'enquête de séroprévalence.* Rapport final, Ndjamena, République du Tchad : Ministère des Finances, de l'Economie et du Plan, 2005
7. **Institut national de la statistique, des études économiques et démographiques.** Tchad, *profil de pauvreté : deuxième Enquête sur la consommation et le secteur informel au Tchad –ECOSIT 2,* Ndjamena, Ministère des Finances, de l'Economie et du Plan, République du Tchad, 2006
8. **République du Tchad,** *Document de stratégie et croissance et de réduction de la pauvreté,* Ndjamena, 2008
9. **Institut national de la statistique, des études économiques et démographiques, Orc Macro.** *Enquête démographique et de santé Tchad, II, 2004,* Ndjamena, Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération, République du Tchad, 2005
10. **République du Tchad,** *Document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté, Programmes d'actions prioritaires (PAP) 2008-2011,* en cours de finalisation, Ndjamena, 2007
11. **Organisation mondiale de la Santé EB 105/3** Une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS
12. **Organisation mondiale de la Santé.** *Onzième programme général de travail de l'OMS 2006-2015 : Programme mondial d'action sanitaire.* Genève, 2006
13. **Organisation mondiale de la Santé.** *Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine (2005-2009)*
14. **Organisation mondiale de la Santé.** *Le plan stratégique à moyen-terme 2008-2013*
15. **Ministère de l'Economie et du Plan.** *Bilan d'exécution des investissements publics de la gestion 2005 : Exécution du PTIP 2005-2007,* Ndjamena, Direction des investissements publics et du suivi des programmes et projets, 2007

16. **Ministère de l'Economie et du Plan.** *Bilan d'exécution des investissements publics de la gestion 2005 : Exécution du PTIP 2006-2008*, Ndjamenà, Direction des investissements publics et du suivi des programmes et projets, 2006
17. **Système des Nations unies.** *Plan cadre des Nations unies pour l'aide au développement (UNDAF), Tchad*, Ndjamenà, République du Tchad, 2001
18. **Ministère de la Santé publique.** *Plan d'urgence du Ministère de la Santé publique : juillet à décembre 2008*, document de travail, Ndjamenà, 2007
19. **Ministère de la Santé publique.** *Feuille de route nationale (FNR) pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à l'horizon 2015*, document de travail, Ndjamenà, 2007
20. **Ministère de la Santé publique.** *Plan pluriannuel complet (PPAC) : 2007-2012 : Proposition de RSS-GAVI*. document de travail, Ndjamenà, 2007

ANNEXE 1 : PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA SCP-TCHAD (2008-2013)

- Rédaction des termes de référence et avis d'appel à candidature ;
- Recrutement d'un consultant national ;
- Examen des documents stratégiques pour la formulation de la SCP ;
- Lecture analytique du document de la SCP 2002-2006 ;
- Evaluation de l'assistance des principaux donateurs et partenaires du secteur de la santé ;
- Consultation des principaux partenaires (MSP) pour obtenir leurs points de vue sur la mise en œuvre de la SCP de l'OMS au Tchad et les recommandations pour accroître la collaboration de l'Organisation ;
- Rédaction du draft de la SCP 2008-2013 par le consultant national ;
- Réunions internes avec les points focaux de l'OMS pour examiner le draft de la SCP ;
- Atelier de validation du document de la SCP pour présenter l'avant-projet de la SCP et recueillir les observations et les recommandations pour son amélioration ;
- Finalisation du document de la SCP 2008-2013 par le consultant national ;
- Expédition du document final de la SCP aux principaux partenaires et au Bureau régional et au Siège pour des commentaires.

ANNEXE 2 : OBJECTIFS STRATÉGIQUES DANS LE CADRE DU PLAN STRATÉGIQUE À MOYEN TERME 2008-2013

Le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 est centré sur les treize objectifs suivants :

1. Réduire le fardeau sanitaire et économique dû aux maladies transmissibles
2. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose
3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité liée aux infections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes
4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie
5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises, et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques
6. Promouvoir la santé et le développement, prévenir et réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels non protégés
7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme
8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement
9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et de l'appui de la santé publique et du développement durable
10. Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur les données factuelles et des recherches fiables et accessibles
11. Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux, en améliorant la qualité de l'utilisation
12. Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail
13. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat/

ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES/INSTITUTIONS CONTACTÉES

NOM ET PRENOMS	FONCTION	INSITUATION/SERVICE
DJEDOSSOUM Naoundangar	Secrétaire général	Ministère de la Santé publique
Dr. N'DEIKOUNDAM NGangro Mosurel	Directeur général des activités sanitaires	Ministère de la Santé publique
MOUNDONAN Ernest	Directeur des ressources humaines et de la formation	Ministère de la Santé publique
MARHEB Saleh	Chef de division formation/DRHF	Ministère de la Santé publique
NGARMINERA Djasbaye	Chef de division du personnel/DRHF	Ministère de la Santé publique
ABAKAR SOU	Directeur adjoint de la santé préventive et lutte contre la maladie	Ministère de la Santé publique
Dr. DJIDINAN Mathias	Chef de division des maladies transmissibles et non transmissibles	Ministère de la Santé publique
PEKA Malaye	Chef de division adjoint de l'hygiène du milieu et de l'assainissement	Ministère de la Santé publique
Dr. ALLADOU MNGUE Mariam	Chef de division de la médecine scolaire, universitaire et sportive	Ministère de la Santé publique
Dr. KONO Noudjalbaye	Directeur de la santé reproduction et de la vaccination	Ministère de la Santé publique
HAMADOU Nouhou	Chef de bureau coopération et études	Ministère de la Santé publique
Mme YOYAMEL Martine	Adjointe au chef de Bureau coopération et études	Ministère de la Santé publique
KI-ZERBO Olivier	Chargé de programme	Union européenne
Dr. SANI Charles		Projet santé 8è FED
BOUTROUX Thierry	Chargé de Mission	Agence française de développement
Dr. AOUNEN Béchir	Chef de Section Santé/Nutrition	UNICEF - Tchad
DJOGOYE Talansadi	Socio-économiste	Bureau national de la BAD
Dr. DJALBORD Fatimatou Mahamat	Chargé de programme	UNFPA
Dr. KASSANKOGNO Yao	Représentant résident	OMS Tchad
Dr. BATAKAO Grégoire	MPN	OMS Tchad
MORBE NGartelbaye	HEC	OMS Tchad
Dr. DAH OULD Cheikh	IVD	OMS Tchad
Dr. DJIMRASSENGAR Honoré	MAL	OMS Tchad
Dr. DJEMADJI OUDJEL Noël	HIV	OMS Tchad
NAISSEM Jonas	HIP	OMS Tchad
Dr. BOYSINDA Daniel	EDM	OMS Tchad
Dr. MANENGU Casimir	Chargé PEV/Surveillance	OMS Tchad

