

REPUBLIQUE DU TCHAD
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE
PRIMATURE
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

UNITE – TRAVAIL – PROGRES

PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD

(2011- 2020)

DRAFT

Document élaboré par :

M. DJEDOSSOUM NAOUNDANGAR

Mars 2010

TABLE DES MATIERES

Pages

I- Personnes ayant participé à la rédaction du plan.....	4
II- Abréviations.....	6
III- Avant-propos.....	8
IV- Remerciements.....	9
V- Résumé.....	10
1- INTRODUCTION	13
2- Contexte/Justification.....	13
3- Objectif général.....	15
4- Objectifs spécifiques.....	15
5- Méthodologie	15
6- Profil général du pays.....	16
6.1- Contexte physique et géographique.....	16
6.2- Contexte démographique.....	16
6.3- Contexte socio économique.....	17
6.4- Contexte du système de santé/profil épidémiologique.....	18
6.4.1- Politique Nationale de Santé.....	18
6.4.2- Profil épidémiologique.....	20
6.4.3- Financement du Secteur de la santé.....	22
6.4.3- Contexte socio- professionnel.....	24
7- ANALYSE DE LA SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD.....	25
<i>7.1-Politiques et planifications des RH.....</i>	<i>25</i>
<i>7.2-Effectifs du personnel.....</i>	<i>26</i>
<i>7.3-Situation de la formation et du développement des compétences pour les RHS.....</i>	<i>36</i>
7.3.1- Politiques et plans de formation.....	36
7.3.2- Institutions de formation initiale.....	36
7.3.3- Capacité de formation.....	41
7.3.4- Décentralisation de la formation.....	44
7.3.5- Formation des médecins spécialistes.....	48
7.3.6- Formation continue.....	50
7.4- Gestion des RHS.....	50
7.4.1- Capacité des organes de gestion des RHS.....	51
7.4.2- Recrutement, affectation et utilisation des RHS.....	52
7.4.3- Système de rémunération.....	54
7.4.4- Régulation et législation.....	55
7.4.5- Système d'information des RHS.....	55
7.5- Recherche et le développement des RHS.....	56
7.6- Faits saillants de la politique de développement des RHS.....	57

8- PRINCIPALES INTERVENTIONS ET CIBLES STRATEGIQUES.....	58
8.0- Evaluation sommaire du plan stratégique de développement des RHS (2000-2030).....	58
8.1- <i>Stratégies et cibles de la politique et de la planification des RHS.....</i>	59
8.1.1-Normes de dotation en effectif/niveaux de structures de soins.....	59
8.1.2-Projection des besoins additionnels.....	71
8.2- <i>Formation et développement des compétences des RHS.....</i>	73
8.2.1-Formation initiale.....	73
a)-Formation initiale des cadres supérieurs à l'intérieur.....	73
b)-Formation initiale des cadres supérieurs à l'extérieur.....	73
c)-Formation initiale des cadres moyens et intermédiaires à l'intérieur.....	74
8.2.2- Formation continue (locale ou internationale).....	76
8.2.3-Gestion des institutions de formation.....	76
8.3- <i>Gestion des RHS.....</i>	77
8.3.1- Recrutement du personnel de santé.....	77
8.3.2- Système actuel de GRHS.....	77
8.3.3- Utilisation des RHS.....	78
8.3.4- Législation et réglementation.....	79
8.4- <i>Recherche sur les RHS et leur développement.....</i>	79
9- FINANCEMENT DU PLAN.....	81
10- MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET EVALUATION DU PLAN.....	81
10.1- Mise en oeuvre du Plan.....	81
10.2- Suivi et évaluation du Plan.....	82
10.3- Principaux facteurs favorisant ou contraignant la mise en œuvre du plan.....	83
11-CONCLUSION.....	84
12- BIBLIOGRAPHIE.....	85
13- ANNEXES.....	86

PERSONNES AYANT PARTICIPE A LA REDACTION DU PLAN

a)- Le Comité technique (Task Force) chargé de validation des travaux de révision du plan stratégique :

Le Comité technique est mis en place par Arrêté n°014/PR/PM/MSP/SE/SG/DGRP/DRH/DGP/2010 du 14 janvier 2010 :

L'équipe technique est composée de :

- Le Directeur Général des Ressources et de la Planification
- Le Directeur des Ressources Humaines
- Le Chef de Division de Gestion du Personnel
- Le Chef de Division de la Formation
- Le Représentant de la Surveillance Epidémiologique
- Le Représentant de la Santé Militaire
- Le Représentant de l'Hôpital Général de Référence nationale
- Le Représentant de la Direction des Affaires Financières et du Matériel
- Le Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé
- Le Représentant du Syndicat des Travailleurs et Agents sanitaires et Sociaux
- Un Représentant de l'OMS
- Un Représentant du Ministère de l'Economie et du Plan
- Le Représentant de la Direction Générale des Activités Sanitaires
- M. DJEDOSSOUM NAOUNDANGAR (Consultant national).

b)- Participants à l'Atelier de rédaction à BAKARA

Noms et prénoms	Fonctions	Services
1- Dr Mahamat Saleh Younous	Secrétaire Général	Ministère de la Santé Publique
2-Abdelkadre Mahamat Hassan	Directeur Général Adjoint des Ressources et de la Planification	Ministère de la Santé Publique
3- Naoudji Yamamra	Directeur des Ressources Humaines	Ministère de la Santé Publique
4- Saleh Mahareb	Chef de Division de la Formation	Ministère de la Santé Publique
5- Mme Mai-yand Dankamla	Division de la Formation	Ministère de la Santé Publique
6- Ngarminera Djasbaye	Chef de Division du personnel	Ministère de la Santé Publique
7- Brahim Simina	Chef de Division de la Législation et de la Documentation	Ministère de la Santé Publique
8- Lam Taoukissam	Directeur de l'ENASS	Ministère de la Santé Publique
9- Abba Gana	Coordonnateur National de la Formation Initiale Décentralisée	Ministère de la Santé Publique
10- Bana Baindiouleng	Economiste, Chef de Division de Budgétisation et programmation /DAFM	Ministère de la Santé Publique

11-Dabsou Guidaoussou	Service de Surveillance Epidémiologie Intégrée et ancien Chef de DSIS	Ministère de la Santé Publique
12- Mirari Masrabaye	Chef de Division à la Direction Générale de l'Action Sanitaire Régionale	Ministère de la Santé Publique
13- Gali Tohou	Gestion du personnel	Ministère de la Santé Publique
14- Dr Adrinkaye Allao	Directeur de Santé militaire	Ministère de la Défense Nationale
15-Montanan Ndinanromtan	Syndicat des Travailleurs et Agents sanitaires et Sociaux	Ministère de la Santé Publique
16 Baloum Kongdi	Division de la Solde/DRH	Ministère de la Santé Publique
17-Abdel-Kader Ousmane	Direction Générale des Activités Sanitaires	Ministère de la Santé Publique
18- Gagdet Ngamso Michée	Chef de personnel de l'Hôpital Général de Référence Nationale	Ministère de la Santé Publique
19- Adoumbaye Daniel	Ancien Directeur Général Adjoint des Ressources et de la Planification	Ministère de la Santé Publique
20-Dr Djada Djibrine Atim	Doyen de la Faculté des Sciences de la santé	Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de la Formation professionnelle
21- Hamadou Nouhou	Cadre supérieur de santé	Ministère de la Santé Publique
22- Sandjinan Richard	Division du personnel	Ministère de la Santé Publique
23- Abdelkader Guertin	Direction de la Santé Militaire	Ministère de la Défense Nationale
24-Masrabaye N'Gartoumra	Cadre supérieur des Finances	Ministère des Finances
25- Balyamal Banssitan	Directeur de l'Action Sociale	Ministère de l'Action Sociale, de la Solidarité Nationale et de la Famille
26-Marie Nangomngar	Secrétaire de la DRH	Ministère de la Santé Publique
27-Djedossoum Naoundangar	Cadre supérieur de santé et Consultant national	Ministère de la Santé Publique

ABREVIATIONS

MSP : Ministère de la Santé Publique
PNS : Politique Nationale de Santé
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
CDMT : Cadre des dépenses à Moyen Terme
PSDRHS : Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé
RHS : Ressources Humaines pour la Santé
RH : Ressources Humaines
GRH : Gestion des Ressources Humaines
DRH : Direction des Ressources Humaines
PMA : Paquet Minimum d'Activités
PCA : Paquet Complémentaires d'Activités
FACSS : Faculté des Sciences de la Santé
IUSTA : Institut Universitaire des sciences de la santé
ENASS : Ecole Nationale des agents Sanitaires et Sociaux
ECOSAB : Ecole de Santé de Biltine
FID : Formation Initiale Décentralisée
ERSAS : Ecole Régionale de Santé et des Affaires sociales
EFASSA : Ecole de Formation des Auxiliaires des Services de Santé des Armées
INSPF : Institut Supérieur de Formation Professionnelle La Francophonie
RGPH 2 : Recensement Général de la Population et de l'Habitat (2)
EDST 2 : Enquête Démographique et de Santé au Tchad (2)
ECOSIT 2 : Enquête sur la Consommation et le Secteur Informel (2)
PCIME : Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfant
PTME : Protection de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH
SASDE : Stratégie Accélérée pour la Survie et le Développement de l'Enfant
NC : Nouveaux Cas
CNLS : Conseil National de Lutte contre le Sida
FESTASST : Fédération Syndicale des Travailleurs et Agents Sanitaires et Sociaux du Tchad
SYNTASST : Syndicat National des Travailleurs et Agents Sanitaires et Sociaux du Tchad
UNST : Union Nationale des Syndicats du Tchad
UST : Union Syndicale des Travailleurs du Tchad
ONMT : Ordre National des Médecins du Tchad
ONPT : Ordre National des Pharmaciens du Tchad
PP : Préparateur en Pharmacie
TS : Technicien Supérieur
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
SFDE : Sage Femme Diplômée d'Etat
ATS : Agent Technique de santé
IB : Infirmier Breveté
Pop : Population
FEAP : Femme en Age de procréer
MKE : Mayo Kebbi Est
MKO : mayo Kebbi Ouest
NDJ : N'Djaména

DSIS : Division du Système d'Information Sanitaire
MFP : Ministère de la fonction publique
MESRSFP : Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de la Formation professionnelle
PV : Procès Verbal
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
AFD : Agence Française de Développement
FED : Fonds Européen de Développement
UE : Union Européenne
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
BAD : Banque Africaine de Développement
BM : Banque Mondiale
UNFPA (FNUAP) : Fonds des Nations Unies pour la Population
ONG : Organisation Non Gouvernementale

AVANT - PROPOS

Les Ressources Humaines pour la santé constituent la cheville ouvrière du système de santé, en ce qu'elles sont déterminantes pour traduire dans les faits la Politique Nationale Sanitaire basée sur le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). Leur développement devra se faire de manière coordonnée pour permettre la délivrance des prestations de qualité à la population. Or, bien que tous les documents de politique mis en place par le Ministère de la Santé Publique aient retenu le développement des ressources humaines comme un domaine prioritaire, il se trouve que non seulement ces ressources rares sont très mal utilisées, mais aussi, elles sont réparties inégalement sur l'étendue du pays et sont très peu motivés.

En effet, en 1999, le Gouvernement a révisé la Politique Nationale de Santé (PNS) en accordant une place importante au développement des ressources humaines afin d'améliorer l'accès des populations aux services de base de qualité. Une des douze orientations stratégiques définies dans cette politique consistait à « assurer la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité ». Sa mise en œuvre s'était traduite par la mise en place du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tchad (2000-2030).

Cependant, malgré les efforts consentis par le Gouvernement et ses partenaires au développement pour renforcer les structures de soins en personnels qualifiés, la situation des ressources humaines ne s'est pas améliorée sensiblement. C'est pourquoi le nouveau document de PNS de septembre 2007 inspiré des Objectifs du Millénaire pour le Développement et de la Stratégie Nationale de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2^{ème} phase, consacre un de ses sept (7) objectifs spécifiques au développement des ressources humaines consistant à « assurer la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité à tous les niveaux ».

Pour atteindre cet objectif, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) prévoit : (i) le renforcement des politiques et stratégies, (II) le renforcement des capacités, (III) et la motivation du personnel pour un meilleur rendement. Se basant sur cette nouvelle donne, le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la santé au Tchad (2000-2030) est révisé pour réajuster les objectifs, les stratégies et les interventions par rapport à la nouvelle vision. Le présent Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tchad (2011-2020) est un important outil d'aide à la décision pour améliorer le système de santé du Tchad.

Compte tenu de son importance, je recommande vivement aux responsables sanitaires à tous les niveaux de se l'approprier et de le traduire en plans opérationnels pour une meilleure applicabilité d'une part, et à l'ensemble des partenaires de la santé de soutenir réellement sa mise en œuvre, d'autre part. Enfin, le caractère dynamique de ce plan stratégique révisé fait qu'il demeure ouvert à tous les commentaires et suggestions utiles et pertinents tendant à améliorer son contenu afin de rendre la mise en œuvre plus efficace.

N'Djaména, le

Le Ministre de la Santé Publique

Dr TOUPTA BOGUENA

REMERCIEMENTS

L'élaboration du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tchad (2011-2020), est l'œuvre d'une large participation des cadres des différents secteurs qui ont fait montre de leur savoir et de leur disponibilité. Pour ce remarquable travail, nous tenons à leur exprimer nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.

Nous tenons également à exprimer notre reconnaissance à l'Organisation Mondiale de la Santé, et à travers elle, l'Alliance Mondiale des Professionnels de la Santé, dont les appuis technique et financier ont permis la matérialisation de ce précieux outil.

Nous remercions de façon particulière les autorités politiques, administratives, et militaires, les Délégués sanitaires régionales, les médecins-Chefs des districts sanitaires, les Directeurs et Médecins-chefs des Hôpitaux, les Chefs de personnel, les Responsables des institutions de formations, les institutions nationales et internationales, les structures privées lucratives et non lucratives, les services de santé des armées, les Ministères ainsi que tous ceux qui, de près ou de loin, ont apporté leur contribution à la réalisation de cette œuvre.

Enfin, nous adressons nos vifs remerciements à tous les experts nationaux et internationaux qui ont participé à des degrés divers à l'élaboration du présent plan stratégique.

RESUME

Les Ressources Humaines pour la Santé sont la ressource essentielle pour améliorer la qualité de l'offre de soins à la population. Au Tchad, cette ressource est insuffisante, mal utilisée et peu motivée, bien que le secteur de la santé soit reconnu comme étant prioritaire par le Gouvernement. En effet, les évaluations de la Politique Nationale de Santé faites en 1994, 1999 et 2005 ont toutes relevé un déficit énorme en personnel qualifié (médical et paramédical). Cette situation préoccupante a amené le Ministère de la Santé Publique à développer des stratégies pour y remédier, dont la mise en place du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PSDRHS) sur la période allant de 2000 à 2030.

Depuis 2002, date de début de sa mise en œuvre jusqu'aujourd'hui, le système de santé a beaucoup évolué, en ce que de nouvelles structures sanitaires ont vu le jour (les Délégations sanitaires régionales, les formations sanitaires, les institutions de formations, etc.) et de nouvelles politiques et stratégies sont mises en place. Par rapport à cette nouvelle donne, le PSDRHS, étant dynamique, nécessite une révision pour réajuster ses objectifs.

Grâce à l'appui de l'Alliance Mondiale des Personnels de Santé, à travers l'OMS, le Ministère de la Santé Publique a décidé de la révision du Plan stratégique. Un Comité technique de rédaction est mis en place pour suivre le processus de révision. Il convient de souligner que cette œuvre est le fait des membres du Comité technique de rédaction, du Consultant national, et de l'ensemble des Participants à l'Atelier de Bakara ayant permis d'évaluer sommairement l'ancien plan, de réviser les normes en personnel et de redéfinir les principales interventions et cibles stratégiques.

Le présent plan stratégique comprend cinq parties essentielles : (1) le profil général du pays, (2) l'analyse de la situation des RHS, (3) les principales interventions et cibles stratégiques, (4) le financement du plan, (5) la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan.

La première partie porte sur le profil général du Tchad qui est un pays continental d'une superficie de 1 284 000 Km², situé au centre de l'Afrique. Sa population est estimée à 11 175 915 habitants dont 49,3 % d'hommes et 50,7 % de femmes (selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2009). Celle des nomades est estimée à 3,5 %. La densité moyenne de 8,7 habitants/km² et le taux annuel moyen d'accroissement intercensitaire est de 3,6 %. La population du Tchad est très jeune.

Par ailleurs, le Tchad possède de nombreuses opportunités pour son développement économique et social. Depuis 2003, le pays devient un pays exportateur du pétrole et pourra de ce fait disposer des ressources additionnelles pour son décollage économique. Mais, il demeure un Etat très pauvre où plus de la moitié de sa population (55 %), essentiellement rural, vit en dessous du seuil de pauvreté (avec moins d'un dollar US par jour) selon les résultats de l'Enquête sur la Consommation et le Secteur Informel (ECOSIT 2).

Sur le plan sanitaire, les indicateurs sont très préoccupants :

- un taux élevé de mortalité infantile (102 pour 1000 naissances vivantes) ;
- un taux très élevé de mortalité maternelle (1099 pour 100 000 naissances vivantes) ;
- une faible espérance de vie (50,3) ;
- le paludisme, la tuberculose, les infections respiratoires aiguës tiennent le premier rang ; Il faut ajouter à cela la malnutrition des enfants ;
- une recrudescence des maladies cardiovasculaires et le diabète ;
- Les maladies épidémiques comme le choléra, la méningite et la rougeole sévissent dans le pays de façon récurrente.

La deuxième partie a trait à l'analyse de la situation des RHS au Tchad qui est caractérisée par :

1- Une insuffisance du personnel de santé en quantité et en qualité et leur mauvaise distribution géographique : Le secteur de la santé connaît une pénurie des catégories professionnelles essentielles (médecins, infirmiers, sages femmes et techniciens). Au total, le pays compte environ 5977 agents de santé toutes catégories confondues, dont 3906 de sexe masculin soit 65 % et 2071 de sexe féminin soit 35 %. A cela s'ajoute leur mauvaise utilisation en terme de planification, du suivi de sa carrière, d'outils essentiel de gestion et de sa répartition géographique sur le territoire national.

En outre, l'opérationnalité des hôpitaux est rendue difficile en raison d'une grande pénurie des médecins spécialistes formés uniquement à l'extérieur, ce qui a amené le Ministère de la Santé Publique à instituer obligatoirement la formation complémentaire des jeunes médecins généralistes (dans les domaines de la chirurgie, gestion de district et médecine) devant tenir les hôpitaux des districts sanitaires.

2- Une insuffisance de la formation initiale et continue : La formation initiale est assurée dans le pays grâce à deux facultés de Médecine (l'une publique : la FACSS et l'autre confessionnelle : Le Bon Samaritain), à l'IUSTA, l'ENASS, l'ECOSAB et les trois écoles régionales de santé (Sarh, Moundou, Abéché), ainsi que dans les onze écoles de santé privées/confessionnelles officiellement reconnues par le Ministère de la Santé Publique. Malheureusement, ces institutions de formation sont confrontées actuellement aux problèmes de l'insuffisance des capacités d'accueil, des enseignants qualifiés, du matériel didactique et de l'inadaptation des curricula, etc. Pour ce qui concerne la formation continue, elle n'est pas assurée de manière systématique au personnel.

3- Une insuffisance de motivation du personnel : l'absence d'une politique de motivation entraîne la démotivation du personnel dont les principales causes sont entre autres les salaires inadaptés, la non reconnaissance du travail bien fait, l'absence du plan de carrière, l'insuffisance des conditions de travail, la cherté de vie, l'éloignement et l'austérité des régions, l'absence de prise en charge du transport des agents vers leurs lieux de travail, l'absence des facilités accordées aux nouveaux agents pour leur installation et l'insécurité dans certaines localités.

4- L'absence de recherche sur le développement des RHS : Il n'existe pratiquement pas de recherche dans les domaines clés du développement des RHS en raison de l'absence de la promotion de la recherche.

Tous les problèmes décrits ci-dessus induisent au final l'indisponibilité de l'offre des soins de qualité dans les structures sanitaires, la non performance du système de santé dans son ensemble et la non satisfaction des besoins de la population en matière de santé.

La troisième partie est relative à la définition des principales interventions et cibles stratégiques. Il s'agira pour le Gouvernement de se donner les moyens appropriés, durant la période du plan allant de 2011 à 2020, pour renforcer l'acquisition des ressources humaines, mettre en œuvre un développement efficace et durable des ressources humaines et créer un environnement favorable à un travail efficace et une vie décente du personnel de santé. Tout cela devra se faire à travers les principales interventions suivantes :

- Le renforcement des compétences des agents ayant la charge de gérer le personnel en gestion prévisionnelle et l'informatisation de la GRH à tous les niveaux ;
- La mise en place des outils essentiels de GRH ;
- L'augmentation du nombre des agents de santé et leur déploiement équitable dans les structures sanitaires régionales (en prenant en compte les normes en personnels définies dans le présent plan) ;
- Le renforcement de la capacité et de la qualité de production des institutions de formation nationales ;
- Le renforcement des compétences des agents en cours de carrière ;
- La mise en œuvre d'une politique de motivation du personnel ;
- La mise en place d'un dispositif réglementaire approprié sur le développement des RHS ;
- Le développement de la culture de recherche au sein des services ;
- La mise en place d'un cadre favorable à une bonne coordination ;
- Et l'adoption d'une politique claire de financement de la formation.

La quatrième partie concerne le financement du plan. A l'aide du logiciel MBB (Marginal Budgeting Buttleneek) des projections des besoins additionnels en RHS sur la période de dix (10) ans ont été faites, ainsi que l'estimation du coût de financement du Plan . Aussi, les principales interventions/actions ont été évaluées à environ 432 042 000 dollars US soit environ 194 418 900 000 FCFA.

La cinquième partie est relative à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du plan. La mise en œuvre du plan sera assurée par le Ministère de la Santé Publique appuyé par ses partenaires au développement, à travers les plans quinquennaux et les plans opérationnels. Quant au suivi de la mise en œuvre du plan, il sera mis en place deux organes à savoir un comité de pilotage qui sera chargé de rechercher le financement pour la mise en œuvre du plan et de suivre son exécution ; un comité technique qui aura pour tâches d'élaborer les plans d'actions, de veiller à leur mise en œuvre, de préparer les réunions du comité de pilotage et de préparer les revues périodiques.

Enfin, le plan devra être évalué à mi-parcours et faire l'objet d'une évaluation finale.

1- INTRODUCTION

Les ressources humaines pour la santé (RHS) constituent incontestablement la plus importante ressource pour un système de santé performant. Or, il se trouve que dans la plupart des pays africains, la problématique des ressources humaines pour la santé demeure caractérisée par la modicité des personnels de santé disponibles et l'absence de systèmes de gestion efficaces.

Pour permettre un développement coordonné et harmonieux des RHS, les Etats membres de la région africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), lors de la 48^{ème} session du Comité régional tenue en 1998, ont adopté la Stratégie régionale de Développement des RHS. Ensuite, la 52^{ème} session du Comité régional tenue en 2002, a entériné un document d'impulsion visant à accélérer la mise en œuvre de la stratégie. Ce document met un accent particulier sur : (I) la mise en œuvre effective des politiques et des stratégies, (II) le développement d'une éducation et d'une formation appropriées, (III) et propose des solutions à la manière de gérer les problèmes d'exode des cerveaux et de rétention des professionnels de la santé au niveau national.

Selon le Bureau régional africain de l'OMS, beaucoup de pays africains disposent de politiques et de plans stratégiques. Mais malheureusement, ils se fondent sur des analyses non exhaustives de la situation. Ce qui les amène aujourd'hui à les réviser pour qu'ils soient exhaustifs afin de mieux répondre aux défis actuels.

Le Tchad, quant à lui, a élaboré un plan stratégique de développement des ressources pour la santé (PSDRHS) pour la période allant de 2000 à 2030. Depuis la date de sa mise en œuvre en 2002, le système de santé a connu quelques réaménagements : c'est le cas par exemple de la création de nouvelles structures sanitaires telles que les Délégations Sanitaires Régionales (de 18 à 21), les Districts sanitaires et les institutions nationales de formation. Aussi, la Politique Nationale de Santé a-t-elle été révisée pour prendre en compte les Objectifs du Millénaire pour le Développement et la Stratégie Nationale de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2^{ème} génération.

Compte tenu de ces paramètres et de la nouvelle vision de la Politique Nationale de Santé, le PSDRHST (2000-2030) nécessite une révision pour qu'il soit complet afin de mieux satisfaire aux exigences actuelles du système de santé tchadien. Pour cela, le présent document s'articule en cinq (5) chapitres principaux ci-après :

- Le profil général du pays,
- L'analyse de la situation des RHS,
- Les principales interventions et cibles stratégiques,
- Le financement du plan,
- La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan,

2- Justification

Les ressources humaines sont déterminantes pour mettre en œuvre la politique nationale de santé. Cependant, bien que le secteur de la santé au Tchad soit reconnu par le Gouvernement comme étant prioritaire, il est confronté à la

problématique des ressources humaines caractérisée par leur insuffisance quantitative et qualitative, leur mauvaise utilisation et répartition géographique, ainsi que l'absence de leur motivation. Cela se traduit dans les formations sanitaires par l'indisponibilité de l'offre de soins de qualité. Cette situation préoccupante a amené le Ministère de la Santé Publique à définir des stratégies susceptibles d'y apporter une réponse appropriée.

En effet, le Ministère de la Santé Publique a révisé la Politique Nationale de Santé en 1999 et a retenu douze (12) orientations stratégiques dont l'une était consacrée au Développement des ressources humaines. L'accent était mis sur l'accélération de la formation initiale décentralisée et l'amélioration de gestion du personnel. C'est pour traduire cette stratégie dans les faits que le Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé sur une période de 30 ans (2000-2030) a été élaboré par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de l'OMS.

Malgré les efforts accomplis par le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires au développement pour la mise en œuvre de ce Plan, le bilan de la PNS faite de 2005 à 2006 a relevé une faiblesse de l'accès, la disponibilité et la qualité de l'offre de soins liée au déficit en ressources humaines aussi bien quantitatif que qualitatif et une mauvaise répartition géographique du personnel disponible. Le déficit est plus accentué pour certaines catégories : médecins (1 pour 27 680 habitants contre 1 pour 10 000, norme de l'OMS), infirmiers (1 pour 6 453 contre 1 pour 5 000 norme de l'OMS), et sages femmes (1 pour 9 074 femmes en âge de procréer contre 1 pour 5000 norme de l'OMS). A cela vient s'ajouter une insuffisance des médecins spécialistes.

Pour remédier à cette situation préoccupante, le nouveau document de PNS inspiré des Objectifs du Millénaire pour le Développement et de la Stratégie Nationale de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2^{ème} génération, consacre un de ses sept (7) objectifs spécifiques au développement des ressources humaines consistant à « assurer la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité à tous les niveaux ». La mise en œuvre de la nouvelle PNS est faite à travers le Plan National de Développement Sanitaire qui accorde naturellement une place importante au Développement des Ressources Humaines en mettant l'accent sur le renforcement des politiques et stratégies, ainsi que le renforcement des capacités et la motivation du personnel pour un meilleur rendement.

Depuis la mise en place du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines au Tchad en 2002, le système de santé a certes beaucoup évolué. De nouveaux hôpitaux et centres de santé ont été créés, de nouveaux districts sanitaires et de nouvelles Délégations sanitaires régionales ont vu le jour, de nouvelles institutions de formation des paramédicaux publiques, privées et confessionnelles sont rendues fonctionnelles, une nouvelle Faculté de médecine confessionnelle est ouverte et opérationnelle, etc. Il en est de même de la mise en place de la nouvelle Politique nationale de santé, du Plan National de Développement Sanitaire, de la Feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, etc.

Le Plan stratégique de Développement des Ressources Humaines au Tchad (2011-2020), étant dynamique, doit intégrer tous ces paramètres. C'est pourquoi sa révision

est nécessaire pour réajuster (I) les objectifs quantitatifs et qualitatifs de production et de distribution du personnel de santé ; (II) les stratégies à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs au niveau de la production/distribution des effectifs, la formation, la gestion, les conditions de vie et travail, etc. ; (III) les mécanismes de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation.

3- Objectif général

Réviser le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tchad (2000-2030).

4- Objectifs spécifiques

Il s'agit de :

- réévaluer les ressources humaines pour la santé disponibles et en formation ;
- réévaluer les disponibilités des ressources humaines pour la santé en fonction de l'offre et des besoins à l'horizon 2020 et sur la base des quinquennats ;
- redéfinir les cibles et interventions stratégiques ;
- réévaluer les coûts financiers du Plan ;
- redéfinir les mécanismes de mise en œuvre et de suivi/évaluation du Plan.

5- Méthodologie :

La première étape est la mise en place d'une équipe technique (Task Force) qui est chargée de procéder à une évaluation sommaire du plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé au Tchad (2000 à 2030), de réaliser l'analyse et de suivre le processus de révision dudit plan .

La seconde période est la collecte des données sur le terrain pour la mise à jour des effectifs afin d'évaluer les besoins en ressources humaines. Pour cela, des équipes sont envoyées sur le terrain avec un cahier de charge précis de collecte de données. Toutes les 21 délégations sanitaires régionales et le niveau central sont concernés. La collecte des données est effectuée au niveau des districts sanitaires, des services centraux, des institutions nationales, des organismes nationaux et internationaux travaillant dans le secteur de la santé, des structures sanitaires confessionnelles, des structures privées lucratives, des services de santé des armées, etc.).

La troisième étape est la revue documentaire sur les ressources humaines, les échanges avec des responsables des institutions de formations et des départements ministériels et partenaires pourvoyeurs des bourses de formation dans le domaine de la santé, ainsi que des ordres nationaux des médecins et pharmaciens, des syndicats des travailleurs de la santé.

La quatrième étape est la tenue d'un atelier (briefing, évaluation du plan, révision des normes, redéfinitions des stratégies, interventions...) suivie de la rédaction partielle du document du plan révisé.

La cinquième étape est la projection des besoins additionnels et l'évaluation du coût à partir du logiciel MBB (Marginal Budgeting Buttleneek) utilisé actuellement par la DAFM du MSP.

La septième et dernière étape est la validation du document au cours d'un atelier par les acteurs de la santé.

6- Profil général du pays

6.1- Contexte physique et géographique

Pays d'Afrique centrale entièrement enclavé, le Tchad est situé entre les 7^{ème} et 24^{ème} degrés de latitude nord et les 13^{ème} et 24^{ème} degrés de longitude est. Il couvre une superficie de 1 284 000 km², et est le cinquième pays le plus vaste d'Afrique après le Soudan, l'Algérie, la République Démocratique de Congo et la Libye. Il est limité au Nord par la Libye, au Sud par la République Centrafricaine, à l'Est par le Soudan, et à l'Ouest par le Cameroun, le Nigeria et le Niger.

Le pays est découpé en trois (3) zones climatiques :

- au Nord, une zone saharienne au climat désertique. La pluviométrie y est inférieure à 200 mm par an ;
- au Sud une zone soudanienne assez fortement pluvieuse. La pluviométrie y est comprise entre 800 et 1200 mm par an. Cela rend certaines régions quasiment inaccessibles pendant la saison des pluies ;
- entre les deux, une zone sahélienne avec une pluviométrie comprise entre 200 et 800 mm par an. N'Djaména , la capitale, est située dans cette zone.

Bordée à l'Est et au Nord par des montagnes, la cuvette sédimentaire du Tchad est occupée au Sud par de nombreux lacs (Fitri, Iro, Wey, Ounianga et Léré) dont le principal est le Lac Tchad. Celui-ci est alimenté à 90 % par le fleuve Chari (1200 km) et le Logone (1000 km). Ces lacs et cours d'eau permanents entraînent une humidité constante favorisant les pathologies vectorielles. Au Centre-Est, de nombreux cours d'eau intermittents (Bahr Aouk, Batha, Salamat, Sara) tendent à la disparition totale.

L'immensité du pays et l'absence des côtes maritimes posent des problèmes de transport, de communication et d'accessibilité vers l'extérieur. Le port le plus proche, Port Harcourt au Nigeria, est situé à environ 1750 km. Les routes, en particulier dans le tiers sud du pays, sont pour la plupart impraticables en saison des pluies. Sur 22 régions que compte le pays, 7 sont enclavées en partie en saison pluvieuse. Il s'agit de la moitié du Salamat, une partie du Ouaddaï, du Guera, du Moyen chari, du Mayo Kebbi Est, du Mayo kebbi Ouest et de la Tandjilé.

6.2- Contexte démographique

Administrativement, le Tchad est divisé en 22 régions, 61 départements et 245 sous – préfectures. Selon le deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2) de 2009, sa population est estimée à 11 175 915 habitants dont 49,3 % d'hommes et 50,7 % de femmes. A cette population, s'ajoutent 291 233

réfugiés soudanais et centrafricains à l'Est et au Sud du pays (soit 2,6 % de la population).

Avec une densité moyenne en 2009 de 8,7 habitants/km² (en 1993, il était de 4,9 habitants au km²), la population est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire national comme l'indique le tableau ci-après :

Tableau n°1 : Typologie régionale de la population du Tchad selon la taille

<i>Typologie régionale de la population du Tchad au RGPH2 selon la taille</i>	
Taille de la population (P)	Régions
P>800 000 habitants	N'Djaména
700 000 <P<800 000	Logone Oriental, Mayo Kebbi, Ouaddaï
600 000<P<700 000	Logone Occidental, Tandjilé, Mandoul, Chari Baguirmi
500 000<P<600 000	Moyen Chari, Mayo Kebbi Ouest, Hadjer Lamis, Guéra, Batha
400 000 <P<500 000	Wadi Fira, Lac
300 000<P<400 000	Kanem, Salamat
200 000<P<300 000	Sila, Bar El Gagal
P<200 000	Ennedi, Borkou, Tibesti

Source : INSEED, RGPH2, 2009

Selon le RGPH2, la population nomade est estimée à 3,5 %. Le taux annuel moyen d'accroissement intercensitaire est de 3,6 % et il est de 3,5 % sans les réfugiés. La population du Tchad est très jeune. La population urbaine (vivant dans les chefs lieux des départements et à N'Djaména) représente environ 22 % de la population totale. L'espérance de vie est de 50,3 ans (EDST2).

6.3- Contexte socio économique

Le Tchad est un vaste pays qui possède de nombreuses opportunités pour son développement économique et social. Mais, il demeure un Etat très pauvre où plus de la moitié de sa population (55 %), essentiellement rural, vit en dessous du seuil de pauvreté (avec moins d'un dollar US par jour) selon les résultats de l'Enquête sur la Consommation et le Secteur Informel (ECOSIT 2). Cet état d'extrême pauvreté a été mis en évidence par le rapport mondial sur le Développement Humain du PNUD (2007/2008) qui le place au 170^{ème} rang sur 177 pays classés.

Le PIB réel (calculé selon la Parité des Pouvoirs d'Achat) par habitant s'élevait 700 \$ en 1997. En 2007, le PIB/habitant avait été estimé par l'INSEED à 242 300 FCFA. Selon la même source, le Revenu national brut par habitant n'est que de 753,3 \$ pour la même année.

Les principales activités économiques de la population reposent sur l'agriculture et l'élevage. La pratique de l'agriculture est de type sur brûlis et se fait de façon rudimentaire par la population sédentaire (attelage des bœufs, usage du matériel aratoire traditionnel, par exemple la houe manuelle). Les activités agricoles occupent 80 % de la population active du pays qui vit surtout dans la zone soudanienne. Les paysans pratiquent les cultures vivrières (céréales, tubercules, etc.) et les cultures commerciales (coton, tabac, gomme arabique, canne à sucre, arachides, blé, riz,

etc.). Les cultures commerciales constituaient avant l'exploitation du pétrole 35 % des recettes de l'Etat (le coton à lui seul représentait 80 % des recettes d'exportation).

L'élevage est la seconde source de revenus du pays et se pratique principalement dans les zones saharienne et sahélienne. Le Cheptel compte 10 millions de têtes (bovins, ovins et caprins) La dégradation de l'écosystème et particulièrement les périodes de sécheresse connues dans ces zones ont poussé les éleveurs nomades à faire la transhumance jusque dans la zone soudanienne.

La pêche fluviale est importante et se pratique surtout sur le Lac Tchad et les deux grands fleuves (le Chari et le Logone), ainsi que d'autres petits cours d'eau.

Depuis 2003, le Tchad devient un pays producteur de pétrole dont l'exploitation offre une opportunité pour amorcer le décollage économique du pays.

6.4- Contexte du système de santé/profil épidémiologique

6.4.1- La Politique Nationale de Santé

Le Tchad s'est doté d'une PNS adoptée à la Réunion sectorielle de janvier 1993. Elle a été révisée une première fois en mars 1999 et une seconde fois en septembre 2007 pour s'adapter aux différents contextes.

La PNS actuelle couvre la période de 2007 à 2015. Elle s'est inspirée des Objectifs du Millénaire pour le Développement et de la Stratégie Nationale de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2^{ème} génération. Son objectif général est d' «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 ».

Cette vision de développement sanitaire à l'horizon 2015 comporte trois (3) défis que le pays doit relever (selon la PNS) :

- (I) le contrôle des facteurs responsables des taux élevés de morbidité et de mortalité qui touchent particulièrement les enfants et les femmes, notamment les maladies, l'exclusion et l'ignorance, dans un contexte de bonne gouvernance et de développement dynamique du système de santé ;
- (II) l'amélioration de la capacité de gestion et de financement durable du système national de santé, intégrant les domaines clinique et de santé publique, et basé sur une plus grande motivation du personnel ;
- (III) la création des conditions nécessaires pour une mobilisation adéquate, une distribution équitable et une gestion efficiente des ressources, dans un contexte politique et socio-économique durable.

La PNS est basée sur les six orientations stratégiques suivantes :

1. le renforcement de l'organisation et de la gestion du système national, y compris les secteurs privé et traditionnel ;
2. l'amélioration de l'accès et la disponibilité des services de santé de qualité ;
3. le renforcement des interventions contre les principales maladies ;
4. l'amélioration de la prestation de soins de qualité aux femmes et aux enfants ;

5. le développement et la gestion rationnelle des ressources pour la santé ;
6. le partenariat dans la santé.

Dans le cadre de la réforme et de la décentralisation du système de santé, le MSP est réorganisé par Décret n° 360/PR/PM/MSP/2006 du 23 mai 2006 qui crée trois (3) Directions générales et sept (7) Directions techniques.

Le système de santé au Tchad est un système pyramidal à trois (3) niveaux de responsabilité et d'activités, et met un accent particulier sur le District sanitaire.

Le niveau central comprend :

- un Conseil National de Santé ;
- une administration centrale composée du Cabinet du Ministre, de l'Inspection générale, du Secrétariat Général, des trois Directions générales (Direction Générale des Activités Sanitaires, Direction Générale de l'Action Sanitaire Régionale, et la Direction Générale des Ressources et de la Planification), de sept Directions techniques (Direction de la Santé Préventive, Environnementale et de la Lutte contre les Maladies, Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination, Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires, Direction de l'Organisation des Services de Santé, Direction de la Planification, Direction des Affaires Financières et du Matériel, et Direction des Ressources Humaines) ;

- les cinq institutions nationales (Etablissements sous tutelle) : l'Hôpital Général de Référence Nationale, l'Ecole Nationale des Agents sanitaires et Sociaux, la Centrale Pharmaceutique d'Achats, le Centre National de Transfusion Sanguine et le Centre National d'Appareillage et de Réadaptation ;

Il convient de souligner ici la construction en cours de deux grands hôpitaux de référence à N'Djaména : le Grand Hôpital de la Mère et de l'Enfant et l'Hôpital Moderne.

- et les programmes de santé prioritaires (paludisme, lèpre, tuberculose, SIDA, onchocercose, trypanosomiase, maladies diarrhéiques et infections respiratoires aiguës, cécité, toxi-infections alimentaires, antitabac, alcool et drogues, ver de guinée, troubles dus à la carence en iode, allaitement maternel, Fistules, traumatismes et violences.). Le programme santé de la reproduction et le Programme Elargi de Vaccination sont érigés en une seule structure appelée « Division de Santé de la Reproduction et de la Vaccination » et rattachée à la Direction de Santé de Reproduction et de la Vaccination.

Il faut noter également le développement des stratégies telles que la PCIME, la PTME et la SAASDE.

Le niveau central a pour rôle la conception et l'orientation des politiques de santé. Il est chargé de mobiliser et de coordonner les ressources nationales et internationales, de superviser, d'évaluer et de contrôler la mise en œuvre des programmes nationaux et du niveau intermédiaire.

Le niveau intermédiaire comprend :

- les conseils régionaux de santé ;
- 21 Délégations Sanitaires Régionales correspondant au découpage administratif (à titre de rappel, le pays est divisé en 22 régions, 61 départements et 258 sous-

préfectures). Il est chargé de la coordination de la mise en oeuvre de la PNS et apporte un appui technique au niveau périphérique ;

- les établissements hospitaliers des régions et des écoles de santé dans quelques régions ;
- les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement.

Le niveau périphérique comprend :

- les Conseils de santé des Districts ;
- les 79 Districts sanitaires dont 54 fonctionnels et 15 non fonctionnels. Le niveau périphérique est constitué de deux échelons. Le premier échelon compte 1051 zones de responsabilité dont 725 fonctionnelles et 326 non fonctionnelles. Le deuxième échelon compte 59 hôpitaux fonctionnels. Actuellement, 754 centres de santé toute affiliation confondue sont fonctionnels dont 81,7 % publics (Source : Annuaire des statistiques sanitaires du Tchad de 2008). Le niveau périphérique est chargé de l'exécution des activités du Paquet Complémentaire d'Activités (hôpitaux de district) et du Paquet Minimum d'Activités (centres de santé) et constitue le niveau opérationnel de la PNS ;
- les Conseils de santé des Zones de responsabilité.

6.4.2-Le profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du Tchad est caractérisé par la prévalence des maladies endémiques et épidémiques parmi lesquelles le paludisme, la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, le VIH/SIDA et la diarrhée tiennent le premier rang. Certaines maladies non transmissibles constituent également des causes importantes de morbidité et de mortalité. Ces maladies touchent particulièrement les enfants et les femmes qui constituent les groupes les plus vulnérables de la population.

Le Paludisme : Il constitue la première cause de consultation au niveau des centres de santé. En 2007, l'ensemble des formations sanitaires a notifié à la consultation primaire 437 791 NC contre 400 134 NC en 2006 soit une augmentation de 9,41 %. A la consultation de référence 13 597 cas contre 12 780 en 2006, soit une augmentation de 6,39 %. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les cibles privilégiées du Paludisme (Annuaire des statistiques sanitaires du Tchad 2007).

En ce qui concerne le paludisme grave, en 2007, les centres de santé ont notifié 65 510 NC contre 52 348 en 2006. Au niveau de la consultation de référence, 4270 cas contre 4 855 en 2006 ont été enregistrés. Le taux de létalité est de 6,7% (474 décès) en 2007 contre 7,5% (536) en 2006.

La lèpre : Elle a enregistré une nette régression. En 2007, la prévalence de la lèpre au Tchad est de 0,96 cas pour 10 000 habitants, donc compatible avec le seuil de prévalence tolérable de 1 cas pour 10 000 habitants. Le Ouaddaï, le Guera, le Logone oriental, le Salamat et la Tandjilé sont les zones de forte prévalence. En 2007, il y a eu 631 cas enregistrés et le taux de détection est de 5,52%.

La Tuberculose : En 2007, le nombre de nouveaux cas de tuberculose dépistés est de 703 dont 687 pour la tranche d'âge de 5 ans et plus. 21 décès sont enregistrés soit un taux de létalité de 0,6 %.

Le SIDA : Il constitue un problème de santé majeure. Il fait l'objet d'une surveillance accrue depuis la création du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS). Celui-ci a été restructuré en 2007 en Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) pour tenir compte de la complexité et de la multisectorialité.

Selon les résultats de l'enquête nationale de séroprévalence et comportementale en 2005, le taux de prévalence nationale est de 3,3% dans la population de 15 à 49 ans. Les différentes régions du pays sont concernées à des degrés divers par l'épidémie. La capitale, N'Djaména, enregistre le taux de prévalence le plus élevé du pays avec 8,3 % (Annuaire des statistiques sanitaires 2007).

Depuis 2007, la prise en charge des malades vivant avec le VIH est gratuite (ARV, examens complémentaires et médicaments contre les infections opportunistes. Ce qui a permis de mettre sous ARV environ 32 000 malades, selon le Conseil National de Lutte contre le SIDA.

La trypanosomiase : Elle sévit dans trois (3) Délégations sanitaires régionales (Mandoul, Logone oriental et Logone Occidental). Quatre foyers sont connus : Bodo, Moïssala, Tapol et Goré-Ranga. Le Programme National de lutte contre la Trypanosomiase Humaine est basé à Moundou dans le Logone Occidental. En 2006, 37 nouveaux cas ont été enregistrés dans le Mandoul dont 6 décès avec un taux de létalité de 15%.

L'onchocercose : Elle sévit dans sept (7) Délégations sanitaires régionales du sud du pays (Logone Occidental, Logone oriental, Mayo Kebbi Est, Mayo Kebbi Ouest, Mandoul, Moyen Chari et Tandjilé). Le traitement à l'Ivermectine sous directives communautaires s'est fait, lors de la campagne de 2007 dans tous les 3250 villages endémiques, soit une couverture de 100%. Sur un effectif de 1 684 781 personnes exposées, 1 389 921 sont traitées.

La malnutrition : En 2007, 1191 nouveaux cas de malnutrition sans autres problèmes ont été notifiés à la consultation de référence. De même, 282 nouveaux cas de malnutrition avec autres problèmes ont été également notifiés à la consultation de référence et 27 décès soit un taux de létalité hospitalière de 2,8%. Dans les deux cas, la tranche d'âge de 0-11 mois est plus touchée que celle de 1-4 ans.

Les maladies cardio-vasculaires et le diabète :

Pour ce qui est de l'hypertension artérielle, en 2007, 1 533 nouveaux cas ont été notifiés à la consultation de référence contre 1 362 en 2006, soit une augmentation de 12,56%. Les services d'hospitalisation ont déclaré 544 admissions et 22 décès soit un taux de létalité de 4,04%.

Concernant le diabète (augmentation du sucre dans le sang supérieure à 1,26 g/l) 505 nouveaux cas ont été notifiés en 2007 contre 404 en 2006 soit une augmentation de 25%. Les services d'hospitalisation ont déclaré 176 malades admis et 13 décès soit un taux de létalité de 10,80%.

Les maladies épidémiques : Les principales sont le choléra, la méningite et la rougeole qui sévissent de façon récurrente à cause des conditions climatiques, de la

promiscuité et surtout des mauvaises conditions d'hygiène et de salubrité liées à la pauvreté dans laquelle vit la population. Elles causent de nombreux décès.

Pour ce qui est de la méningite, le Tchad est situé dans la ceinture méningitique et enregistre chaque année des cas de méningites à méningocoque sous forme de flambée épidémique. Les taux de létalité les plus élevés sont observés en 1991 (12,5%), en 2002 (17%), en 2003 (16%), en 2004 (16,31%), et en 2005 (13 %).

S'agissant du choléra, il a pris un rythme annuel voire saisonnier. Les données de la surveillance épidémiologique rapportent qu'en 1991, 14 000 cas de choléra ont été enregistrés avec un taux de létalité de 9,6%. La dernière épidémie remonte à 2006 où 1075 cas ont été enregistrés avec un taux de létalité de 4%.

Concernant la rougeole, le pays a connu une épidémie en 2005 avec 22 216 cas enregistrés. Les activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole effectuées dans l'ensemble du pays ont entraîné une baisse de l'incidence en 2006 et 2007.

En ce qui concerne **la santé de la mère et l'enfant**, l'Enquête Démographique et de Santé au Tchad 2 a relevé une dégradation considérable : en effet, le taux de mortalité maternelle s'établit à 1099 décès pour 100 000 naissances vivantes, et le taux de mortalité infantile est demeuré stagnant à 102 décès pour 1 000 naissances vivantes. Cette situation préoccupante a amené le Ministère de la Santé Publique à se doter d'une Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dont la mise en oeuvre adéquate et effective pourrait permettre d'inverser la tendance.

Enfin, il est important de relever ici la mesure prise en matière de santé en 2007 par les hautes autorités du pays pour accélérer l'accessibilité des couches vulnérables aux soins de santé. Il s'agit de la gratuité des urgences médicales, chirurgicales et gynécologiques, ainsi que la gratuité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA (ARV, examens complémentaires, maladies opportunistes...) et du paludisme.

6.4.3- Le Financement du secteur de la santé

Le financement du secteur de santé provient de trois (3) sources : l'Etat à travers son budget général ; les bailleurs de fonds, les organisations non gouvernementales et les organisations internationales qui apportent des contributions de plus en plus importantes au secteur ; les populations qui contribuent au financement de la santé au travers des recouvrements des coûts mais aussi par leurs dépenses auprès des prestataires privés.

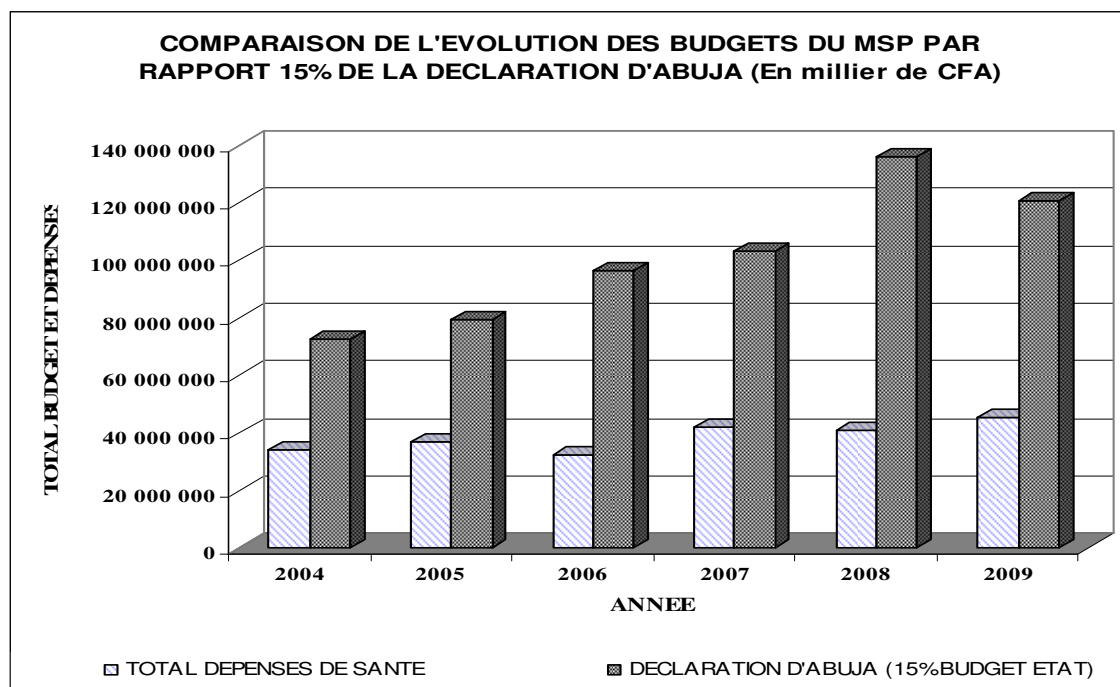
Le Gouvernement finance tous les titres de dépenses, à savoir, les dépenses de personnel, de biens et services, de transfert et d'investissement, Cependant, le niveau de financement est faible par rapport aux engagements du pays en ce qui concerne notamment l'engagement d'affecter au moins 15% du budget global au secteur de la santé, comme l'indique le tableau ci-après :

Tableau n° 2 : Evolution du Budget de la santé par rapport au Budget total de l'Etat de 2004 à 2009 (en millier de FCFA)

Année	Personnel	Fonctionnement		Transferts courants	Investissements	Total dépense de santé	Budget général Etat	%Budget santé	Déclaration d'Abuja (15% Budget Etat)
		Biens matériels	Services						
2004	5 920 980	5 703 450	917 919	1 000 000	20 758 985	34 301 334	484 246 759	7,08%	72 637 014
2005	5 482 600	3 865 760	1 851 336	1 200 000	24 224 161	36 623 857	527 199 830	6,95%	79 079 975
2006	7 073 699	4 362 385	2 237 615	1 400 000	17 350 668	32 424 367	641 299 000	5,06%	96 194 850
2007	8 817 256	4 129 647	2 970 593	7 880 000	18 263 000	42 060 496	689 042 000	6,10%	103 356 300
2008	9 841 386	5 553 696	3 016 539	7 745 000	14 693 732	40 850 353	905 312 988	4,51%	135 796 948
2009	10 482 513	6 102 833	2 474 259	10 477 000	15 658 431	45 195 036	804 214 000	5,62%	120 632 100

Source : Division de la Budgétisation et de la Programmation du MSP/ adapté de la Direction du budget/Ministère des finances, 2009

Ce tableau donne l'évolution du budget alloué au secteur de la santé de 2004 à 2009. Les besoins de santé augmentent avec l'accroissement de la population. Malheureusement, il est constaté une baisse importante du budget alloué au secteur depuis 2005. En dépit des efforts consentis par le Gouvernement, cette part est très loin de la proportion des 15% du budget global recommandée lors de la Conférence d'Abuja pour la prise en charge des problèmes de santé de la population.



Source : Division de la Budgétisation et de la Programmation du MSP/ adapté de la Direction du budget/Ministère des finances, 2009

Par ailleurs, le budget du MSP est difficilement mobilisable et il est difficile de l'utiliser pour financer certaines activités programmées comme les supervisions, les formations, les séminaires et l'achat des médicaments et vaccins au moment opportun.

6.4.4- Le contexte socio - professionnel

Au Tchad, trois (3) organisations socio – professionnelles travaillent étroitement avec le Ministère de la Santé Publique. Leur objectif commun est la défense des intérêts de leurs membres. Il s'agit du Syndicat des Travailleurs des Affaires Sociales et de la Santé du Tchad (SYNTASST), de l'Ordre National des Médecins du Tchad (ONMT), et de l'Ordre National des Pharmaciens du Tchad (ONPT).

Pour ce qui est du SYNTASST, il est né des cendres de la FESTASST (Fédération Syndicale des Travailleurs des Affaires Sociales et de la Santé) créée en 1985. La FESTASST était affilié en 1988 à l'Union Nationale des Syndicats du Tchad (UNST) qui devient Union des Syndicats du Tchad (UST) en 1990. La FESTASST devient SYNTASST (syndicat à part entière) en 2005

Les revendications et négociations syndicales des travailleurs des Affaires sociales et de la santé ont contribué à l'amélioration des conditions sociales desdits travailleurs, notamment par :

- l'adoption des statuts particuliers des Travailleurs de la Santé et des Affaires sociales ;
- le versement des arriérés des salaires ;
- l'augmentation des salaires et le versement de 35 % des indemnités de risque prévues dans les statuts particuliers.

S'agissant de l'Ordre National des Médecins du Tchad (ONMT), il a été créé le 20 août 1991 par ordonnance n°009/PR/91. Il régit l'ensemble des médecins dans leur vie professionnelle et est le conseiller du pouvoir public pour les problèmes ayant trait à la santé.

En ce qui concerne l'Ordre National des Pharmaciens du Tchad (ONPT), il est créé par Ordonnance n°010/PR/91 du 20 août 1991. Il veille au maintien des principes de moralité liés à l'exercice de la profession et au respect par tous les membres des règles de déontologie, ainsi qu'à l'exécution par eux de leurs obligations professionnelles.

Enfin, il faut souligner que des démarches sont en cours pour la création de l'Ordre National des Paramédicaux du Tchad.

7- L'ANALYSE DE LA SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE AU TCHAD

7.1- Les politiques et planifications des RH :

Les différentes politiques et plans mis en place par le Ministère de la santé publique accordent une place de choix au développement des ressources humaines comme étant un levier important pour l'amélioration de la qualité des prestations des services dans les formations sanitaires du pays.

En effet, l'analyse faite du système de santé de 1989 à 1994 a fait ressortir pour le volet développement des ressources humaines des besoins de formation initiale et continue des cadres supérieurs et moyens. Elle a permis au Ministère de la Santé Publique d'élaborer le plan de formation initiale et continue, ainsi que le plan de dotation et de redéploiement du personnel de santé (2000 – 2004) où sont définies pour la première fois des normes opérationnelles et stratégiques, et les filières prioritaires de formation à assurer.

En 1999, le Ministère de la Santé Publique a révisé la Politique Nationale de Santé en retenant douze (12) orientations stratégiques, tout en gardant l'objectif général qui est «d'assurer l'accès des populations à des services de santé de base de qualité ». L'une de ces orientations stratégiques est consacrée au développement des ressources humaines et met l'accent sur l'accélération de la formation initiale décentralisée et l'amélioration de la gestion du personnel. C'est pour traduire cela dans les faits que le plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé sur une période de 30 ans a été mis en place par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de l'OMS.

De 2005 à 2006, le bilan de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé réalisée par le Ministère de la Santé Publique a relevé une faiblesse d'accès de la population aux services de santé, de leur disponibilité, de leur utilité et de leur qualité, un sous financement du secteur et une insuffisance dans la gestion des ressources mobilisées.

Pour répondre à toutes ces préoccupations, un nouveau document de Politique Nationale de Santé a été élaboré en 2007 en s'inspirant des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et de la Stratégie Nationale de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2^{ème} génération.

L'objectif général de la nouvelle Politique Nationale de Santé est « d'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 ». Elle comporte sept (7) objectifs spécifiques dont l'un consiste à « assurer la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité à tous les niveaux ». La mise en œuvre de cette Politique Nationale de Santé est faite à travers un Plan National de Développement Sanitaire (2009-2012) qui accorde une place importante au développement des ressources humaines. L'accent y est mis sur le renforcement des politiques et stratégies de gestion, ainsi que le renforcement des capacités et la motivation du personnel pour un meilleur rendement.

7.2- Les effectifs du personnel

La situation des RHS au Tchad est caractérisée par une pénurie des catégories professionnelles essentielles (médecins, infirmiers, sages femmes et techniciens), une mauvaise distribution géographique et une concentration dans les centres urbains, particulièrement dans la capitale, comme le montre les tableaux ci-après :

Tableau n°3 : Répartition du personnel de santé par catégorie professionnelle

Catégorie professionnelle	Sexe		Effectif Total	Pourcentage genre		
	Masculin	Féminin		Masculin	Féminin	Total
Médecins	289	62	351	82,5 %	17.5 %	100 %
Pharmaciens	3	8	33	77,5 %	22.5 %	100 %
Dentistes	3	2	5	60 %	40 %	100 %
Assistants sanitaires/Assist. en soins infirmiers	58	11	69	85 %	15 %	100 %
Biologistes/Sciences Naturelles	33	5	38	87 %	13 %	100 %
Tech. en soins infirmiers	81	23	104	78 %	22 %	100 %
Tech de laboratoire	292	33	325	90 %	10 %	100 %
Tech de bloc	3	0	3	100 %	0	100 %
Tech en anesthés/réanimation	41	9	50		16.5 %	100 %
Tech de radiologie	24	1	25	96 %	4 %	100 %
Tech en ORL	4	0	4	100 %	0	100 %
Tech en ophtalmologie	38	4	42	90 %	10 %	100 %
Tech en pharmacie	33	4	37	81 %	9 %	100 %
Tech en nutrition	5	4	9	59 %	41 %	100 %
Tech en gynécologie	1	4	5	33 %	67 %	100 %
Tech en odontologie	15	3	18	85,5 %	14.5 %	100 %
Tech en santé publique	11	0	11	100 %	0	100 %
Tech en chirurgie	4	0	4	100 %	0	100 %
Tech en épidémiologie	9	0	9	100 %	0	100 %
Tech d'assainissement	161	9	170	95 %	5 %	100 %
Tech en kiné/prothés/orthopéd/ Rééducation fonctionnelle	11	2	13	81 %	9 %	100 %
Tech en adm/enseignement	33	18	51	63 %	37.0 %	100%
Tech en statist/Démographe	8	1	9	100 %	0	100 %
IDE	559	240	799	70 %	30 %	100 %
Sages femmes	0	243	243	0	100 %	100 %
Infirmiers (ATS+IB)	913	525	1438	63,5 %	36.5 %	100 %
Assistants Sociaux/Sociologues	13	9	22	60 %	40. %	100 %
Administrateurs gestionnaires	215	19	232	92 %	8 %	100 %
Comptables	37	20	57	64,5 %	35.5 %	100 %
Secrétaires d'administration	33	54	87	38 %	62 %	100 %
Ingénieurs./tech biomédicaux	4	0	4	100 %	0	100%
Agents d'appui	977	737	1714	57 %	43 %	100 %
TOTAL	3906	2071	5977	65 %	35 %	100 %

Source : Données collectées sur le terrain/DRH/2009

Le tableau ci-dessus indique que le secteur de la santé compte environ 5977 agents de santé toutes catégories confondues, dont 3906 de sexe masculin soit 65 % et 2071 de sexe féminin soit 35 %. On note donc une nette prédominance du personnel masculin.

Tableau n°4 : Répartition du personnel de santé sur le terrain par type de structures

Qualification		Structures publiques (MSP)			Structures militaires			Structures privées/ confessionnelles			Autres structures (ONG, Institutions internationales)		
		Effectif	Sexe		Effectif	Sexe		Effectif	Sexe		Effectif	Sexe	
Total	%		M	F		M	F		M	F		M	F
Médecins	351	243	204	39	15	15	0	39	28	11	54	41	13
Pharmaciens	33	29	24	6	2	2	0	0	0	4	2	2	0
Dentistes	5	4	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Assistants Sanit/soins infir	69	69	58	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Biologistes/sciences Nat	38	38	33	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tech. en s. infir	104	62	46	16	31	26	5	7	7	0	4	2	2
Tech de labo	325	246	199	222	11	11	0	58	55	3	10	7	3
Tech de bloc	3	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0
Tech en ane/réa	50	42	33	9	2	2	0	2	2	0	4	4	0
Tech de radio	25	18	17	1	5	5	0	2	2	0	0	0	0
Techn en ORL	4	3	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Techn en ophta	42	38	34	4	1	1	0	3	3	0	0	0	0
Tech en pharma	37	29	23	6	0	0	0	2	2	0	6	4	2
Tech en nutritio	9	4	2	2	0	0	0	0	0	0	5	4	1
Tech en gynéco	5	5	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tech en chirurg	4	3	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Tech en épidém /entomologie	9	8	8	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Tech en odonto	18	13	11	2	0	0	0	5	4	1	0	0	0
Tech en santé p	11	2	2	0	0	0	0	0	0	0	9	8	1
Tech d'assainis	170	169	161	8	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Tech en kiné/proth/ortho/R éed. Fonct	13	12	12	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1
Tech en adm/enseignem	51	51	33	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tech en statisti /Démographes	9	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IDE	799	496	341	155	20	19	1	209	140	69	74	59	15
Sages femmes	243	189	0	189	0	0	0	29	0	29	25	0	25
Infirmité (ATS+IB)	1438	1167	701	466	11	11	0	201	153	48	59	48	11
Assist. Sociaux/sociolo	22	19	13	6	0	0	0	0	0	0	3	2	1
Adm gestion	232	194	178	16	3	3	0	20	19	1	15	13	2
Comptables	54	47	29	18	0	0	0	4	3	1	1	0	1
Secrétaires d'ad	87	84	31	53	0	0	0	2	1	1	0	0	0
Ing biomédicaux	4	3	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Agents d'appui	1714	1216	653	563	127	87	40	278	171	107	93	66	27
TOTAL	5977 100 %	4510 75,5 %	2868	1642	234 4%	188	46	863 14,5 %	589	274	367 6 %	261	106

Source : Données collectées sur le terrain/DRH/2009

Ce tableau montre que l'Etat est le plus gros employeur (4510 agents soit 75,5% de l'effectif) suivi des structures privées/confessionnelles (863 agents soit 14,5% de l'effectif), des ONG/institutions internationales (367 agents soit 6% de l'effectif) et des structures militaires (234 agents soit 4% de l'effectif).

Tableau n° 5 : Répartition du personnel du MSP par Délégations sanitaires régionales et autres structures

Qualification	TOTAL	Barh. Gazel	Bat ha	Bor. Tib	WaF ira	Ch. Bag	Dar Sila	Enn edi	Gué ra	Hadj Lam is	Kan em	Lac	L.O ccid enta l	L.Or ien	Man dou	M.K. E	M.K. O	Moy . Cha ri	Oua dd	Sala ma	Tan djilé	NDJ	HG RN	H. Lib	Ad m. Cen t/aut res
Médecins	243	3	2	1	4	5	4	3	5	4	4	3	13	8	4	6	7	11	9	4	7	14	49	15	58
Pharmaciens	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	4	2	19
Dentistes	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0
Assist sanitaires/ en soins infirmier	69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	2	0	6	2	0	0	15	14	13	12
Biologistes/Scien ces Naturelles	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	2	0	0	0	1	2	0	0	16	6	4	2
Tech. en soins infirmiers	62	1	0	1	0	5	1	0	3	0	0	0	0	1	2	0	3	3	4	0	2	2	10	3	21
Tech de laboratoire	246	5	6	3	5	6	2	2	7	9	4	7	11	8	9	9	7	8	16	8	12	31	30	22	19
Tech de bloc	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tech en anesthésie/réanim	42	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	3	0	0	1	0	4	3	0	0	1	11	7	7
Tech de radiologie/imager	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	2	0	0	0	9	4	0
Tech en ORL	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Tech en ophtalmologie	38	0	0	1	2	0	0	0	5	0	0	0	5	0	0	2	0	4	3	0		4	5	5	2
Tech en pharmacie	29	0	0	1	0	1	1	0	1	1	2	0	3	1	0	1	0	0	9	0	1	3	3	1	0
Tech en nutrition	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Tech en gynécologie	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	1
Tech en odontologie	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	1	0	0	0	4	2	0
Tech en santé publique	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Tech en chirurgie	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
Tech en épidémiologie/ entomologie	8	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Tech d'assainiss	169	0	3	0	1	2	0	1	5	5	1	2	23	11	5	12	3	10	1	1	11	10	2	3	57

Qualification	TOTAL	Barh. Gazel	Bat ha	Bor. Tib	WaF ira	Ch. Bag	Dar Sila	Enn edi	Gué ra	Hadj Lam is	Kan em	Lac	L.O ccidenta l	L.Or ien	Man dou	M.K. E	M.K. O	Moy . Cha ri	Oua dd	Sala ma	Tan djilé	NDJ	HG RN	H. Lib	Ad min Centrale
Tech en Kiné /prothés/orthop./ Réed. Fonctionnel	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	2	2	3	0
Tech en administion /enseignement	51	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	9	1	1	0	0	8	6	0	0	1	0	0	19
Tech en statistique/ Démographie	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
IDE	496	8	12	1	11	20	4	3	28	17	14	12	28	20	21	23	26	26	26	10	23	53	54	30	26
Sages femmes	189	1	0	2	1	2	0	2	7	4	2	0	15	8	2	8	3	11	5	3	0	56	26	21	10
Infirmiers (ATS+IB)	1167	17	45	24	41	37	10	12	55	22	36	55	91	64	52	53	50	54	71	35	81	143	58	50	11
Assistants Sociaux/ Sociologues	19	0	1	0	0	0	2	0	2	1	0	1	0	0	0	3	0	0	1	1	1	1	1	1	3
Administrateurs/ gestionnaires	194	1	2	0	3	4	2	3	7	2	4	5	3	6	4	8	3	6	8	2	5	11	8	7	90
Comptables	47	0		0	0	0	0	0	4	1	0	0	4	1	1	0	0	3	1	1	1	5	6	3	17
Secrétaires d'adm	84	0	3	0	0	3	1	0	0	0	0	0	6	2	0	4	0	6	2	0	2	3	3	1	48
Ingén./tech. biomédicaux	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Agents d'appui	1216	20	39	5	26	31	25	17	26	25	49	16	114	32	115	71	25	30	114	19	27	145	106	87	52
TOTAL	4510	57	111	39	101	115	52	44	158	92	116	102	342	170	216	206	128	195	290	84	182	519	419	286	494

Source : Données collectées sur le terrain/DRH/2009

Le tableau ci-dessus met en exergue l'inégalité dans la répartition géographique du personnel de santé employés par le Ministère de la Santé Publique dans les régions. A l'heure actuelle, celui-ci utilise environ 4510 agents toutes catégories confondues. Les effectifs les plus nombreux concernent les agents d'appui : 1216, les infirmiers (ATS et IB) : 1167, les IDE : 496, les médecins : 243, les administrateurs gestionnaires : 194, les sages femmes : 189, et les techniciens d'assainissement : 170.

Toutefois, lorsqu'on parcourt la répartition des effectifs par régions, il se dégage un grand déséquilibre entre elles. La ville de N'Djaména compte le plus grand nombre d'agents de santé qualifiés tels que les médecins, les sages femmes, les infirmiers, les administrateurs gestionnaires, etc. Certaines régions comme le Bah El Gazel, le Borkou Tibesti, le Dar Sila, l'Ennedi, le Salamat, le Hadjer Lamis sont les plus défavorisées. Dans d'autres, on note l'absence des sages femmes (Batha, Dar Sila, Lac et Tandjilé), des techniciens, pharmaciens, et dentistes.

Tableau n° 6 : Répartition du personnel de santé exerçant sur le territoire national par Délégations sanitaires régionales et autres Structures : (personnels du MSP, militaires, des structures privées, confessionnelles, des ONG, Institutions internationales, etc.)

Qualification	TOTAL	Bar h. Gaz el	Bat ha	Bor. Tib	WaF ira	Ch. Bag	Dar Sila	Enn edi	Gué ra	Hadj Lam is	Kan em	Lac	L.O ccid enta l	L.Or ien	Man dou	M.K. E	M.K. O	Moy . Cha ri	Oua dd	Sala ma	Tan djilé	NDJ	HG RN	H. Lib	Ad m. Cen t/aut res
Médecins	351	3	2	1	5	5	13	3	6	4	4	3	20	14	4	8	8	16	17	7	8	78	49	15	58
Pharmaciens	33	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	4	4	2	19
Dentistes	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0
Assist sanitaires/ en soins infirmier	69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	2	0	6	2	0	0	15	14	13	12
Biologistes/Scien ces Naturelles	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	2	0	0	0	1	2	0	0	16	6	4	2
Tech. en soins infirmiers	104	1	0	2	0	5	1	0	3	0	0	0	2	2	4	2	3	3	4	1	2	35	10	3	21
Tech de laboratoire	325	5	6	3	11	6	2	2	7	9	4	7	41	11	11	12	7	10	16	10	12	61	30	22	19
Tech de bloc	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0
Tech en anesthésie/réanim	50	1	0	0	2	0	1	1	1	1	0	0	3	0	0	2	0	4	3	2	0	4	11	7	7
Tech de radiologie/imager	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	0	2	0	0	5	9	4	0
Tech en ORL	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0
Tech en ophtalmologie	42	0	0	1	2	0	0	0	5	0	0	0	5	0	3	2	0	4	3	0	0	5	5	5	2
Tech en pharmacie	37	0	0	1	5	1	1	0	1	1	2	0	3	1	0	1	0	0	10	0	1	5	3	1	0
Tech en nutrition	9	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	3
Tech en gynécologie	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	1
Tech en odontologie	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	1	0	2	1	0	0	4	2	0	0
Tech en santé publique	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	2
Tech en chirurgie	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
Tech en épidémiolo gie	9	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	4
Tech d'assainiss	170	0	3	0	1	2	0	1	5	5	1	2	23	11	5	12	3	10	1	1	11	10	2	3	58

Qualification	TOTAL	Bar h. Gaz el	Bat ha	Bor. Tib	WaF ira	Ch. Bag	Dar Sila	Enn edi	Gué ra	Hadj Lam is	Kan em	Lac	L.O ccid enta l	L.Or ien	Man dou	M.K. E	M.K. O	Moy . Cha ri	Oua dd	Sala ma	Tan djilé	NDJ	HG RN	H. Lib	Ad min Cen trale
Tech en Kiné /prothés/orthop./ Réed. Fonctionnel	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	2	2	3	0
Tech en administion /enseignement	51	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	9	1	1	0	0	8	6	0	0	1	0	0	19
Tech en statistique/ Démographie	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
IDE	799	8	12	2	44	20	34	4	29	17	14	12	73	75	47	26	35	30	30	11	29	137	54	30	26
Sages femmes	243	1	0	2	10	2	6	2	7	4	2	0	29	13	37	11	7	14	7	6	0	66	26	21	10
Infirmiers (ATS+IB)	1438	17	45	24	47	37	57	12	55	22	36	55	144	101	87	55	54	57	74	35	81	223	58	50	11
Assistants Sociaux/ Sociologues	22	0	1	0	3	0	2	0	2	1	0	1	0	0	0	3	0	0	1	1	1	1	1	1	3
Administrateurs/ gestionnaires	232	1	2	0	4	4	12	3	7	2	4	5	7	10	5	9	3	7	8	2	6	27	8	7	90
Comptables	57	0		0	0	0	1	0	4	1	0	0	6	2	2	0	0	3	1	1	1	8	6	3	18
Secrétaires d'adm	87	0	3	0	0	3	1	0	0	0	0	0	6	2	0	4	0	6	2	0	2	6	3	1	48
Ingén./tech. biomédicaux	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Agents d'appui	1714	23	39	7	44	31	92	18	26	93	49	17	228	78	222	71	29	37	121	22	27	245	106	87	52
TOTAL	5977	60	111	43	184	115	226	46	160	160	116	103	614	327	435	222	149	220	316	99	182	974	419	286	49 4

Source : Données collectées sur le terrain/DRH/2009

Le tableau ci-dessus indique la répartition à travers le pays de l'ensemble du personnel de santé (public, militaire, privé, confessionnel, ONG et institutions internationales). Environ, 5977 personnels de santé toutes catégories confondues travaillent dans le pays. Là également, on constate une inégalité dans la distribution géographique de ces personnels. Grâce aux réfugiés et populations déplacées, des régions comme le Wadi Fira, le Dar Sila et le Ouaddaï bénéficient d'un important soutien en médecins, sages femmes, infirmiers, et personnel d'appui. Cela doit interpeller les autorités sanitaires, car il s'agit d'une situation temporaire.

Cependant, certaines régions comme le Barh El Gazel, le Batha, le Lac, la Tandjilé n'ont pas de sages femmes ; cela est préoccupant, quand on sait que le pays doit relever le défi en terme de réduction de la mortalité maternelle dont le ratio est de 1099 décès pour 100 000 naissances vivantes, selon l' EDST 2.

Tableau n°7 : Répartition des effectifs par zone géographique (N'Djaména / autres régions)

Catégories professionnelles	Effectif résidant à N'Djaména (1)	Effectif résidant dans les provinces	TOTAL	Proportion par zone	
				N'Djaména	Provinces
Médecins	200	151	351	57 %	43 %
Pharmaciens	29	4	33	88 %	12 %
Dentistes	5	0	5	100 %	0
Assistants sanitaires/Assist. en soins infirmiers	54	15	69	78 %	22 %
Biologistes/Sciences Naturelles	28	10	38	73,5 %	26,5 %
Tech. en soins infirmiers	69	35	104	66,5 %	33,5 %
Tech de laboratoire	132	193	325	40,5 %	59,5 %
Tech de bloc	3	0	3	100 %	0
Tech en anesth/réanimation	29	21	50	58 %	42 %
Tech de radiologie	18	7	25	72 %	28 %
Tech en ORL	3	1	4	75 %	25 %
Tech en ophtalmologie	17	25	42	40,5 %	59,5 %
Tech en pharmacie	9	28	37	24,5 %	75,5 %
Tech en nutrition	6	3	9	66,5 %	33,5 %
Tech en gynécologie	2	3	5	40 %	60 %
Tech en odontologie	6	12	18	33,5 %	66,5 %
Tech en santé publique	11	0	11	100 %	0
Tech en chirurgie	3	1	4	75 %	25 %
Tech en épidémiologie	6	3	9	66,5 %	33,5 %
Tech d'assainissement	73	97	170	43 %	57 %
Tech en kiné/prothésie/Orthop/Rééd. fonctionnelle	7	6	13	54 %	46 %
Tech en administration et enseignement	20	31	51	39 %	61 %
Tech en statistique/Démographie	8	0	8	100 %	0
IDE	247	552	799	40 %	60 %
Sages femmes	123	120	243	50,5 %	49,5 %
Infirmiers (ATS+IB)	342	1096	1438	24 %	76 %
Assistants Sociaux /Sociologues	6	16	22	27 %	73 %
Administ. gestionnaires	132	100	232	57 %	43 %
Comptables	34	23	57	61 %	39 %
Secrétaires d'administration	58	29	87	66,5 %	33,5 %
Ingénieurs/tech biomédicaux	4	0	4	100 %	0
Agents d'appui	490	1224	1714	28,5 %	71,5 %
TOTAL	2173	3804	5977	36,5 %	63,5 %

Source : Données collectées sur le terrain/DRH/2009

Le tableau ci-dessus illustre bien la concentration de certaines catégories de personnel dans la capitale au détriment des régions périphériques. 36,5 % dans la ville de N'Djaména et 63,5 % dans les provinces. En effet, si on prend séparément les catégories professionnelles, 57 % de médecins exercent à N'Djaména contre 43 % en provinces, 50,5 sages femmes sont dans la capitale contre 49,5 dans les provinces. En dehors des techniciens de laboratoire qui sont en nombre relativement important à l'intérieur du pays (59,5 %), les autres techniciens dans la presque totalité en sous effectif travaillent surtout à N'Djaména.

Enfin, les administratifs, pour la plupart, se trouvent également à N'Djaména (administrateurs gestionnaires : 57 %, comptables : 61 %, secrétaires d'administration : 66,5 %).

Tableau n° 8 : Indice ou ratios de personnel exerçant dans le pays (pour 3 catégories essentielles : médecins, infirmiers diplômés d'état et sages femmes diplômées d'état)

Délégations sanitaires régionales	Population	Médecins	Pop/médecin	IDE	Pop/IDE	Femmes en âge de procréer (FEAP)	Sages femmes	FEAP/sage femme
B.Gazel	260 865	3	86 955	8	32 608	59 478	1	59 478
Batha	527 031	2	263 515	12	43 919	120 163	0	0
Bork.Tib.	97 251	1	97 251	2	48 625	22 174	2	11 087
Ch. Bag	621 785	5	124 357	20	31 089	141 767	2	70 884
D.Sila	289 776	13	22 290	34	8 523	66 069	6	11 012
Ennedi	173 606	3	57 868	4	43 401	39 583	2	19 792
Guéra	553 795	6	92 299	29	19 096	126 266	7	18 038
Hadj Lam	562 957	4	140 739	17	33 115	128 355	4	32 089
Kanem	354 603	4	88 651	14	25 329	80 850	2	40 425
Lac	451 369	3	150 456	12	37 614	102 913	0	0
Log. Occid.	683 293	20	34 165	73	9 360	155 791	29	5 373
Log. Orient	796 453	14	56 889	75	10 619	181 592	13	13 969
Mandoul	637 086	4	159 271	47	13 555	145 257	37	3 926
M.K.E	769 178	8	96 147	26	29 584	175 373	11	15 943
M.K.O	565 087	8	70 636	35	16 145	128 840	7	18 406
Moy.Chari	598 284	16	37 393	30	19 943	136 409	14	9 744
NDJ	993 492	200	4 967	247	4 022	226 517	123	1 842
Ouaddaï	731 679	17	43 040	30	24 389	166 823	7	23 832
Salamat	308 605	7	44 086	11	28 055	70 362	6	11 727
Tandjilé	682 817	8	85 352	29	23 545	155 683	0	0
Wadi Fira	494 933	5	98 986	44	11 248	112 845	10	11 285
TCHAD	11 175 915	351	31 840	799	13 987	2 543 110	243	10 466

Source : DRH/2009

NB : L'effectif des médecins, IDE, sages femmes exerçant à N'Djaména comprend tous les agents exerçant dans les districts sanitaires, à l'Hôpital Général de Référence Nationale, à l'Hôpital de la Liberté et dans l'Administration centrale.

Le tableau ci-dessus indique la grande pénurie des catégories essentielles de personnels de santé comme les médecins, les infirmiers diplômés d'état et les sages femmes diplômées d'état. En terme de ratios, il montre bien que le pays est loin d'atteindre les normes recommandées par l'OMS :

- 1 médecin pour 31 840 habitants au lieu de 1 médecin pour 10 000 habitants selon les normes de l'OMS ;
- 1 infirmier diplômé d'état (IDE) pour 13 987 au lieu de 1 IDE pour 5 000 habitants selon les normes de l'OMS ;
- 1 sage femme diplômée d'état (SFDE) pour 10 466 femmes en âge de procréer au lieu de une SFDE pour 5 000 femmes en âge de procréer selon les normes de l'OMS.

La nette amélioration des ratios dans certaines régions comme le Dar Sila, le Wadi Fira s'explique par la présence des ONG qui emploient surtout des médecins, des infirmiers et des sages femmes au profit des réfugiés et des populations déplacées.

Par contre la ville de N'Djaména a atteint les normes de l'OMS en raison de la concentration du personnel médical et paramédical. Le Mandoul et le Logone Occidental ont de bons ratios à cause notamment de la présence de deux grands établissements hospitaliers confessionnels (Goundi et Bébaïem).

7.3- La situation de la formation et du développement des Compétences pour les RHS

7.3.1- Politiques et plans de formation

Actuellement, il n'existe pas un document de politique de formation qui définit d'une manière claire des orientations stratégiques dans le domaine. Cependant, la PNS et le PNDS ont comblé cette lacune en retraçant quelques orientations sur la formation.

En 1994, le Ministère de la Santé Publique a élaboré deux plans sur la formation. Il s'agit des plans de formation initiale et continue pour la période 1994-2000. Leur mise en œuvre a permis de décentraliser la formation initiale en mettant en place la FID et de créer quatre pools pour la formation continue, de mieux coordonner l'octroi des bourses de spécialisation et de renforcer les capacités de la seule école publique de santé d'antan (l'ENASS).

Ensuite, en 1999, l'évaluation de la PNS a débouché sur l'élaboration en 2002 du plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 suivie du Plan à moyen terme sur les RHS. En outre, la DRH à travers la Division de la Formation s'efforce d'élaborer des plans opérationnels. Mais, le grand défi à relever est le financement de ces plans.

7.3.2- Institutions de formation

Les institutions de formation initiale opérationnelles dans le pays comprennent : (1) les Facultés de médecine, (2) l'Institut Universitaire des Sciences et Techniques d'Abéché, (3) les écoles interrégionales de santé (ENASS et ECOSAB), (4) les écoles régionales de santé (Abéché, Moundou et Sarh), (5) les écoles de santé confessionnelles et privées, (6) l'Ecole de Formation des Auxiliaires des Services des Armées (EFASSA).

Les Facultés de médecine : Il en existe deux : une publique et l'autre confessionnelle.

- a) **La Faculté des Sciences de la Santé** de N'djaména (publique) créée depuis 1990 a déjà formé 173 médecins généralistes qui sont déployés dans les hôpitaux des Districts sanitaires. Elle éprouve des difficultés dues surtout à l'insuffisance des enseignants et à l'inexistence des infrastructures et équipements qui la mette en deçà des normes standard internationales.

Tableau n° 9 : Evolution de l'effectif des étudiants depuis la création de la FACSS en 1990 jusqu'à 2009:

Année	Niveaux							Total
	1	2	3	4	5	6	7	
1990-1991	50	0	0	0	0	0	0	50
1991-1992	0	45	0	0	0	0	0	45
1992-1993	42	0	39	0	0	0	0	81
1993-1994	0	38	6	33	0	0	0	77
1994-1995	31	1	36	6	35	0	0	109
1995-1996	1	29	13	29	5	32	0	109
1996-1997	33	4	33	19	19	5	32	145
1997-1998	0	31	8	32	17	18	37	143
1998-1999	62	3	30	15	29	17	23	179
1999-2000	13	54	5	35	13	27	39	186
2000-2001	66	16	57	7	33	14	63	256
2001-2002	Année blanche	Année blanche	Année blanche	Année blanche	Année blanche	Année blanche	Année blanche	0
2002-2003	90	58	23	50	11	24	60	316
2003-2004	90	85	60	13	49	12	21	330
2004-2005	88	85	80	54	15	46	35	403
2005-2006	56	95	97	57	49	14	44	412
2006-2007	85	39	73	83	43	48	61	432
2007-2008	Année blanche	Année blanche	Année blanche	Année blanche	Année blanche	Année blanche	Année blanche	0
2008-2009	93	85	56	76	74	53	56*	492

* Cet effectif comprend 18 étudiants en instance de thèse.

Source : Service de la scolarité de la FACSS

La FACSS a fait l'objet d'une évaluation conjointe de la Coopération Française et de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2005. Des recommandations pertinentes ont été faites à l'endroit de la FACSS, du Ministère de l'Enseignement Supérieur et du Ministère de la Santé publique pour un meilleur rendement de l'établissement. Il s'agit notamment des :

Recommandations communes aux deux Ministères :

- Développer une collaboration étroite entre le Ministère de l'Enseignement Supérieur et le Ministère de la Santé publique pour mieux coordonner leurs politiques et l'utilisation de leurs ressources en faveur de la FACSS,
- Clarifier la bi - appartenance des structures et des enseignants : il s'agit d'élaborer des textes qui reconnaissent et rétribuent les efforts des cadres, en particulier les enseignants médecins.

Recommandations spécifiques au Ministère de l'Enseignement Supérieur :

- Exiger et soutenir la formulation d'un plan stratégique de développement de la FACSS sur une période de 5 ans, et organiser une table ronde avec différents partenaires pour son financement,
- Favoriser l'autonomie financière et administrative de la FACSS,
- Améliorer l'infrastructure et l'équipement de la FACSS,
- Encourager la formation à la recherche scientifique et à l'expertise pédagogique,

- Faire promulguer des textes portant statut d'enseignant universitaire et de chercheur.

Recommandations spécifiques au Ministère de la Santé Publique :

- Clarifier le profil de poste du futur médecin tchadien : le profil de poste devrait être mis à jour en tenant compte des besoins de santé en évolution pour les prochaines décennies afin de pouvoir orienter sans ambiguïté le programme de formation à la FACSS,
- Promouvoir et soutenir la formation des encadreurs (les cadres du Ministère servant d'encadreurs aux étudiants en stage doivent être qualifiés, et donc avoir bénéficiés d'une formation pédagogique, même de courte durée, afin d'assurer un apprentissage et une évaluation de qualité).
- Faciliter l'implication de la FACSS dans l'organisation des services de santé : le Ministère devrait encourager la FACSS à s'investir dans la recherche sur l'organisation des services de santé ; par exemple une zone expérimentale (district sanitaire ou zone de responsabilité) devrait lui être attribuée où elle pourrait développer ses projets.

Toutes ces recommandations demeurent d'actualité car elles ne sont malheureusement pas mises en œuvre, hormis le plan stratégique de développement de la FACSS et la construction en cours de ses locaux dans l'enceinte du Grand Hôpital de la Mère et de l'Enfant (lui aussi en cours de construction). Mais, au delà de tout cela, la synergie des efforts des deux Ministères suscités est une nécessité pour le développement harmonieux de la FACSS.

b) La Faculté de Médecine « le Bon Samaritain » est une Faculté privée associative d'obédience confessionnelle dont la formation de la première promotion de 27 médecins a démarré depuis 2003 et est en cours.

L'Institut Universitaire des Sciences et Techniques d'Abéché : Créé en 2001, il forme les Techniciens supérieurs en pharmacie et en laboratoire (environ 300 étudiants en cours de formation).

Les Écoles interrégionales de santé :

a) L'École Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS) :

Elle est la première école de santé du pays. Créée en 1964, elle a interrompu deux fois la formation des agents de santé (de 1979 à 1983 et de 1993 à 1996) pour causes respectivement d'hostilités internes au pays et sur conseil des Institutions de Bretton Wood.

En 1997, l'ENASS a changé de statut et devient un établissement public doté de l'autonomie de gestion. Elle forme actuellement des IDE, des Sages femmes, des assistants sociaux, des jardinières d'enfants, et récemment des techniciens de laboratoire, des infirmiers spécialisés en ophtalmologie, des techniciens supérieurs en anesthésie et réanimation. En outre, elle abritait (jusqu'en 2008) en son sein la Formation Initiale Décentralisée des ATS, pool de N'Djaména. Cette structure sera délocalisée à Massaguet (située à une centaine de kilomètres de la capitale) ou à Massakory (environ 200 km) en école régionale de santé qui formera des agents techniques de santé, des infirmières accoucheuses, des infirmiers diplômés d'état et des sages femmes.

L'ENASS a été évaluée en octobre 2005 et les insuffisances suivantes ont été relevées : Les professeurs ne finissaient toujours pas les programmes de formation. Il en de même des cours pratiques. Les étudiants n'étaient pas bien suivis en stages. Le profil de sortie était passable puisqu'il fallait 2 à 6 mois aux lauréats pour s'adapter à un nouveau rôle. Le niveau d'enseignement était bas. La non transparence dans la gestion de l'école et l'insuffisance de la communication interne étaient également relevées. Certains organes tel que le conseil pédagogique ne fonctionnaient pas bien, etc. Tous ces points devraient être améliorés pour redresser l'école. La capacité d'accueil de l'ENASS est de 470 places (Source : Direction de l'ENASS).

Depuis 2007, l'ENASS est érigée en école interrégionale de la santé aux termes de la Loi n° 014/PR/2007 et se chargera de la formation des techniciens supérieurs. Dans l'optique de l'application de cette Loi, un atelier organisé en juin 2009 a défini les filières suivantes à former par ordre de priorité : (I) Techniciens supérieurs en anesthésie et réanimation, (II) Techniciens supérieurs en ophtalmologie, (III) Techniciens supérieurs de laboratoire, (IV) Techniciens supérieurs en enseignement et administration, (V) Techniciens supérieurs en soins à l'enfant ou puériculture, (VI) Techniciens supérieurs en santé de la reproduction, (VII) Techniciens supérieurs en génie sanitaire, (VIII) Techniciens supérieurs de bloc opératoire, (IX) Techniciens supérieurs en santé publique, (X) Techniciens supérieurs en odonto - stomatologie, (XI) Techniciens supérieurs en ORL, (XII) Techniciens supérieurs en nutrition, (XIII) Techniciens supérieurs en imagerie médicale, (XIV) Techniciens supérieurs en kinésithérapie, (XV) Techniciens supérieurs en gestion des services de la santé. L'introduction de ces filières se fera d'une manière progressive en fonction de la mobilisation des ressources financières, matérielles et humaines.

b) L'Ecole de santé de Biltine (ECOSAB) : elle est ouverte en 2007 et forme des IDE et des Sages femmes en dessous de sa capacité d'accueil de 360 places. Depuis l'ouverture de cette école, l'effectif des étudiants est de 99

Tableau n° 10 : Effectif des étudiants de l'ECOSAB

Filières	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	Total
IDE	43	3	33	79
SFDE	11	3	6	20
Total	54	6	39	99

Source : recensement du personnel de santé, DRH, 2009

Il convient de noter que jusqu'à présent, l'ECOSAB n'a pas encore des lauréats opérationnels sur le terrain. Comme l'ENASS, et conformément à la Loi n° 014 suscitée, l'ECOSAB devient une école inter - régionale devant former des techniciens supérieurs de la santé ; cependant dans les conditions actuelles, il lui serait difficile de former ces cadres supérieurs.

Les écoles régionales de santé d'Abéché, de Moundou et de Sarh :

Elles émanent de la Formation Initiale Décentralisée (FID) mise en place sous forme de projet pour former 620 agents techniques de santé en 5 ans avec une durée de formation de 2 ans. Cette formation visait à répondre à un besoin urgent des centres de santé périphériques en infirmiers et à les y fixer, car les lauréats devaient travailler au moins pendant 4 ans avant de prétendre à quitter la localité. Le projet est arrivé à terme en 2004 et la FID a été évaluée en 2002 afin de vérifier l'adéquation entre ses objectifs et les résultats obtenus aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs et de se prononcer sur l'opportunité de sa poursuite.

L'évaluation a recommandé la pérennisation de la FID car il s'agit d'une stratégie qui permettait de mettre à la disposition des formations sanitaires et dans un délai raisonnable du personnel infirmier requis. Cependant des dispositions devraient être prises pour améliorer le profil de sortie de l'ATS, les programmes de formation, les compétences des enseignants permanents et vacataires et l'environnement au sein des écoles. Par ailleurs, il est également préconisé d'ériger la FID en écoles régionales de la santé.

En 2007, la Loi N° 014/PR/2007 a mis en place des Ecoles Régionales de Santé et des Affaires Sociales (ERSAS) et transforme de facto la FID en écoles régionales de santé, en leur dotant de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion. Dès lors, les écoles régionales de Moundou, Sarh, Abéché et celle qui sera délocalisée soit à Massaguet, soit à Massakory doivent former en plus des Agents techniques de santé et infirmières accoucheuses, des Infirmiers diplômés d'état et des Sages femmes diplômées d'état.

Tableau n° 11 : Répartition des étudiants dans les écoles régionales de santé pour l'année scolaire 2009-2010 :

Ecoles régionales de santé	ATS			IDE				SFDE			
	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	Total	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	Total	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	Total
Ecole d'Abéché	74	6	80	21	0	0	21	8	0	0	8
Ecole de Moundou	27	11	38	14	0	0	14	6	0	0	6
Ecole de Sarh	28	0	28	15	0	0	15	4	0	0	4
Total	129	17	146	50	0	0	50	18	0	0	18

Source : données recueillies sur le terrain par la DRH/2009

Les écoles confessionnelles et privées :

Actuellement, le Ministère de la Santé Publique a accordé des autorisations de fonctionner à onze (11) écoles de santé confessionnelles et privées. Il s'agit de :

- **L'Institut de santé de l'Université Roi Fayçal** de N'Djaména (confessionnel) : autorisé de fonctionner en 2001, il forme les techniciens supérieurs en soins infirmiers et en gynéco obstétrique ;

- **L'École de santé le Bon Samaritain** de N'Djaména (confessionnelle) : autorisée de former enelle forme les IDE ;
- **L'École de santé de Goundi** (confessionnelle) : Autorisée de fonctionner en 1998, elle forme les ATS et IDE ;
- **L'École de santé de Bébaïem** (confessionnelle) : Autorisée de fonctionner en 2005, elle forme les IDE et les sages femmes ;
- **L'Institut de santé la Francophonie** de N'Djaména (privé) : Autorisé de fonctionner en 2008, il forme les techniciens en soins infirmiers et en gynéco-obstétrique ;
- **L'Institut de santé Toumaï** de N'Djaména (privé) : Autorisé de fonctionner en 2007, il forme les techniciens de laboratoire, les IDE, les sages femmes et les ATS;
- **L'École de santé de Léré** (privée) : Autorisée de fonctionner en 1997, elle forme les ATS, les IDE et les sage femmes ;
- **L'École de santé de Pala** (privée) : Autorisée de fonctionner en 2008, elle forme les ATS, les IDE et les sages femmes ;
- **Les deux Écoles de santé de Moundou** (privées) : Autorisées de fonctionner en 2007 et 2008, elles forment les ATS, les IDE et les sages femmes ;
- **L'École de santé de Gassi** (privée) : Autorisée de fonctionner en 2007, elle forme les ATS, les IDE et le sages femmes.

L'École de Formation des Auxiliaires des Services des Armées (EFASSA) :

L'EFASSA est une école de santé relevant du Ministère de la Défense Nationale. Elle forme des auxiliaires de santé à 2 niveaux : CS1 et le CS2. La production de cette école ne permet pas de satisfaire les besoins des services de santé des armées. Dans la pratique, des ATS et IDE militaires sont formés à l'ENASS sur la base d'un quota alloué aux candidats militaires. Toutefois, le renforcement de la capacité de cette école est nécessaire, surtout à travers le relèvement du profil de sortie de ses lauréats au niveau des agents techniques de santé.

En tout état de cause, les institutions de formation ci-dessus citées sont confrontées actuellement aux problèmes de l'insuffisance des capacités d'accueil, des enseignants qualifiés, du matériel didactique et de l'inadaptation des curricula.

7.3.3- Capacité de formation

D'une manière générale, les écoles de santé au Tchad ont une faible capacité de production des agents de santé par rapport aux besoins immenses des structures de soins. Le tableau ci-après met en évidence cette faiblesse dans les écoles publiques :

Tableau n° 12 : La production de l'ENASS et des écoles (FID d'Abéché, de Moundou, de Sarh) et de Biltine et la prévision à l'horizon 2012

<i>Années</i>	Disponibilité					Prévision				Total cumulé T1+T2
	2006	2007	2008	2009	Total 1	2010	2011	2012	Total 2	
Filières										
IDE	49	12	59	83	203	27	165	165	200	403
SFDE	20	4	33	23	80	16	62	62	78	158
TLDE	13	6	16	12	47	2	15	15	17	64
ATS	0	163	129	55	347	0	158	158	316	663
Accoucheuses	0	44	30	5	79	0	40	40	80	159
ISO	0	12	0	0	12	11	12	0	23	35
TSAR	0	0	10	0	10	12	0	12	24	34
Total	82	241	277	178	778	79	218	440	738	1516

Source : Division de la Formation (DRH)/2009

Par conséquent, le Ministère de la Santé Publique devrait renforcer leur capacité de production pour les amener à répondre aux besoins des structures sanitaires.

Tableau n° 13 : La capacité de production autorisée des écoles de santé confessionnelles et privées

<i>Institutions de formation privées</i>	Institut Roi Fayçal	Institut Sup. Franco-phonie	Institut Sup. Toumaï	Ecole Santé Samari-taine	Ecole Santé de Bébaïem	Ecole Santé de Pala	Ecole Santé de Moundou 1	Ecole de Santé de Goundi	Ecole Santé de Léré	Ecole Santé de Gassi	Ecole Santé de Moundou 2	<i>Total</i>
<i>Filières</i>												
TSSI/Gynéco-Obstétrique	30	30										60
IDE			50	50	15	50	50	24		50	50	339
Sages Femmes			25	15	15	15	15			25	15	125
ATS			50	50		50	50	24	70	50	50	394
<i>Total</i>	30	30	125	115	30	115	115	48	70	125	115	918

Source Division de la Formation (DRH)

Ce tableau montre la grande capacité de production autorisée des écoles de santé confessionnelles et privées. Elle est d'environ 918 agents de santé. Cela explique le rôle important que ces écoles jouent dans le système de santé, à travers la formation des agents de santé. En réalité, certaines écoles privées, pour des raisons pécuniaires, forment au-delà de leur capacité de production autorisée. C'est pourquoi, compte tenu de l'importance de ces écoles en terme du nombre d'agents de santé qu'elles déversent dans les systèmes de soins, leur réglementation et leur suivi est une nécessité pressante pour le Ministère de la Santé Publique.

7.3.4- Décentralisation de la formation

a)- Le processus de décentralisation des écoles de santé :

La décentralisation des écoles a démarré en 1998 avec la Formation Initiale Décentralisée (FID). Cette formation initiée par le Ministère de la Santé Publique de concert avec ses partenaires au développement visait à former 650 ATS en 5 ans au lieu des IDE en 10 ans pour combler le déficit énorme de 620 d'infirmiers diplômés d'état identifié en son temps dans les structures de soins périphériques. A la fin du projet, 688 ATS ont été formés dont 88 infirmières accoucheuses.

Selon la Coordination de la FID, de 2003 à 2008, environ 907 ATS et Infirmières accoucheuses ont été formées, comme le montre le tableau ci-après :

Tableau n° 14 : L'effectif des lauréats de la Formation Initiale Décentralisée (FID) pendant cinq années

Années	FID							
	N'Djamena		Sarh		Moundou		Abéché	
	ATS	Acc	ATS	Acc	ATS	Acc	ATS	Acc
2003	58	21	18	7	35	0	34	0
2004	63	12	21	6	26	9	44	7
2005	52	16	14	7	33	9	40	9
2007	82	18	16	9	36	9	29	8
2008	42	11	18	5	19	5	48	11
TOTAL	297	78	87	34	149	32	195	35
Production Moyenne	60	16	18	7	30	8	39	9
	76		25		38		48	

Source : Coordination de la FID

Ensuite, en application des recommandations de son évaluation, la FID est transformée en 2007 en écoles régionales de santé comme mentionné plus haut. Quant à l'ENASS, elle devra se charger de la formation des techniciens supérieurs en tenant compte des profils des agents prioritaires à définir suivant les besoins des structures sanitaires. Mais d'ores et déjà, cette école forme des techniciens de laboratoire, d'anesthésie/réanimation, et des infirmiers en soins ophtalmologiques.

Par ailleurs, dans le cadre de la recherche des solutions à l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, le Gouvernement a créé en 2001 l'IUSTA (Institut Universitaire des Sciences et Techniques d'Abéché) avec une filière santé pour la formation des techniciens supérieurs option pharmacie et laboratoire.

Enfin, le Ministère de la Santé Publique a autorisé l'ouverture de onze (11) écoles confessionnelles et privées dont 6 dans les régions. En outre, on constate dans les régions et principalement à N'Djaména une prolifération des écoles de santé non reconnues par le Ministère de la Santé Publique.

b)- Les problèmes liés à la décentralisation des écoles de santé.

1- La décentralisation des écoles de santé, dans les conditions actuelles, ne doit pas se faire de manière hâtive, mais de manière coordonnée et harmonieuse : Il est vrai que la décentralisation des écoles de santé comporte des avantages certains. Il s'agit entre autres de :

- (I) produire en grand nombre des catégories de personnel prioritaires pour répondre aux besoins croissants des hôpitaux et centres de santé périphériques en ressources humaines qualifiées ;
- (II) résoudre le problème épineux des affectations des agents de santé en périphérie, car cette stratégie permet de les fixer dans les structures de soins périphériques ;
- (III) rapprocher les écoles de santé des jeunes diplômés et particulièrement des nombreux jeunes bacheliers qui attendent impatiemment des opportunités de formations universitaire et professionnelle.

Cependant, la décentralisation des écoles de santé devra se faire de manière progressive, coordonnée et harmonieuse. En effet, assurer à la fois le fonctionnement normal d'un grand nombre d'écoles de santé nouvellement créées paraît très difficile, car cela nécessite d'importantes ressources tant humaines, financières que matérielles.

C'est pourquoi le Ministère de la Santé Publique devrait éviter une décentralisation à outrance, mais procéder par étapes. Autrement dit, il devrait consolider et renforcer les écoles de santé existantes (ENASS, ECOSAB, écoles régionales de santé de Moundou, Sarh, Abéché et Massaguet/Massakory) en termes de professeurs à former, des équipements et matériels didactiques à mettre en place, des plateaux techniques des sites de stage à renforcer, des programmes de formation à réviser ou à mettre en place, etc. Lorsqu'il aura l'assurance du bon fonctionnement de ces écoles, il pourrait envisager éventuellement l'ouverture d'autres écoles dans les régions qui seront déficitaires en personnel qualifié.

2- La faible capacité de production des écoles de santé existantes : Le Ministère de la Santé Publique devra augmenter la capacité de production des écoles pour répondre aux besoins de santé croissants des structures sanitaires en personnel qualifié. Pour cela, les actions suivantes sont nécessaires :

- (I) La construction des locaux appropriés : salles de classe, amphithéâtres, salles de travaux dirigés, salles des professeurs, etc. ;
- (II) La révision des programmes de formation en tenant compte des besoins de terrain. Par exemple, les curricula actuels n'ont pas intégré les concepts nouveaux contenus dans la Politique Nationale de Santé, tels que la PCIME (Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant), les SONU (soins obstétricaux néonataux d'urgence), l'allaitement maternel exclusif, la PTME (prévention de la transmission Mère Enfant), la SAASDE (Stratégie Africaine d'Accélération pour la Survie et le Développement de l'Enfant), etc. ;
- (III) La mobilisation des ressources financières nécessaires au fonctionnement de ces écoles. Leur autonomie de gestion devra être effective et appelle de la part de l'Etat le versement régulier des subventions ;
- (IV) Le renforcement des sites de stage pratique par des plateaux techniques appropriés,

- (V) Le renforcement des compétences des professeurs permanents et particulièrement en pédagogie des sciences de la santé.

3- L'insuffisance des professeurs permanents : Ce problème se pose avec acuité dans toutes les écoles de santé et les oblige à faire appel à des professeurs vacataires qui n'ont pas des compétences requises (en pédagogie des sciences de la santé). Ces dernières années, le Ministère de la Santé Publique a fait un effort considérable pour former des professeurs permanents dans les pays de la sous région, mais beaucoup reste à faire.

Le tableau ci-dessous indique la situation des professeurs permanents et vacataires dans cinq (5) écoles de santé publiques :

Tableau n° 15 : Situation des professeurs permanents et vacataires des écoles de santé publiques

Ecoles de santé	Professeurs permanents	Professeurs vacataires	Total
ENASS (N'Djaména)	18	16	34
ECOSAB (Biltine)	6	10	16
Ecole de Moundou	8	22	30
Ecole de Sarh	7	15	22
Ecole d'Abéché	6	16	22
Total	45	79	124

Source : Données recueillies sur le terrain par la DRH/2009

L'effectif des professeurs est très insuffisant pour couvrir les besoins de ces écoles. Au total 124 professeurs dont 45 permanents et 79 vacataires. C'est pourquoi, le Ministère de la Santé Publique doit se donner les moyens de créer en priorité une filière de technicien supérieur en enseignement et administration à l'ENASS pour la formation des agents de santé appelés à enseigner dans les différentes écoles de santé.

4- L'absence de réglementation des écoles de santé privées : Le Ministère de la Santé Publique autorise, depuis quelques années, la création des écoles de santé privées aussi bien à N'Djaména que dans les autres régions. Parallèlement, le Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de la Formation Professionnelle délivre des autorisations pour la création des instituts de formation professionnelle, qui malheureusement forment en leur sein des infirmiers, sages-femmes, agents techniques de santé et même des techniciens supérieurs. Ces écoles prétendent suivre les programmes de formation des écoles publiques. Mais cela, n'est pas évident, car le suivi de ces écoles n'est pas bien assuré par le Ministère de la Santé Publique.

En effet, la prolifération actuelle des écoles de santé publique constitue un danger réel pour la santé de la population, car elles vont sans nul doute pourvoir les

systèmes de soins du pays en personnel de santé de qualité médiocre, d'où la nécessité pressante pour le Ministère de la Santé Publique de les régler, de les suivre et de les évaluer.

La formation des techniciens supérieurs d'assainissement :

On constate actuellement une tendance à la disparition progressive des techniciens d'assainissement qui s'occupent de l'assainissement et de l'hygiène du milieu. En effet, nul n'ignore l'importance de la santé environnementale dans le système de santé et particulièrement dans les systèmes de soins. Or, au Tchad, cette catégorie d'agents, déjà vieillissante, risque de disparaître car le Ministère de la Santé Publique a suspendu sa formation depuis 1988.

Aussi, les rares techniciens d'assainissement disponibles actuellement sur le terrain (164) sont très mal utilisés. Pour parer à l'absence de certaines qualifications dans les régions, ils se voient confier des activités qui ne répondent pas à leur profil. Par exemple, ils sont utilisés dans les districts sanitaires comme des administrateurs gestionnaires, des gérants des pharmacies, des planificateurs, etc. Cette manière de faire non seulement dévalorise et dénature le profil de ce corps, mais encore constitue une cause de démotivation. C'est pourquoi, il est préconisé au Ministère de la Santé Publique de revaloriser cette qualification et surtout de rouvrir très rapidement la filière de technicien d'assainissement dans les écoles existantes et particulièrement à l'ENASS.

7.3.5- La formation des médecins spécialistes :

a) Situation des médecins spécialistes exerçant dans le pays :

Cette catégorie de médecins n'est pas formée au Tchad (la plupart sont formées dans les pays de la sous région : Cameroun, Sénégal, Côte d'Ivoire, etc.). La pénurie des médecins spécialistes se fait sentir à tous les niveaux du système. Le tableau ci-dessous met en évidence cette pénurie.

Tableau n° 16 : Répartition des médecins spécialistes par type de structures :

Spécialités professionnelles	Structures publiques	Structures militaires	Structures privées et confessionnelles	ONG et Institutions internationales	TOTAL
Chirurgiens	14	1	5	4	24
Urologues	3	0	1	0	4
Gynéco-obstétriciens	12	0	1	9	22
Pédiatres	7	0	1	0	8
Cardiologue	2	0	0	0	2
Radiologues	4	1	0	0	5
Anesthésistes/réanimateurs	1	2	0	0	3
Neurologues	1	0	1	0	2
Neurochirurgiens	1	0	0	0	1
Psychiatres	1	0	0	0	1
Psychologie clinique	1	0	0	0	1
Diabétologue	1	0	0	0	1
Pneumologues	3	0	0	0	3
ORL	2	0	0	0	2
Ophthalmologues	8	0	0	0	8
Gastro entérologues	2	1	0	0	3
Traumatologues	2	0	0	0	2
Dermatologues	0	0	0	1	1
Infectiologies	2	0	0	1	3
Parasitologues	0	0	0	2	2
Hématologues	1	0	0	0	1
Cyto-Histologues	1	0	0	0	1
Médecine légale	1	0	0	0	1
Odonto-Stomatologues	2	0	1	0	3
Santé publique	20	0	3	18	41
Epidémiologistes	0	1	0	2	3
Urgentistes	2	2	0	0	4
Internistes	0	0	2	0	2
TOTAL	94	8	15	37	154

Source : données recueillies sur le terrain par la DRH/2009

Ce tableau de répartition des médecins spécialistes explique bien les difficultés que le Ministère de la Santé Publique rencontre pour rendre opérationnels les hôpitaux et particulièrement les hôpitaux de district. Actuellement, le secteur de la santé compte 154 médecins spécialistes dont 94 des structures publiques, 8 des structures

militaires, 15 des structures privées et confessionnelles et 37 des ONG, et institutions internationales.

Toutefois, depuis les années 2000, un effort considérable est fait par le Ministère de la Santé Publique dans le cadre de la spécialisation des médecins et paramédicaux comme le montre le tableau ci-après :

Tableau n° 17 : Personnel cadre du MSP en formation à l'étranger en 2008 :

Médecins		Paramédicaux	
Spécialités	Nombre	Spécialités	Nombre
Gynéco - obstétrique	4	Pédagogie (Enseignement et administration)	8
Anesthésie/Réanimation	1	Santé de la reproduction	1
Chirurgie générale	2	Radiologie	4
Pédiatrie	7	Ophtalmologie	5
Ophtalmologie	2	Odonto - Stomatologie	1
Anatomie /Pathologie	1	Biologie	3
Imagerie médicale	1	Dermatologie	1
Neurologie	2	Gestion des services de santé	3
Diabétologie	1	Technologie appliquée	1
Biologie chimique	2	Administration des hôpitaux	7
Urologie	1	Gestion des hôpitaux	6
Urgences médicales	2	Administration économique et sociale	2
Maladies infectieuses et tropicales	2	Santé communautaire	4
Néphrologie	1	Santé publique	6
Traumatologie	3	Pédagogie des sciences de la santé	1
Cardiologie	1	Laboratoire	2
ORL	1	Communication de santé	1
		Epidémiologie	5
		Surveillance des hôpitaux	1
		Surveillance des services de santé	1
Total	34	Total	65

Source : Annuaire des statistiques sanitaires du Tchad, 2008

b) La formation complémentaire de jeunes médecins généralistes :

Pour pallier le manque des médecins spécialistes dans les hôpitaux de district, le Ministère de la Santé Publique a institué, par Arrêté n° 376/MSP/DG/DIRPLAF/DF/97 du 14 mars 1997, la formation complémentaire de jeunes médecins généralistes dans les domaines de la chirurgie, de la pédiatrie, de la médecine et de la gestion de district. Elle se déroule sous forme des stages pratiques dans les hôpitaux suivis d'évaluations.

Cette formation obligatoire d'une dizaine de mois vise à donner des connaissances supplémentaires de terrain à ces médecins pour qu'ils soient capables de prendre en charge les urgences qui se présenteront à eux dans les hôpitaux des districts

sanitaires. Les résultats sur le terrain sont dans l'ensemble concluants, car ce sont ces médecins qui règlent actuellement en périphérie les problèmes de santé prioritaires.

7.3.6 – La formation continue

La formation continue est indispensable pour le développement de la carrière des agents de santé et contribue beaucoup à l'amélioration de la qualité des soins dans les centres de santé et les hôpitaux. Malheureusement, elle n'est pas assurée systématiquement à l'ensemble du personnel (La DRH ne dispose pas d'une politique de formation continue). Le cas des infirmiers militaires exerçant dans les localités reculées et austères (par exemple le désert, les zones d'insécurité...) mérite une attention particulière, car ils y suppléent à l'absence des infirmiers civils. Malgré le rôle important qu'ils jouent dans la prise en charge sanitaire des communautés rurales, ils bénéficient rarement de la formation continue.

Contrairement à la formation initiale, il n'existe pas des institutions spécifiques qui assurent la formation continue. Celle-ci est exécutée dans les institutions destinées à la formation initiale ou dans les locaux publics ou privés loués pour la circonstance. La Division de la Formation de la DRH, quant à elle, est confrontée au manque de ressources financières nécessaires pour mettre en œuvre les plans annuels de formation continue qu'elle élabore. Aussi, rencontre-t-elle des difficultés à coordonner des activités de formation continue au niveau des programmes de santé prioritaires. Ceux-ci dans la plupart des cas interviennent directement sur le terrain pour former les agents de santé dans leurs domaines respectifs.

7.4- La gestion des RHS

7.4.1- Les points forts du système de gestion des RH :

- (I) l'existence de quelques documents importants de GRH (le plan stratégique de développement des ressources humaines au Tchad pour la période allant de 2000 à 2030, le plan d'action à moyen terme des ressources humaines (2005-2007) et le statut particulier des professionnels de la santé et des affaires sociales) ;
- (II) la disponibilité d'une quinzaine de cadres supérieurs de spécialités diverses au sein de la DRH (administrateurs, gestionnaires, spécialistes en pédagogie des sciences de la santé et comptables.) ;
- (III) la décentralisation de la GRH, notamment pour l'affectation des agents de santé dans les districts sanitaires ;
- (IV) la formation locale des gestionnaires des hôpitaux (à l'Ecole Nationale d'Administration de N'Djaména) ;
- (V) l'existence d'une commission chargée de l'affectation du personnel ;
- (VI) l'existence des orientations claires sur le développement des ressources humaines contenues dans la PNS et le PNDS ;
- (VI) l'existence de la Commission Administrative Paritaire (devant être consultée pour les questions touchant la discipline) ;
- (VII) l'existence d'une banque des données sur la formation ;
- (VIII) l'existence d'une Commission Nationale de Formation Complémentaire des jeunes médecins généralistes ;

- (IX) l'existence d'une Commission d'attribution des bourses au personnel de santé (il s'agit notamment d'attribuer les bourses de spécialisation).

7.4.2- Capacité des organes de gestion des RHS

a)- La Direction des Ressources Humaines

Au niveau central, la gestion des ressources humaines est assurée par la Direction des Ressources Humaines. Toutefois, elle est confrontée à d'énormes contraintes qui entravent la réalisation de sa mission.

- Les attributions de la Direction des Ressources Humaines :

Aux termes du Décret n° 360/PR/PM/MSP/2006 du 23 mai 2006 portant organigramme du Ministère de la Santé Publique, la DRH est chargée de « (I) définir les priorités et objectifs du Département en matière des RH, (II) assurer le contrôle, le suivi et l'évaluation des normes et des procédures relatives aux RH, (III) produire et tenir à jour les statistiques concernant le personnel du département, (IV) procéder avec les autres Directions à la sélection, à la promotion, à l'affectation et à l'évaluation du personnel du département, (V) apporter un appui technique aux responsables du département dans la gestion de leurs personnels, (VI) assurer le redéploiement du personnel national et les assistants techniques, (VII) participer à l'élaboration du budget et à la conception des états de paiement des salaires, (VIII) élaborer, mettre en œuvre et évaluer la politique de formation du département, (IX) et assurer le suivi des dossiers administratifs de tous les agents du département ».

La DRH comporte trois divisions, à savoir la Division de la gestion du personnel, la Division de la Formation, et la Division de la législation et de la Documentation.

La DRH devrait être structurée de manière à prendre en compte les principales fonctions relatives à une gestion moderne des ressources humaines : planification (définition quantitative et qualitative des effectifs, identification, projection et programmation des besoins), production (formation en fonction des besoins et des profils d'emploi), gestion (courante et prévisionnelle).

- Les contraintes de la DRH entravant une gestion rationnelle des Ressources Humaines :

Les conditions de travail des agents de la Direction des Ressources Humaines sont loin d'être satisfaisantes. Cette Direction est logée dans un bâtiment vétuste où les agents exercent dans une promiscuité inouïe. À cela s'ajoute le délestage intempestif de l'électricité rendant le travail davantage difficile.

La gestion des ressources humaines n'est pas informatisée, ce qui ne permet pas de disposer des données fiables. Elle se fait d'une manière administrative, au jour le jour. Elle ne se limite qu'à la gestion administrative de la carrière du personnel (recrutement, titularisation, reclassement, avancement, congés, affectations, évaluation...).

On constate une absence de gestion prévisionnelle dans la mesure où les compétences sont inexistantes. Les outils de gestion nécessaires pour une gestion

rationnelle ne sont pas disponibles (le document de politique de gestion des ressources humaines, le plan de redéploiement, le plan de carrière, un bon système de gestion des performances, la politique de formation, les plans de formations, etc.).

b)- Les Divisions des ressources au niveau régional :

Au niveau régional, les structures chargées de la gestion des ressources humaines sont les Divisions des ressources. Celles-ci possèdent des compétences élargies dans la gestion des ressources des Délégations Sanitaires Régionales (ressources financières, matérielles et humaines). Cela veut dire en fait que la structure qui gère le personnel est une petite unité de la Division des ressources.

En effet, les services qui ont la charge de la GRH sont quasi non opérationnels. La plupart des agents qui y travaillent n'ont pas les compétences requises en la matière. Le plus souvent, ce sont des anciens infirmiers et techniciens qui jouent ce rôle. Les moyens de travail tels que les outils informatiques sont insuffisants voire inexistants.

Cette situation préoccupante a amené le Ministère de la Santé Publique à monter un programme de formation d'administrateurs de santé de niveau moyen (maîtrise) en 2006 à l' Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature de N'Djaména. La première promotion composée de 14 personnes est immédiatement déployée dans les Districts sanitaires. Malheureusement, cette formation importante pour la gestion des structures sanitaires déconcentrées ne pourra se poursuivre faute de financement. A titre de rappel, cette formation a été financée par l'Union Européenne dans le cadre du Projet Santé 8^{ème} FED, lequel a pris fin en décembre 2008.

7.4.3- Recrutement, affectation et utilisation des RHS

Le Recrutement : Le recrutement des agents du secteur public est opéré par le Ministère de la Fonction Publique par le biais de l'intégration par arrêté pour les agents âgés d'au moins 40 ans (cas des médecins, Pharmaciens, infirmiers, sages femmes et autres techniciens). Au-delà de cet âge, il se fait à titre exceptionnel par Décret ou par contrat.

Le Statut général de la Fonction publique fait état du recrutement des fonctionnaires obligatoirement par voie de concours. Mais dans la pratique, il s'effectue chaque année sur la base de dossiers et en fonction des quotas accordés par la Loi des Finances. Pour le personnel de santé, ce quota annuel varie entre 300 à 400 places. Les agents recrutés sont alors régis par le Statut général de la Fonction Publique et le Statut particulier (cas des fonctionnaires), soit par les conventions collectives (cas des contractuels). Le statut particulier du personnel de la santé et des affaires sociales a relevé l'âge de la retraite de 60 ans à 65 ans pour les agents de la catégorie A. et pour ceux d'autres catégories, il est de 60 ans.

Quant au secteur privé, la sélection des candidats se fait par le biais d'un test et le recrutement par contrat conformément à la législation de travail en vigueur, et notamment le code de travail. L'âge de la retraite dans le privé est passé de 55 ans à 60 ans à partir de 2008

L'Affectation : La décentralisation de l'affectation des personnels de santé est un acquis qui doit être consolidé. En effet, dans le cadre du processus de décentralisation mis en œuvre au MSP, le niveau central n'est pas habilité à affecter directement un agent dans une structure périphérique. Les agents sont mis à la disposition des Délégations Sanitaires Régionales qui à leur tour en fonction des besoins prioritaires les affectent dans les Districts sanitaires. Cependant, le déploiement des responsables sanitaires périphériques se fait directement par le niveau central soit par Décret sur proposition du Ministre de la Santé Publique (cas des Délégués sanitaires régionales, Directeurs des hôpitaux) soit par arrêté du Ministre de la Santé Publique (cas des Médecins Chefs des Districts, et des gestionnaires).

Un organe de régulation essentiel intervient dans le déploiement des agents sur le terrain (pour vérifier sa pertinence par rapport aux besoins prioritaires des régions et aux normes en personnel). Il s'agit de la Commission d'affectation créée par Arrêté du Ministère de la Santé Publique (Arrêté n° 757/PR/PM/MSP/SE/SG/DGRP/DRH/DGP/08 du 11 décembre 2008). Les propositions d'affectation des agents, initiées par la DRH, sont au préalable examinées par la Commission d'affectation, avant leur soumission à la signature du Ministre de la Santé Publique. Malheureusement, les agents, une fois affectés, sont obligés de rejoindre leurs postes à leurs propres frais.

L'Utilisation : La gestion des RHS dans le public n'est pas rationnelle puisqu'elle est confrontée à des difficultés qui entravent considérablement leur bonne utilisation. Ces difficultés se résument à :

- leur mauvaise répartition géographique du personnel existant : Le personnel de santé est concentré dans les centres urbains au détriment de la périphérie. Le cas de N'Djaména en est un exemple qui illustre bien ce phénomène parce que les agents de santé soutiennent y tirer de grands avantages sociaux, matériels et financiers. Ce problème concerne les médecins, infirmiers et surtout le personnel féminin (sages femmes...) qui refuse de servir à l'intérieur du pays en faisant prévaloir généralement la situation matrimoniale.

- l'absence d'une politique de motivation : La motivation des agents de santé est déterminante pour rendre disponibles les offres de soins de qualité à la population (dans la plupart des hôpitaux de Districts et Régionaux voire à l'Hôpital Général de Référence Nationale où les services de garde et les permanences sont rarement assurés). Or, il n'est pas accordé une grande importance à cet élément essentiel dans les structures de soins. En effet, un nombre important d'agents de santé hésitent ou refusent d'aller travailler dans les districts sanitaires. Même ceux qui sont déjà en place ne sont pas très motivés et préfèrent quitter leurs postes pour les centres urbains attrayants.

La démotivation constitue un frein à la mise en œuvre de tout programme de santé. Les principales causes de démotivation du personnel sont entre autres les salaires inadaptés, la non reconnaissance du travail bien fait, l'absence du plan de carrière, l'application partielle du Statut particulier des agents de santé, l'insuffisance des conditions de travail et la cherté de vie, les régions austères et éloignées, l'absence de prise en charge du transport des agents vers leurs lieux de travail, l'absence de facilités pour l'installation des nouveaux agents et l'insécurité dans certaines localités.

- l'absence d'un plan de carrière : Le Ministère de la Santé Publique ne dispose pas d'un plan de carrière qui puisse permettre au personnel de programmer l'évolution de sa carrière tout au long de sa vie professionnelle. Ainsi, un médecin peut demeurer généraliste pendant toute sa carrière.

7.4.4- Système de rémunération

La carrière des agents de l'Etat et particulièrement celle des fonctionnaires est régie par la Loi n° 017/PR/2001 du 31 décembre 2001 portant Statut Général de la Fonction Publique. Les corps des fonctionnaires du secteur de la Santé et de l'Action Sociale disposent d'un statut particulier par Décret n° 903/PR/PM/MFPTE/2006 du 12 octobre 2006. Cet acte reclasse les différents corps selon les catégories suivantes :

Tableau n° 18 : Catégorisation des corps des fonctionnaires

Ancien système	Nouveau système
Catégorie A, échelle 1, 4 ^{ème} classe Catégorie A, échelle 1, 3 ^{ème} classe Catégorie A, échelle 1, 2 ^{ème} classe	Catégorie A, classe 3
Catégorie A, échelle 1, 1 ^{ème} classe Catégorie A, échelle 2, 2 ^{ème} classe	Catégorie A, classe 2
Catégorie A, échelle 2, 1 ^{ème} classe	Catégorie A, classe 1
Catégorie B, échelle 3	Catégorie B, classe 2
Catégorie B, échelle 4	Catégorie B, classe 2 (SFDE et IDE) Catégorie B, classe 1
Catégorie C, échelle 5 Catégorie C, échelle 6	Catégorie C, classe 2
Catégorie D, échelle 7 Catégorie D, échelle 8	Catégorie C, classe 1

Source : Décret n°106/PR/MFPTEM/2002 fixant l'échelonnement indiciaire et définissant les modalités de reclassement des corps et de reversement des fonctionnaires/MFP/2002.

L'échelonnement indiciaire est codifié par Décret n° 106/PR/MFPTEM/2002 du 6 mars 2002. Chaque catégorie/classe dans le nouveau système comporte 3 grades : les grades initial, normal et terminal. Chaque grade comporte les échelons suivants :

- grade initial : 11 échelons (période de stage non comprise) ;
- grade normal : 10 échelons ;
- grade terminal : 10 échelons.

A chaque échelon sont rattachés des indices.

Ainsi, un médecin généraliste en début carrière est classé à un indice 1200 correspondant à un salaire indiciaire brut mensuel de 120 000 FCFA. Un infirmier diplômé d'état ou une sage femme diplômée d'état en début de carrière a un indice

750 correspondant à un salaire indiciaire brut mensuel de 75 000 FCFA. Au salaire indiciaire viennent s'ajouter les 35% d'indemnité de risque.

Dans le secteur privé, la situation est nettement meilleure : Un médecin généraliste peut gagner un salaire mensuel compris entre 150 000 et 500 000 FCFA. Pour un IDE ou une sage femme, il est compris entre 75 000 et 100 000 FCA.

7.4.5- Régulation et législation

La gestion des travailleurs publics et privés est organisée essentiellement par la Loi n°017/PR/2001 du 31 décembre 2001 portant statut général de la Fonction Publique et la Loi n°038/PR/96 du 12 décembre 1996 portant Code de travail du secteur privé. En effet, dans le cadre de la réforme de l'Administration publique, le Gouvernement a adopté, en plus de la Loi n° 017 suscitée, des statuts particuliers des différents secteurs dont celui des personnels de santé et des affaires sociales (Décret n° 903/PR/PM/MFPTE/2006 du 12 octobre 2006). Tous ces textes sont actuellement mis en application.

Le Statut général de la Fonction Publique et le code de travail obligent les travailleurs à se consacrer entièrement à leur travail. Cependant, pour les personnels de santé, les vocations pour leur noble métier semblent se perdre. Par exemple, l'exercice en clientèle privée est accordé aux médecins en dehors des horaires de service légaux. Mais dans la pratique, on constate que non seulement les bénéficiaires désertent les services publics pendant les heures ouvrables pour leurs cabinets médicaux, mais pire encore ils drainent derrière eux les paramédicaux du public. L'exercice en clientèle privée est réglementé par un texte très ancien (le Décret n° 343 /PR/SP-AFF.SOC. du 19 décembre 1973) inadapté au contexte actuel, d'où la nécessité pressante de le réviser.

Par ailleurs, les agents de l'Etat (qu'ils soient fonctionnaires, contractuels ou décisionnaires) ne bénéficient d'aucune couverture médico-sociale. Face aux risques divers qu'ils courent dans l'exercice de leurs activités professionnelles, ils se trouvent dans une situation désespérée et vulnérable. L'Etat doit se donner les moyens pour développer des systèmes de couverture sociales (assurances, mutuelles de santé, etc.). Actuellement, des tentatives de mise en place des mutuelles de santé sont en cours au Ministère de la Santé Publique (cas par exemple de l'Hôpital Général de Référence Nationale).

Aussi, constate-on actuellement des agressions et menaces fréquentes proférées à l'encontre des agents de santé en exercice dans leurs lieux de travail. Cela soulève le problème de la protection des travailleurs. En effet, la loi fait obligation à l'Etat de protéger les travailleurs dans l'exercice de leurs fonctions. Pour cela, il doit mettre en place un mécanisme approprié pour traduire dans les faits cette obligation de protection de ces travailleurs.

7.4.6- Système d'information des RHS :

La complexité de la gestion des ressources humaines nécessite l'utilisation des outils informatiques. En 1995, le Ministère de la Santé Publique a mis en place un système

de gestion de personnel informatisé. Deux applications ont été développées pour la gestion administrative et la statistique d'une part, et pour l'élaboration du Budget du personnel d'autre part. Ce système a permis d'améliorer considérablement la gestion du personnel. Malheureusement, il a cessé de fonctionner quelques années plus tard, notamment pour les raisons de décès des agents formés à sa manipulation et par l'effet des délestages intempestifs de l'électricité mettant les appareils hors d'usage. Depuis lors, la gestion se fait de manière mécanique.

Par ailleurs, les données sur les RHS proviennent de deux sources. Elles émanent soit de la DRH, soit de l'annuaire des statistiques sanitaires, et diffèrent les unes des autres. En effet, il existe au sein du MSP, une Division du système d'information sanitaire (DSIS) qui produit annuellement des annuaires statistiques sanitaires du Tchad, à partir des données recueillies dans les centres de santé et les hôpitaux. Les deux systèmes (DSIS et DRH) ont des classifications différentes du personnel. En outre, le premier prend en compte tous les secteurs, alors que le second se focalise uniquement sur le secteur public. De la sorte, les décideurs ne peuvent prendre des décisions rationnelles, d'où la nécessité d'uniformiser les sources, en mettant en place l'observatoire des ressources humaines pour la santé.

En effet, en 2007, le Ministère de la Santé Publique a élaboré un plan d'urgence comportant 11 volets prioritaires dont la mise en place d'un observatoire de la santé intégrant les RHS. Dans cette optique, les activités suivantes sont retenues : (I) l'élaboration du profil des ressources humaines de la santé, (II) la création d'un site web, (III) la mise en place à la DRH d'un logiciel de GRH, (IV) et l'appui institutionnel de la DRH. La première activité est déjà réalisée et les autres sont en cours.

7.5- La recherche et le développement des RHS

Dans le cadre du développement des RHS, la recherche est quasi inexistante. On constate l'absence de politique et de culture de recherche, bien qu'il existe des cadres motivés et disposés à le faire. Cependant, dans le secteur de la santé, des études faites en 2000 sur la dotation et le redéploiement, la formation initiale et continue du personnel de santé, la révision des curricula de l'ENASS, etc. sont disponibles, de même que les évaluations des institutions nationales de santé telles que la FID, l'ENASS et la FACSS. Aussi, en 2002, un plan stratégique sur le développement des RHS (2000-2030) a été élaboré, suivi d'un plan d'action à moyen terme. Enfin, en 2009, au titre de la mise en place de l'observatoire de la santé, le profil pays en RHS a été rédigé.

Dans les structures de soins tel que l'Hôpital Général de Référence nationale, quelques documentations sur les bonnes pratiques sont disponibles et concernent l'accueil des malades, les techniques de nettoyage en milieu hospitalier, les techniques contre les infections nosocomiales.

Enfin, il existe d'autres études faites sur le secteur de la santé qui abordent, d'une manière plus ou moins lapidaire, les RHS. Il s'agit notamment de celles qui sont faites dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté, sur le développement durable du PNUD, etc.

7.6- Faits saillants de la politique de développement des RHS

Le Ministère de la Santé Publique ne dispose pas d'un document de politique de développement des RHS, à proprement parler, qui définit la vision et la mission, ainsi que les objectifs à atteindre en la matière. A défaut, cette lacune est corrigée par la Politique Nationale de Santé.

En effet, la PNS dont l'objectif général est « d'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 » vise à « améliorer l'état de santé de la population en dotant la Nation d'un système de santé cohérent, performant et accessible à tous les citoyens, orienté vers les soins de santé primaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et soutenu par un système hospitalier performant».

En réaffirmant que l'accès, la disponibilité et la qualité de l'offre de soins sont surtout liés à la disponibilité, à la qualité et à la motivation du personnel, elle consacre un de ses sept objectifs spécifiques au développement des RHS consistant à « assurer la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité à tous les niveaux ». En outre, une des six orientations stratégiques a trait au développement et à la gestion rationnelle des ressources humaines pour la santé à travers :

- le renforcement des politiques et stratégies de gestion des RHS en mettant l'accent sur : (I) les stratégies de motivation du personnel à tous les niveaux ; (II) le plan de carrière ; (III) le plan et le programme de formation et de suivi/évaluation ; (IV) le mouvement et la répartition du personnel ;

- le renforcement des compétences des RHS :

Au niveau de la formation initiale : (I) le renforcement des compétences des enseignants ; (II) la révision du curricula de formation ; (III) la révision des outils d'évaluation ; (IV) et le renforcement des capacités des écoles de formation.

Au niveau de la formation continue : (I) le renforcement des compétences des formateurs ; (II) le renforcement des outils de formation ; (III) et l'amélioration de la coordination, suivi/évaluation des formations.

L'orientation stratégique sur les RHS est traduite dans le Plan National de Développement Sanitaire (2009-2012) en programmes d'action IV comportant trois objectifs opérationnels suivants :

- (I) élaborer, mettre en place les outils organisationnels de la gestion des ressources humaines et former les cadres à l'utilisation de ces outils ;
- (II) renforcer les compétences des personnels ;
- (III) motiver les personnels pour un meilleur rendement.

Le Plan stratégique de développement des RHS se veut cohérent avec les orientations et les objectifs formulés dans la PNS et le PNDS, ainsi que ceux du Document de la Stratégie Nationale de Croissance et Réduction de la Pauvreté 2^{ème} génération, et les OMD.

8- LES PRINCIPALES INTERVENTIONS ET CIBLES STRATEGIQUES

Le Développement de RHS au Tchad n'est pas assuré de façon coordonnée. La panoplie des problèmes relevés dans l'analyse de la situation plus haut met en exergue cette situation préoccupante. Afin de faire le diagnostic de la problématique des RHS, de redéfinir les normes en personnel et les principales orientations et interventions stratégiques susceptibles d'améliorer la situation, un Comité technique (Task Force) chargée de suivre le processus de révision du Plan est mis en place par arrêté n°14/PR/PM/MSP/SE/SG/DGRP/DRH/DGP/2010 du 14 janvier 2010 (Copie annexée au présent document).

Un atelier organisé du 8 au 12 février 2010 à BAKARA a regroupé le comité technique, les représentants des Ministères des Finances, de l'Enseignement supérieur, de la Défense Nationale, des Affaires sociales, et des personnes ressources pour réviser le Plan. Les objectifs de cet atelier consistent à :

- Briefer le Comité technique sur l'importance de la révision et le processus de révision du Plan ;
- Evaluer sommairement le plan par rapport aux recommandations qui y sont formulées ;
- Réactualiser les normes en personnels en vue de déterminer les besoins additionnels ;
- Redéfinir les principales interventions stratégiques en fonction des axes stratégiques retenues.

8.0- L'évaluation sommaire du Plan stratégique de développement des RHS (2000-2030)

Elle a été réalisée en tenant compte des recommandations formulées dans trois domaines importants, à savoir la planification, la formation et la gestion. Les résultats de cette évaluation sont contenus dans le tableau en Annexe 1.

Au cours de l'atelier de BAKARA, la périodicité du plan a été revue et ramenée à dix (10) ans pour une meilleure lisibilité car le PSDRHS (2000-2030) est très ambitieux et le contenu semble ambiguë. Une autre raison, c'est de faire en sorte qu'il soit en conformité avec les plans stratégiques des pays de la sous région. Par conséquent, le nouveau plan stratégique couvre la période de 10 ans allant de 2011 à 2020, soit deux quinquennats.

Aussi, conformément au canevas préconisé par l'OMS aux pays de la Région africaine de cette institution, les principaux axes stratégiques suivant ont été retenus (axes qui sont en cohérence avec les orientations de la Politique Nationale de Santé) :

- 1- la planification : politique et stratégies de dotation en RHS ;
- 2- la formation et le développement des compétences ;
- 3- la gestion des RHS ;
- 4- la recherche sur les RHS et leur développement.

8.1- Les Stratégies et cibles de la politique et de la planification en RHS

8.1.1- Les Normes de dotation en effectifs/niveaux de structures des soins

Les premières normes (normes opérationnelles et stratégiques) en personnel ont été définies par le Ministère de la Santé Publique en 1994 pour faire fonctionner les trois niveaux de soins en mettant l'accent sur les PMA et PCA. Ensuite, elles ont été révisées en 2002 dans le plan stratégique de développement des RHS à l'horizon 2030. Pour cela, les critères de dotation des structures retenus étaient la charge de travail selon les niveaux de prestations, la localisation (urbaine ou rurale du centre de santé), la catégorie des agents disponibles, la polyvalence attendue des agents, l'approche genre, la qualité des soins. Ils ont été reconduits lors de l'Atelier de Bakara tenu du 8 au 12 février 2010 pour la révision des normes en personnel.

Dans le présent document, 31 catégories socio-professionnelles suivantes sont retenues :

- les médecins,
- les pharmaciens,
- les dentistes,
- les assistants sanitaires/assistants en soins infirmiers,
- les biologistes /diplômés en sciences naturelles,
- les techniciens en soins infirmiers ;
- les techniciens de laboratoire
- les techniciens de bloc ;
- les techniciens en anesthésie et réanimation ;
- les techniciens de radiologie/imagerie médicale ;
- les techniciens en ORL ;
- les techniciens en pharmacie ;
- les techniciens en nutrition ;
- les techniciens en gynécologie ;
- les techniciens en odontologie ;
- les techniciens en santé publique ;
- les techniciens en chirurgie ;
- les techniciens en épidémiologie ;
- les techniciens d'assainissement ;
- les techniciens en kinésithérapie/orthopédie/rééducation fonctionnelle ;
- les techniciens en administration/enseignement ;
- les techniciens en statistiques/démographes ;
- les infirmiers diplômés d'état ;
- les sages femmes diplômées d'état ;
- les infirmiers (ATS, IB) ;
- les assistants sociaux/sociologues ;
- les administrateurs gestionnaires ;
- les comptables ;
- les secrétaires d'administration ;
- les ingénieurs/techniciens biomédicaux ;

- les agents d'appui.

A l'Atelier de Bakara, les normes ont été redéfinies par rapport aux formations sanitaires ci-après :

- 1- L'Hôpital Général de Référence nationale ;
- 2- Les autres institutions nationales (Centrale Pharmaceutique d'Achats, Centre National d'Appareillage et de Rééducation, Centre National de Transfusion Sanguine, Laboratoire National de Santé Publique et Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire) ;
- 3- La Direction centrale ;
- 4- Le Programme de lutte contre la maladie ;
- 5- La Direction de la Délégation sanitaire régionale ;
- 6- L'Hôpital régional ;
- 7- La Pharmacie Régionale d'Approvisionnement ;
- 8- La Direction de District Sanitaire ;
- 9- L'Hôpital de district ;
- 10- Le Centre de Santé urbain ;
- 11- Le Centre de santé rural.

1- NORMES EN PERSONNEL DE L'HÔPITAL GENERAL DE REFERENCE NATIONALE :

1.1- Direction

Directeurs: (Administrateurs des Hôpitaux)	2
Département Administratif: (Administrateurs des Hôpitaux)	2
Département Clinique: (Post-Universitaire)	2
Département Technique (Post-Universitaire)	2
Département Soins Infirmiers: (Techniciens Supérieurs)	6

1.2- Département administratif

	2011- 2015	2016- 2020
Gestionnaire des Ressources Humaines	2	4
Service Finances (comptable)	4	6
Service Statistique	2	3
Service Alimentation (Diététicien)	2	3
Bibliothécaire	2	4
Service Matériel	4	5
Service Maintenance:		
- Ingénieur	2	3
- Tech Sup	3	4
Service Social (Assistant Social)	4	6
Service Hygiène du Milieu	4	6
Division d'Information Médicale (Médecin)	2	3
TOTAL	31	47

1.3- Département Médico-technique

Paramédicaux	2011- 2015				2016-2020			
	PP	TS	IDE	ATS	PP	TS	IDE	ATS
Laboratoire	-	15	2	1	-	20	3	3
Pharmacie	4	-	-	-	6	-	-	-
Imagerie médicale	-	5	2	-	-	7	2	-
Banque de sang	-	6	2	1	-	8	3	2
Rééducation fonct.	-	4	2	1	-	6	3	2
Morgue	-	-	-	4	-	-	-	6
TOTAL	4	30	8	7	6	41	11	13

1.4- Département clinique

MEDECINS SPECIALISTES CHIRURGICAUX	2011- 2015	2016- 2020
Chirurgie Viscérale	1	2
Chirurgie Traumato/Orthopédiste	1	2
Chirurgie Pédiatrique	1	1
Chirurgie Urologie	2	3
Chirurgie Générale	7	10
Chirurgie Thoracique	0	1
ORL	2	2
Ophthalmologie	3	4
Neurochirurgie	1	2
Odonto - Stomatologie	3	4
Rééducation fonctionnelle	0	1
Chirurgie plastique	0	1
TOTAL	21	33

1.5- Services médicaux

SPECIALISTES MEDICAUX	2011- 2015	2016- 2020
Dermatologue	1	2
Psychiatrie	1	2
Maladies Infectieuses	2	3
Pneumologue	2	3
Cardiologie	2	3
Diabétologue	1	2
Gastro Entérologue	2	3
Néphrologie	1	2
Hématologue	1	2
Pédiatre	4	2
Cancérologie	1	1
TOTAL	18	25

1.6- Maternité

SPECIALISTES MEDICAUX	2011- 2015	2016- 2020
Gynéco-obstétriciens	5	3
Néonatalogistes	1	1
TOTAL	6	4

MEDECINS SPECIALISTES	2011- 2015	2016- 2020
Anesthésie Réanimation	2	2
Urgences	3	4
Imagerie Médicale: Radiologie	2	3
Laboratoire :		
-Virologiste	1	2
- Hématologue	1	2
- Micro Biologiste	1	2
- Biochimiste	1	2
- Parasitologue	1	2
- Anatomie/Pathologiste	1	1
TOTAL	13	20

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	2011- 2015	2016- 2020
Pharmaciens	2	4
Service Médico-légale	1	1
Médecine de Travail	1	1
Médecine de Sport	1	1
Médecins Généralistes	20	25
TOTAL	25	32

1.9- Services chirurgicaux

PARMEDICAUX	2011- 2015			2016- 2020		
	TS	IDE	ATS	TS	IDE	ATS
Chirurgie Viscérale	1	2	3	2	2	4
Chirurgie Pédiatrique	1	2	3	1	2	3
Chirurgie Traumatologie	2	4	6	2	4	6
Chirurgie Urologie	2	4	6	2	5	6
Chirurgie Thoracique	0	0	0	1	2	2
Chirurgie Générale	2	6	4	2	4	6
ORL	2	2	2	2	4	4
Ophthalmologie	4	2	2	4	2	2
Neuro chirurgie	1	2	2	2	3	4
Odonto Stomatologie	4	2	2	4	2	2
TOTAL	19	26	30	22	30	39

PARAMEDICAUX	2011- 2015			2016-2020		
	TS	IDE	ATS	TS	IDE	ATS
Cardiologie	2	4	6	2	6	6
Gastro entérologie	2	4	6	2	6	6
Endocrinologies	1	4	4	2	6	6
Gynécologie (SFDE et ATS/Accoucheuses)	4	28	10	2	14	3
Hôpital du jour	1	2	2	2	4	4
Maladie Infectieuses	2	4	6	2	6	6
Pédiatrie	2	4	6	1	4	4
Pneumologie	2	6	8	2	8	8
Réanimation	2	6	4	2	6	6
Anesthésie	18	0	0	18	0	0
Santé Mentale	6	2	2	8	2	2
Urgences	4	10	10	6	15	15
urologie	2	4	6	2	6	6
Traumatologie/Orthopédie	2	4	8	2	6	8
Chirurgie Générale	2	4	8	2	8	8
Bloc Opératoire	3	6	6	3	6	6
Instrumentistes	2	1	1	3	1	1
Rééducation fonctionnelle	2	2	2	4	2	2
TOTAL	59	95	95	65	120	95

2- NORMES EN PERSONNEL DES INSTITUTIONS NATIONALES :

2.1- Centre National d'Appareillage et de réadaptation (CNAR)

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	2011- 2015	2016- 2020
TS Kinésithérapie (Responsable)	1	2
TS Kinésithérapie	3	5
TS Prothésiste	2	4
Personnel d'appui	2	3
Total	8	14

2.2- Centre National de Transfusion sanguine (CNTS)

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	2011- 2015	2016-2020
Hématologue ou P.U.+ 3ans (Responsable)	2	2
Hématologie	1	2
Adm/Gestion	1	1
TS Laboratoire	4	6
Technicien de Laboratoire	4	6
Personnel d'appui	4	6
Total	16	23

2.3- Laboratoire National de Santé Publique (LNSP)

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	2011- 2015	2016- 2020
Responsable National (P.U.)	1	2
Post Universitaire	2	4
TS LABO	6	10
T LABO	6	10
Pharmacien	1	3
Préparateur en Pharmacie	2	4
Epidémiologiste	2	2
Statisticien	2	2
Adm/Gest	2	2
Personnel d'appui	4	6
TOTAL	25	38

2.4- Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire (CNNTA)

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	2011- 2015	2016- 2020
Spécialiste en Nutrition (PU)	1	2
Ingénieur en Nutrition	1	1
Ingénieur Agro-alimentaire	1	1
Technicien Supérieur en Nutrition	2	4
Assistant Nutritionniste	2	2
Assistant Social	1	2
Gestionnaire	1	1
Comptable	1	1
Secrétaire	1	1
Chauffeurs	1	2
Manceuvres	2	4
Gardien	1	1
TOTAL	15	22

2.5- Centrale Pharmaceutique d'Achats

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	2011-2015	2016-2020
Pharmaciens P.U + 3	1	2
Pharmaciens	2	3
Administrateurs/gestionnaires	1	1
Comptable	1	1
Technicien supérieur en pharmacie	1	1
Magasiniers	3	3
Secrétaires	2	2
Chauffeurs	2	2
Manceuvres	5	5
TOTAL	18	20

3- Normes en personnel du Programme National de Lutte contre la Maladie

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	2011-2015	2016-2020
Spécialistes en santé publique	2	2
Techniciens supérieurs	2	2
Assistants sociaux	1	1
Laborantins	2	2
Techniciens Hygiène Assainissement	1	1
Administrateurs gestionnaires de service de santé	1	1
Secrétaires	2	2
Chauffeurs	2	2
Plantons	1	1
Manœuvres	2	2
Comptables	1	1
TOTAL	17	17

4- NORMES EN PERSONNEL DE LA DELEGATION SANITAIRE REGIONALE

4.1-Direction de la Délégation Sanitaire Régionale

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	2011-2015	2015-2020
Médecins santé publique	1	1
Médecins épidémiologistes	1	1
Techniciens supérieurs en épidémiologie	1	1
Administrateurs /Gestionnaires de service de santé	1	1
Maintenanciers biomédicaux	1	1
Comptables	1	1
Planificateurs	1	1
Techniciens supérieurs en soins infirmiers	1	1
Techniciens d'assainissement	1	1
Secrétaires	2	2
Chauffeurs	2	2
Plantons	1	1
Manœuvres	2	2
Techniciens supérieurs en santé communautaire	1	1
TOTAL	17	17

4.2- Pharmacie Régionale d'Approvisionnement

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	2011-2015	2016-2020
Pharmaciens	1	1
Techniciens Supérieurs en pharmacie	2	2
Gestionnaires/Comptables	1	1
Secrétaires	2	2
Plantons	1	1
Chauffeurs	2	2
Manœuvres	3	3
Gardiens	2	2
TOTAL	14	14

4.3-Hôpital Régional

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	2011- 2015	2016-2020
Administrateurs des hôpitaux	2	2
Médecins généralistes	3	5
Chirurgiens	1	2
Pédiatres	1	1
Gynécologues obstétriciens	1	2
Ophtalmologues (médecin)	1	1
Ophtalmologues (technicien supérieur)	2	2
ORL (médecin)	0	1
ORL (technicien supérieur)	1	1
Anesthésie -réanimation (médecin)	0	1
Anesthésie -réanimation (technicien supérieur)	1	2
Chirurgiens dentistes (médecin)	0	1
Chirurgiens dentistes (technicien supérieur)	1	1
Prothésistes	0	1
Pharmaciens	1	1
Techniciens Supérieurs en pharmacie	1	2
Kinésithérapeutes	1	1
Assistants sociaux	2	3
Techniciens supérieurs génie sanitaire	1	2
Techniciens Supérieurs en Soins Infirmiers	2	3
Infirmiers Diplômés d'Etat	10	15
SFDE	5	7
ATS	15	20
Radiologue/ médecin	0	1
Radiologue/ technicien supérieur	1	2
Spécialiste en biologie médicale	1	1
Techniciens supérieurs en laboratoire	2	2

Maintenancier Biomédical	1	2
Gestionnaire	1	2
Comptable	1	1
Secrétaires	2	2
Ouvriers spécialisés (plombier, électricien, ...)	3	3
Plantons	1	2
Cuisiniers	2	2
Manœuvres	10	15
Garçons et filles de salle	10	15
Chauffeurs	3	4
Gardiens	2	2
TOTAL	92	133

5- NORMES EN PERSONNEL DU DISTRICT SANITAIRE

5.1- Direction de District

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	2011- 2015	2016- 2020
Médecin en santé publique ou Médecin généraliste (MCD)	1	1
Gestionnaire	1	1
Technicien d'assainissement	1	2
Technicien Supérieur (Superviseur/Formateur)	1	1
Secrétaire	1	1
Chauffeur	1	1
Manœuvre	1	2
Gardien	1	1
Total	8	10

5.2- Hôpital de District

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	2011- 2015	2016- 2020
Médecin chef de district	1	1
Médecin traitant	1	2
Médecin Chirurgien	0	1
Médecin Gyneco-Obstétrique	0	1
Technicien dentiste	1	1
Technicien Supérieur en pharmacie	1	2
Technicien sup. en anesthésie	1	2

Technicien de laboratoire	2	3
Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	0	1
Technicien de radiologie	1	2
Infirmier diplômé de l'Etat (IDE)	4	8
ATS Accoucheuses	2	2
Infirmier ATS	8	12
Sage femme diplômée de l'Etat (SFDE)	2	4
Technicien assainissement	1	2
Gestionnaire	1	1
Comptable	1	1
Assistant social	2	3
Secrétaire	1	1
Chauffeur	1	2
Mancœuvre	5	10
Gardien	2	2
TOTAL	38	64

5.3-Centre de santé urbain

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	2011- 2015	2016- 2020
Médecin Généraliste	0	1
IDE	1	2
ATS	2	4
ATS Accoucheuse	1	2
SFDE	1	2
Technicien d'assainissement	1	1
Technicien de Labo	1	2
Assistant social	1	1
Gérant pharmacie	1	1
Caissier	1	1
Gardien	1	1
Mancœuvre	2	4
TOTAL	13	22

5.4- Centre de santé rural

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	2011- 2015	2016- 2020
IDE	1	1
ATS	1	2
ATS Accoucheuse	1	1
SFDE	1	1
Technicien d'assainissement	0	1
Technicien de Laboratoire	0	1
Assistant social	0	1
Gérant de pharmacie	1	1
Caissier	1	1
Gardien	1	1
Manœuvre	1	1
TOTAL	8	12

8.1.2- La Projection des besoins additionnels en RHS

Il s'agit de déterminer les besoins additionnels en RHS pour les deux quinquennats 2011-2015 et 2016-2020 : trois (3) catégories professionnelles essentielles sont retenues à savoir les médecins, les infirmiers et les sages femmes diplômées d'état. Pour cela, le logiciel choisi est le MBB (Marginal Budgeting Buttleneek) qui est utilisé également pour l'estimation des coûts des interventions plus bas. Ce logiciel recommandé par le Système des Nations Unies et la Banque Mondiale est utilisé actuellement au Service de la Programmation et de la Budgétisation (de la DAFM) du Ministère de la Santé Publique dans le cadre de l'élaboration du CDMT pour la mise en œuvre du PNDS.

Tableau n° 19 : Besoins additionnels pour les trois catégories professionnelles essentielles (médecins, infirmiers et sages femmes)

Catégories professionnelles	Effectif Total 2009	Besoins 2010	Projection 2011	Projection 2012	Projection 2013	Projection 2014	Projection 2015
POPULATION TOTALE		11 175 915	11 578 248	11 995 065	12 426 887	12 874 255	13 337 728
Femmes en âges de procréer (FEAP)		2 548 109	2 639 841	2 734 875	2 833 330	2 935 330	3 041 002
Médecins généralistes requis par an suivant normes OMS	355	1 118	1 158	1 200	1 243	1 287	1 334
<i>Besoins additionnels des Médecins généralistes par année</i>		763	395	804	438	849	485
Nombre total des Infirmiers requis par an suivant normes OMS	799	2 235	2 316	2 399	2 485	2 575	2 668
<i>Besoins additionnels des Infirmiers par année</i>		1 436	80	83	86	89	93
Nombre total des Sages femmes requis par an suivant normes OMS	243	510	528	547	567	587	608
<i>Besoins additionnels des SFDE par année</i>		267	18	19	20	20	21

Catégories professionnelles	Projection 2016	Projection 2017	Projection 2018	Projection 2019	Projection 2020
POPULATION TOTALE	13 817 887	14 315 330	14 830 682	15 364 587	15 917 712
Femmes en âges de procréer (FEAP)	3 150 478	3 263 895	3 381 396	3 503 126	3 629 238
Médecins généralistes requis par an suivant normes OMS	1 382	1 432	1 483	1 536	1 592
<i>Besoins additionnels des Médecins généralistes par année</i>	897	535	949	588	1 004
Nombre total des Infirmiers requis par an suivant normes OMS	2 764	2 863	2 966	3 073	3 184
<i>Besoins additionnels des Infirmiers par année</i>	96	99	103	107	111
Nombre total des Sages femmes requis par an suivant normes OMS	630	653	676	701	726
<i>Besoins additionnels des SFDE par année</i>	22	23	24	24	25

8.2- Formation et développement des compétences des RHS

8.2.1- La Formation initiale :

a)- La Formation initiale des cadres supérieurs à l'intérieur (cf Annexe n° 2) :

Il s'agit en fait de la formation initiale des cadres supérieurs dans les deux facultés de médecine (FACSS, Faculté le Bon Samaritain) et les trois instituts public, privé et confessionnel (IUSTA, Institut de l'Université roi Fayçal et Institut la Francophonie).

La FACSS est la seule faculté de médecine publique et est actuellement confrontée surtout aux problèmes de faible capacité de production et de la faible qualité de formation. Ceux-ci sont dus notamment à l'insuffisance des enseignants de rang magistral, à l'inexistence des infrastructures et des équipements adaptés, ainsi qu'à l'insuffisance des sites d'encadrement. Pour permettre à cette faculté d'atteindre les normes internationales en améliorant sensiblement sa capacité de production, le Gouvernement devra former en quantité suffisante les médecins spécialistes, et promouvoir la recherche et la formation des enseignants-chercheurs.

Quant à **la Faculté de médecine Le bon Samaritain** (confessionnelle), elle est confrontée au problème de la faible qualité de la formation pour raison d'insuffisance d'encadrement. Mais au-delà, le problème crucial est la difficulté de contrôle, de coordination et de suivi de cette institution par le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Formation Professionnelle et de la Recherche. Cela nécessite la mise en place d'un cadre réglementaire de concertation entre le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et les responsables de cette faculté afin de discuter des modalités pratiques d'appropriation des conditions de formation des étudiants et de l'ancrage institutionnel du Centre Hospitalier Universitaire Le Bon Samaritain (site d'encadrement de ces étudiants) dans la pyramide sanitaire.

Pour ce qui concerne les trois instituts public, privé et confessionnel (**IUSTA, Institut de l'Université Roi Fayçal et Institut la Francophonie**), leur problème commun est la faible qualité de formation due à l'insuffisance des enseignants qualifiés, l'insuffisance d'exercices pratiques, l'absence de structures d'encadrement et l'inadaptation des programmes de formation. C'est pourquoi pour relever le niveau d'encadrement des élèves, il est préconisé de créer également un cadre de concertation regroupant le Ministère de l'Enseignement supérieur, le Ministère de la Santé Publique, et les Instituts concernés pour débattre des problèmes liés au renforcement des capacités de ces écoles (organisation des concours, affectation/formation d'enseignants, renforcement des structures d'encadrement, les profils à former, l'harmonisation des programmes, etc.).

b)- La Formation initiale des cadres supérieurs à l'extérieur (Cf Annexe n° 2) :

Actuellement, il n'existe aucune institution dans le pays qui forme des médecins spécialistes. La pénurie des médecins spécialistes entraîne un dysfonctionnement dans la délivrance des prestations des soins spécialisés à la population. Cette lacune est atténuée par la formation complémentaire des jeunes médecins généralistes

rendue obligatoire par le Ministère de la Santé Publique. Pendant la période de ce plan, cette formation complémentaire qui donne actuellement des résultats encourageants devra se poursuivre en attendant que le pays dote les structures de soins périphériques du minimum des médecins spécialistes.

De même, un effort devra être fait par le Gouvernement non seulement pour octroyer des bourses de spécialisation aux personnels médicaux et paramédicaux, mais aussi pour développer des mécanismes incitatifs favorisant le retour des médecins spécialistes tchadiens exerçant ou en formation à l'étranger. Aussi, à moyen ou long terme, on devra envisager de développer la formation des médecins spécialistes dans les Facultés existantes, et d'accélérer la réforme de l'ENASS pour pouvoir ouvrir des filières de spécialisation prioritaires des techniciens supérieurs.

Enfin, la formation des gestionnaires de services de santé ne doit pas être perdue de vue. Elle pourra être faite à l'étranger notamment dans les pays de la sous région. Toutefois, leur formation locale (à l'Ecole Nationale d'Administration) semble avantageuse et devra reprendre à court terme pour doter les structures sanitaires des cadres gestionnaires dont le profil est adapté aux besoins de terrain.

c)-La Formation initiale des cadres moyens et intermédiaires à l'intérieur (ENASS, Ecoles régionales de santé d'Abéché, de Moundou et de Sarh, les écoles privées et confessionnelles, Ecole de Formation des Auxiliaires des Services de Santé des Armées (EFASSA).

Au niveau de la Formation initiale des cadres moyens et intermédiaires, l'on constate d'une manière générale une insuffisance des capacités de formation dans l'ensemble des écoles publiques, privées, confessionnelles et militaires ci dessus citées. Les principales causes sont l'insuffisance d'enseignants qualifiés, des locaux et matériel pédagogique, d'encadrement, l'inadaptation des programmes de formation aux besoins réels de terrain et l'insuffisance de motivation des enseignants. Le défi à relever par le Gouvernement est d'accroître les capacités de formation de ces écoles pour répondre aux besoins quantitatifs et qualitatifs du secteur de la santé.

Pour répondre à ce défi, les interventions suivantes devront être mises en œuvre durant la période du plan stratégique :

- la construction et/ou l'extension des locaux pour pouvoir augmenter la capacité d'accueil des écoles notamment publiques ;
- la formation des enseignants : les besoins en enseignants qualifiés ne sauraient être couverts que par la formation à l'étranger. C'est pourquoi, en complément de la formation à l'étranger, le Ministère de la Santé Publique devra envisager le plus rapidement possible la création à l'ENASS d'une filière pour la formation des techniciens supérieurs en administration et enseignement afin de pourvoir les écoles nationales en enseignants qualifiés ;
- la mobilisation en totalité des ressources financières allouées par l'Etat aux écoles pour leur fonctionnement. En outre, les écoles de santé publiques, dotées de l'autonomie de gestion, devront entreprendre en concertation avec leur hiérarchie des initiatives pouvant générer des ressources additionnelles afin de compléter l'appui de l'Etat (par exemple organiser des formations pour le compte des Projets et Programmes nationaux de santé, recruter des candidats privés en fonction des

places disponibles, créer des cantines scolaires, organiser des journées porte ouverte, etc.) ;

- les curricula de formation devront être révisés pour pouvoir intégrer les besoins de terrain, et être harmonisés entre le secteur public et le secteur privé/confessionnel ;
- la motivation des enseignants permanents : elle est indispensable pour améliorer la qualité de formation. Cela nécessitera la mise en place d'un statut particulier pour ce corps. En plus, un plan de formation continue des enseignants/ encadreurs des écoles paramédicaux devra être mis en place pour élever le niveau d'enseignement ;
- le renforcement des sites d'encadrement en équipements appropriés ;
- compte tenu de l'importance de la santé environnementale et de la prévention contre certaines maladies, il est une nécessité pressante de rouvrir à court terme à l'ENASS la filière des techniciens supérieurs d'assainissement fermée il y a plus de 25 ans ;
- l'amélioration de l'organisation et la coordination des concours d'entrée et de sortie des paramédicaux : Il faut envisager chaque année l'organisation d'un concours unique pour toutes les écoles (publiques, privées et confessionnelle) ;
- l'institution d'un système d'accréditation des écoles et instituts de formation des paramédicaux publics, privés et confessionnelles : elle est nécessaire pour valider l'enseignement donnée et pour délivrer les diplôme de sortie aux étudiants.

Il s'agit là d'une vue synoptique des problèmes communs liés à la formation initiale des cadres moyens et intermédiaires et les actions qui sont préconisées pour les résoudre. Cependant pour les questions spécifiques à chaque école, le cadre logique en Annexe N° 3 semble exhaustif.

8.2.2- La Formation continue locale ou à l'extérieur (cf Annexe n° 4)

La formation continue est indispensable pour le développement de la carrière des agents de santé et contribue beaucoup à l'amélioration de la qualité de l'offre des soins dans les structures sanitaires. En effet, les connaissances techniques et pratiques s'estompent avec le temps, surtout quand on ne les utilise pas. Cela entraîne des lacunes que l'on ne peut combler qu'en actualisant, en révisant ou en renforçant les acquis. C'est pourquoi, les agents, grâce à une formation permanente, peuvent continuer à se tenir au courant de l'évolution et des progrès intervenus dans leurs domaines de spécialisation scientifique ou technologique.

Malheureusement, la formation continue n'est pas assurée systématiquement à l'ensemble du personnel (du public comme du privé). Actuellement, l'inexistence de la politique de formation continue, l'insuffisance d'organisation de la formation continue, l'inaccessibilité des moyens de formation, l'absence de base de données sur la formation continue et le financement direct de la formation continue des agents dans le cadre des programmes nationaux de santé provoquent respectivement un déficit de performance des agents, une inadaptation aux nouvelles technologies, une inadaptation de la formation continue par rapport aux exigences des postes occupés et la difficulté de la DRH de coordonner les activités de formation continue.

Afin d'améliorer la performance des agents de santé pour leur permettre de fournir des prestations de soins de qualité à la population, le MSP devra renforcer systématiquement leurs capacités à travers les actions suivantes : (I) Mettre en place une politique de formation continue en adéquation avec la PNS et le PNDS, (II) Elaborer des plans de formation continue (Plans quinquennaux et plans opérationnels) pour répondre aux orientations du PNDS et les mettre en oeuvre, (III) Mettre en place la base de données sur la formation continue (besoins en formation des structures sanitaires et les formations réalisées) et la mettre à jour, (IV) contractualiser avec les institutions de formation pour les formations au niveau local, (V) et redynamiser la coordination des activités de formation des agents de santé sur les programmes nationaux.

8.2.3- Gestion des institutions de formation (cf Annexe n° 5)

La gestion des institutions de formation (publiques et privées) pose au Ministère de la Santé publique un véritable problème de coordination. En effet, la DRH à travers la Division de la Formation n'arrive pas à assurer une coordination efficace de ces écoles pour plusieurs causes suivantes : (I) insuffisance des ressources humaines qualifiées et des ressources financières pour superviser régulièrement les écoles, (2) absence des textes réglementant les écoles publiques (textes d'application de la Loi sur les écoles régionales) et les écoles privées (aucun texte ne les règlemente), (III) absence d'un cadre formel de coordination où le MSP devra échanger avec ces écoles sur leur bon fonctionnement (le renforcement de leurs capacités de production, l'harmonisation des programmes de formation, l'organisation et la supervision des concours de recrutement des étudiants et de leur sortie, le devenir des écoles, etc.).

Durant la période du plan stratégique, un effort devra être fait par le MSP pour pouvoir assurer une coordination efficace des institutions de formation publiques et

privées en dotant la DRH des ressources financières et humaines qualifiées multidisciplinaires. Il devra mettre en place un cadre de concertation pour apporter efficacement un appui technique aux écoles et de faire adopter par le Gouvernement des textes réglementaires (notamment les textes portant organisation et fonctionnement des écoles régionales de santé publiques et des écoles privées) pour mettre fin à l'anarchie dans la création et le fonctionnement des écoles et particulièrement des écoles privées.

8.3- Gestion des RHS (cf Annexe n°6)

8.3.1- Le recrutement du personnel de santé :

Les possibilités offertes au Ministère de la Santé Publique pour rendre fonctionnelles les structures sanitaires sont très limitées, parce que les contraintes budgétaires obligent le Gouvernement à accorder un quota annuel faible pour le recrutement des personnels médicaux et paramédicaux. En outre, les profils des agents, le plus souvent imposés par le Ministère de la Fonction publique, ne correspondent pas aux besoins réels des structures sanitaires. Enfin, à l'absence d'une gestion prévisionnelle, les services chargés de la GRH ne peuvent disposer des besoins réels pour faire une bonne planification des effectifs.

En effet, la disponibilité de l'offre de soins de qualité dépend largement de la présence dans les structures sanitaires d'un grand nombre de personnel qualifié dont les profils correspondent bien aux postes existant dans ces structures. Si au lieu de recruter des médecins, sages femmes et infirmiers, l'on préfère des personnels administratifs et autres, il va sans dire que l'on ne pourra nullement atteindre les objectifs sanitaires, telle que l'amélioration de la santé de la population.

C'est pourquoi, un plaidoyer auprès du Gouvernement serait indiqué pour solliciter l'augmentation du quota annuel de 300 à au moins 500 places pour le personnel médical et paramédical dont le recrutement se fera dans un cadre de concertation interministériel à mettre en place. En amont, les capacités en gestion prévisionnelle des cadres chargés de la GRH devront être renforcées pour leur permettre de faire régulièrement la planification des effectifs en vue de déterminer les besoins quantitatifs et qualitatifs réels des structures sanitaires.

8.3.2- Le système actuel de GRHS :

Il ne permet pas une maîtrise de l'effectif du personnel, une gestion rationnelle du personnel et un accroissement du rendement du personnel.

La gestion irrationnelle du personnel est due à l'absence des outils essentiels de GRHS (la politique de GRHS, le répertoire des métiers, le plan de carrière, le plan de dotation et de redéploiement, etc.), ainsi qu'à l'absence de gestion prévisionnelle. La non maîtrise des effectifs, quant à elle, est causée par l'inexistence d'une base de données du personnel, un mauvais archivage des dossiers du personnel et l'inexistence du système d'information des RHS. Enfin, le faible rendement des agents est engendré par l'absence d'une politique de motivation, les mauvaises conditions de travail, l'absence de plan de carrière, l'insuffisance des compétences

en management des RH et l'absence d'un système de performance basé sur les résultats.

Par rapport à tous ces problèmes, les efforts à fournir devront tendre à rendre efficace la GRH et partant à augmenter le rendement du personnel à travers la mise en œuvre de la politique de motivation. Pour cela, il faut élaborer la Politique des RHS qui donnera des orientations claires sur la gestion et le développement des RHS, le plan de carrière pour permettre aux agents de pouvoir organiser le développement de leur carrière, une politique de motivation qui reconnaît le travail bien fait et qui contient des mesures incitatives de manière à motiver les agents à aller travailler dans les zones reculées, et mettant en évidence la dimension genre c'est-à-dire le personnel féminin et particulièrement les sages femmes. Tout cela devra être complété en amont par un système d'évaluation de performance interne basé sur les résultats que le Ministère de la Santé Publique mettra en place.

Par ailleurs, afin de maîtriser l'effectif du personnel, un système d'information des RHS devra être développé en mettant en place des bases de données sur les RHS, des manuels des procédures et outils de collecte de données, ainsi qu'un bon système d'archivage des dossiers du personnel. On devra parvenir au final à mettre en place l'observatoire des ressources humaines de la santé. Enfin, il faut amener les cadres des services chargés de la GRH à mettre en place la gestion prévisionnelle et que leurs capacités soient également renforcées en management de GRH pour qu'ils soient capables d'appréhender les subtilités de la GRH. En tout état de cause, le Ministère de la Santé Publique devra mettre en place une réelle gestion des ressources humaines assortie d'une gestion prévisionnelle des effectifs, en remplacement des pratiques actuelles qui restent le plus souvent au niveau des actes d'administration du personnel.

8.3.3- L'utilisation des RHS :

Le problème fondamental est l'inéquité dans la répartition géographique du personnel avec son corollaire de concentration dans les centres urbains et notamment la capitale. Cette situation est due à l'interférence extérieure dans la GRHS et particulièrement dans les affectations du personnel, l'absence de motivation, de planification des RHS, la difficulté de mobiliser certaines catégories telles que les médecins et le personnel féminin (principalement les sages femmes), l'insécurité dans certaines régions et la fuite des agents de santé vers les projets des humanitaires.

C'est pourquoi, le défi à relever durant la période du plan consistera à rétablir une certaine équité dans la distribution géographique du personnel de santé. Pour cela, les actions suivantes sont nécessaires : (i) Revoir la structure et la mission du Comité d'affectation pour le rendre plus efficace ; (II) Redéployer le personnel en surnombre à N'Djaména en tenant compte des normes définies dans le présent plan stratégique et en prévoyant des mesures d'accompagnement telles que la prise en charge des déplacements des agents à leurs postes, l'avance sur le salaire pour l'installation de nouveaux agents, les logements dans la mesure du possible, les primes d'éloignement pour ceux qui iront dans les localités reculées, etc. ; (III) Recruter les sages femmes en fonction des postes disponibles dans les structures de soins périphériques ; (IV) Mettre en place un cadre réglementaire de coordination

des appuis des humanitaires en vue de freiner la fuite agents exerçant dans le public vers les projets des humanitaires.

8.3.4- La Législation et la réglementation :

Certains domaines importants du secteur de la santé sont peu ou non réglementés. C'est notamment les cas de l'exercice en clientèle privée, la réglementation des écoles privées et la couverture de risque encouru par le personnel de santé.

L'exercice en clientèle privée est réglementé actuellement par le Décret N°343/PR/SPAFF.SOC du 19 décembre 1973. Etant donné l'importance de l'apport du secteur privé à la couverture sanitaire du pays, l'on doit comprendre aisément la nécessité pressante de la révision de ce texte vieux de plus de 35 ans.

S'agissant de l'absence de texte régissant les écoles privées, un projet de texte serait dans le circuit d'adoption. La préconisation à l'endroit du Ministère de la Santé Publique consistera à ce qu'il puisse accélérer son adoption pour pouvoir réorganiser ce secteur qui est d'une grande importance dans la production des agents de santé.

Pour ce qui est de l'absence de couverture de risques à l'égard du personnel de santé, la Direction de l'Organisation des services de santé est en train de mener des travaux sur le sujet pour proposer les types de couverture appropriés. Le Ministère de la Santé Publique devra également accélérer le processus pour que, durant la période du plan, la couverture contre les risques soit assurée pour le personnel de santé.

Au-delà de ces recommandations, le Ministère de la Santé Publique devra mettre en place un comité restreint de révision des textes sur le secteur de la santé qui aura pour mission de répertorier tous les textes importants existants et nécessitant une révision, d'identifier les domaines importants non réglementés et de proposer des projets de textes à soumettre au Gouvernement.

8.4- Recherche sur les RHS et leur développement (cf Annexe n°7)

En matière de recherche sur les RHS et leur développement, il est constaté une insuffisance de recherche et études faites sur le développement des RHS, d'autant plus qu'au Ministère de la Santé Publique il n'existe pas de culture de recherche. En outre, les cadres possédant des compétences avérées pour la recherche sont en nombre insignifiant. Cette situation est accentuée par l'inexistence d'un service des archives devant constituer la mémoire du Ministère, et donc faciliter la revue documentaire dans le cadre de la recherche.

Afin de promouvoir la recherche sur la santé et particulièrement sur le développement des RHS, le Ministère de la Santé Publique doit se donner les moyens de mettre en place une banque de données comportant un répertoire des chercheurs potentiels (étant entendu que le renforcement des capacités de cadres en recherches CAP et opérationnelle constitue une nécessité), de définir des domaines clés devant faire l'objet de recherche et d'études. Tout ce dispositif doit

être complété par la mise en place d'un service approprié des archives comportant l'ensemble de la documentation sur le secteur de la santé du pays

.
On devra pouvoir arriver en fin de compte à documenter des aspects importants de la problématique de développement des RHS (tels que la performance des agents, la difficulté de mobilisation du personnel féminin, la motivation, la gouvernance des RHS, la fuite des agents de santé du public vers le privé, l'impact de la formation complémentaires des jeunes médecins généralistes, la productivité du personnel de santé, etc.) de manière à permettre aux gestionnaires des RHS d'améliorer la GRH du secteur de la santé et aux décideurs de prendre de bonnes décisions stratégiques.

9- FINANCEMENT DU PLAN

Le financement du plan stratégique de développement des RHS sera assuré par le Gouvernement à hauteur de 50 % du coût total. Le reste sera mobilisé dans le cadre des financements extérieurs et la participation des secteurs parapublics et privés. Le coût total du plan comprend les coûts de la formation, des infrastructures, des équipements, de mise en œuvre, suivi et évaluation ainsi que les charges salariales et s'élève à **432 042 000 dollars US soit 194 418 900 000 FCFA**.

Tableau n° 20 : Estimation des coûts de financement du plan stratégique par domaine et par quinquennat :

Premier quinquennat (2011-2015) :

Plan Stratégique du Développement des Ressources Humaines pour la Santé	2011	2012	2013	2014	2015	I-Total
Domaine 1 : Planification et gestion de personnels	3 092	5 431	7 018	7 472	7 933	30 946
Domaine 2: Formation de base et formation continue	2 218	3 225	6 427	8 900	11 477	32 247
Domaine 3: Gestion des performances et motivation	253	482	806	1 166	1 620	4 328
Domaine 4: Conditions de travail et relations de travail	4 773	7 453	11 460	16 147	22 858	62 691
Grand Total (1)	10 336	16 591	25 711	33 687	43 887	130 212

Deuxième quinquennat (2016-2020) :

Plan Stratégique du Développement des Ressources Humaines pour la Santé	2016	2017	2018	2019	2020	II- Total
Domaine 1 : Planification et gestion de personnels	9 769	11 039	11 981	12 428	12 878	58 096
Domaine 2: Formation de base et formation continue	7 845	10 209	14 770	18 622	22 535	73 980
Domaine 3: Gestion des performances et motivation	1 827	2 030	2 345	2 721	3 196	12 118
Domaine 4: Conditions de travail et relations de travail	28 062	29 036	30 838	32 773	36 926	157 635
Grand Total (2)	47 503	52 314	59 934	66 544	75 535	301 830

Total global des coûts : 130 212 000 + 301 830 000 = **432 042 000 dollars US soit environ 194 418 900 000 FCFA**

10- LA MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET EVALUATION DU PLAN

10.1- La mise en œuvre du Plan :

Le Ministère de la Santé Publique est chargé de la mise en œuvre du Plan. Pour cela, il sera appuyé par ses partenaires au développement (OMS, AFD, UE, BM UNICEF, BAD, FNUAP, ONG nationales et internationales, etc.) et le secteur privé et confessionnel pour l e rôle important qu'ils jouent dans la formation des agents de santé. Elle se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, à travers des plans opérationnels.

En effet, le PSDRHS au Tchad couvre une période de 10 ans (de 2011 à 2020). Des plans quinquennaux seront élaborés qui prendront en compte les stratégies et actions retenues dans le Plan stratégique. Ensuite, des plans opérationnels élaborés à tous les niveaux du système de santé intégreront les activités sur le développement des RHS.

10.2- Le suivi et l'évaluation du Plan

a)- Le cadre de suivi et d'évaluation

Le cadre de suivi et d'évaluation est composé d'un comité de pilotage et d'un Comité technique.

Le Comité de pilotage comptera une dizaine de membres et sera composé des cadres du Ministère de la Santé Publique, des partenaires au développement, des représentants des Ministères du Plan, des Finances, de l'Enseignement et de la Fonction Publique et du travail, de l'Action Sociale, de la Solidarité Nationale et de la Famille sous la présidence du Secrétaire général du Ministère de la Santé Publique. Le secrétariat est assuré par le Directeur de la Planification et le Directeur des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique.

Le Comité de pilotage est chargé de rechercher le financement pour la mise en œuvre du plan, de veiller au respect des orientations stratégiques du plan, de suivre l'exécution du plan, de l'évaluer et de procéder aux réajustements en cas de nécessité. A cet effet, il se réunit au moins deux (2) fois par an.

Le Comité technique est un organe léger présidé par le Directeur de la Planification du Ministère de la Santé Publique et composé des cadres de la Division de la Planification, de la Division de gestion de personnel, de la Division de la formation, des responsables des institutions nationales de formation (Facultés, ENASS, etc.).

Il est chargé de :

- élaborer les plans d'actions quinquennaux et opérationnels ;
- préparer les documents pour les réunions du Comité de pilotage ;
- veiller à la mise en œuvre des plans quinquennaux et opérationnels, et évaluer régulièrement leur mise en œuvre ;
- préparer les revues périodiques (suivi et évaluation à mi-parcours et évaluation finale).

b)- Les indicateurs de suivi et d'évaluation :

Les indicateurs quantitatifs sont :

- le nombre d'agents formés par catégories professionnelles (médecins généralistes, spécialistes, IDE, SFDE, ATS, techniciens et autres) formés et disponibles ;
- le nombre des centres de santé tenus par les infirmiers qualifiés,
- le nombre des Districts sanitaires disposant d'une équipe cadre ;
- le nombre d'institutions publiques ayant augmenté de capacité d'accueil, etc.

Les indicateurs qualitatifs sont :

- l'évolution du ratio médecins/population ;
- l'évolution du ratio IDE/population ;
- l'évolution du ratio SFDE/ femmes en âge de procréer ;
- l'évolution du taux d'accouchement assisté, etc.

10.3- Les facteurs favorisant la mise en œuvre du Plan ou susceptibles de la compromettre :

Les principaux facteurs favorisant la mise en œuvre du Plan stratégique sont les suivants : l'existence d'une Politique Nationale de Santé, d'un PNDS et d'un CDMT en harmonie avec la Stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté, ainsi que les Objectifs du Millénaire pour le Développement ; l'existence d'une Direction des Ressources Humaines ; l'amorce de la décentralisation administrative (élections en vue des élus locaux) ; l'extension du réseau routier permettant de désenclaver les régions ; l'attention particulière accordée par le Gouvernement au secteur de la santé en tant que secteur prioritaire ; la disponibilité des partenaires au développement à appuyer le secteur de la santé ; la disponibilité des ressources additionnelles dues à l'exploitation du pétrole ; l'amorce d'un dialogue social avec l'opposition intérieure et le Soudan.

Par contre, les principaux facteurs susceptibles de compromettre la mise en œuvre du Plan stratégique sont l'insécurité dans certaines localités ; l'étendue du pays ; la mauvaise gouvernance ; la dépendance du pays vis-à-vis de l'aide extérieure et la précarité de la paix.

11- CONCLUSION

Le Secteur de la santé au Tchad, à l'instar des pays de la sous région, souffre d'une extrême pénurie en ressources humaines qualifiées. Dans ces conditions, il serait difficile au Ministère de la Santé Publique de pouvoir traduire dans les faits la PNS.

En effet, le système de santé au Tchad n'est pas performant à cause notamment de la situation des ressources humaines qualifiées caractérisée par une insuffisance criante, une mauvaise distribution géographique et un manque de motivation. Il est donc impératif que le Ministère de la Santé Publique puisse rechercher des solutions appropriées à cette problématique afin de rendre disponibles les offres de soins sur l'ensemble du territoire, et partant de permettre à la population d'utiliser les structures de soins.

Durant la période du plan, il devra se donner les moyens nécessaires pour : (I) renforcer les compétences des agents ayant la charge de gérer le personnel en gestion prévisionnelle et informatiser la GRH à tous les niveaux ; (II) redéployer le personnel et particulièrement certaines catégories comme les médecins et les sages femmes ; (III) renforcer la capacité de production des institutions de formation nationale ; (IV) renforcer les compétences des agents en cours de carrière ; (V) mettre en place des mécanismes devant motiver réellement les agents à aller travailler dans les districts sanitaires, (VI) et développer la culture de recherche au sein des services.

Pour faciliter la mise en œuvre du présent plan stratégique, le Ministère de la Santé Publique peut tableur sur des opportunités qu'offre le pays, notamment la disponibilité et la mobilisation des partenaires au développement autour problèmes liés aux RHS, l'accès à des ressources additionnelles provenant de l'exploitation du pétrole et la recherche d'une paix durable à travers le réchauffement des relations avec le Soudan.

Aussi, d'autres opportunités telles que la coopération sud sud (tchado – cubaine par exemple) et la coopération bilatérale, si elles sont bien négociées et mises en œuvre pourraient compléter les efforts du Gouvernement à assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées dans les districts sanitaires.

12- BIBLIOGRAPHIE

- Politique Nationale de Santé (2007-2015) : Septembre 2007 ;
- Plan National de Développement Sanitaire du Tchad (2009-1012) : Tome 1 : Analyse situationnelle, objectifs, orientations stratégique : octobre 2008 ;
- Plan National de Développement Sanitaire du Tchad (2009-1012) : Tome 2 : Programmation, suivi et évaluation : octobre 2008 ;
- Plan Stratégique de Développement des RHS au Tchad (2000-2030) : Septembre 2002 ;
- Six (6) rapports de mission de collecte des données sur les RH dans les régions ;
- Politiques et Plans des Ressources Humaines pour la Santé : Directives à l'intention des pays membres de l'OMS, Région africaine/ Bureau régional de l'Afrique ;
- Perfectionnement à la fonction des cadres chargés de la gestion du personnel : du quotidien au prévisionnel : (1) La fonction encadrement : Jacques Brunet, avril 96 ;
- Perfectionnement à la fonction des cadres chargés de la gestion du personnel : du quotidien au prévisionnel : (2) La gestion des ressources humaines : Jacques Brunet, avril 96 ;
- Mission d'évaluation externe de la Faculté des Sciences de la Santé : Charles Boelen, Sahloul Essoussi, Prosper N'Deck et Abel Morbe Ngartelbaye, 26 avril – 5 mai 2005 ;
- Mission d'évaluation externe de l'ENASS : Françoise Poirier, Dr Daugla Doumagoum moto et Abel Ngartelbaye, Octobre 2005 ;
- Evaluation de la Formation initiale décentralisée : Sabo Alio : Décembre 2002 ;
- Evaluation de la Formation continue : Ibrahim Lo et Dr Oscar Kamara : décembre 2002 ;
- Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2) : INSEED/2009;
- Deuxième Enquête sur la Consommation et le Secteur Informel (ECOSIT 2) ;
- Deuxième Enquête Démographique et de Santé au Tchad (EDST 2) ;
- Loi n° 017/PR/2001 portant Statut général de la Fonction publique : 31 décembre 2001 ;
- Décret N° 106/PR/MFPTPEM/2002 du 6 mars 2002 fixant l'échelonnement indiciaire et définissant les modalités de reclassement des corps et de reversement des fonctionnaires ;
- Décret n°903/PR/PM/MFPTPEM/2006 du 12 octobre 2006 fixant le statut particulier des corps des fonctionnaires du Secteur de la Santé et de l'Action sociale ;
- Annuaire des statistiques sanitaires du Tchad de 2007 et 2008.

13-ANNEXES:

Annexe 1 : Les résultats de l'évaluation sommaire du PSDRHS

Domaines	N°	Recommandations	Etat d'avancement	Raisons/causes	Actions à envisager ou à entreprendre
PLANIFICATION	1	Renforcer la Division de la Planification	La Division de la Planification n'a pas été renforcée en personnel cadre	- Mauvaise utilisation des ressources humaines disponibles ayant le profil indiqué au MSP - Manque de motivation	- Mise à disposition d'au moins 3 planificateurs - Former des cadres du MSP en planification
	2	Assurer la mise en œuvre des plans quinquennaux	Absence de plans quinquennaux	- Absence des planificateurs, - Instabilité des responsables du ministère	- Elaborer des plans quinquennaux - briefier les nouveaux responsables du MSP sur l'existence du plan
FORMATION	3	Construire et équiper la FACSS	En cours de réalisation	Dans l'enceinte de l'Hôpital de la mère et de l'enfant	Suivre le processus de réalisation
	4	Opérationnaliser et/ou officialiser la bi-appartenance des enseignants chercheurs permanents	Non réalisé	Lenteur administrative	Relancer un nouveau dossier et faire le plaidoyer auprès de hautes autorités
	5	Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation des enseignants permanents	Plan non élaboré	Manque de volonté et de moyen financier	Elaborer le plan et le mettre en œuvre
	6	Mettre en place des mesures d'accompagnement pour motiver les enseignants permanents	Indemnités accordés partiellement aux enseignants permanents de l'ENASS		Poursuivre le processus et mettre en place une politique de motivation intégrant les autres avantages
	7	Rédiger les textes réglementant les créations des institutions de formations privées	En projet	Lenteur administrative	Accélérer la parution de ces textes
	8	Appliquer effectivement les textes régissant l'autonomie	Non réalisé	- Manque d'initiatives et de créativité des	Développer des activités génératrices de revenus

		des institutions de formation		responsables des institutions - Insuffisance de ressources financières allouée	-Renforcer les capacités managériales des cadres des institutions de formation -Augmenter les crédits (subventions)
9		Réviser le système d'encadrement des stages urbains et ruraux des institutions de formation	Non réalisé	- Insuffisance des professeurs permanents - Insuffisance des sites de stage - Absence de politique d'encadrement de stage	Ouvrir une filière pour la formation des enseignants à l'ENASS - Renforcer les capacités des enseignants et encadreurs existants - Elaborer la politique d'encadrement des stages
10		Eriger les centres de formation initiale décentralisée en écoles de formation	Réalisée partiellement	-Manque de textes d'application de la Loi instituant ces écoles -L'école de santé de Massaguet n'est pas mise en place	-Accélérer l'adoption des textes portant organisation et fonctionnement des écoles régionales -Renforcer les capacités de ces écoles (affecter les professeurs, subvention pour le fonctionnement, ...) -Rendre opérationnelle l'Ecole régionale de santé de Massaguet
11		Renforcer les mécanismes de collaboration et de coordination entre les institutions de formation publique et privée	Non réalisé	Absence de cadre de collaboration et de coordination	Formaliser le cadre de collaboration et de coordination et le rendre opérationnel
12		Mettre en place des mécanismes de suivi et évaluation	Non réalisé	Absence d'outils de suivi-évaluation	Elaborer les outils de suivi-évaluation par un consultant
13		Elaborer et mettre en application un plan de carrière	Non réalisé	Manque de compétences	-Renforcer les compétences des cadres de la direction des ressources humaines

GESTION					-Recruter un consultant pour élaborer le plan de carrière
	14	Mettre en œuvre des mesures pour inciter et maintenir les agents en périphérie	Non réalisé	Absence d'une politique de motivation	- Elaborer une politique de motivation et la mettre en oeuvre
	15	Responsabiliser les administrateurs des services de santé au niveau des DSR et direction des districts	Non réalisé	- Manque de textes définissant les profils des postes - Réticence des médecins	- Prendre des textes définissant les profils des postes - Valoriser le métier de médecin
	16	Engager la réflexion sur la question des bourses liées à la formation	Non réalisé	absence de concertation au niveau national car il s'agit d'un problème qui dépasse le cadre du MSP	Mettre en place un comité national de réflexion

Annexe 2 : Le Cadre logique de la Formation initiale des cadres supérieurs

INSTITUTIONS	Problèmes	Causes	Objectifs	Stratégies/Actions	Résultats attendus	Indicateurs Vérifiables	Échéance	
Domaine 1 : Formation initiale des cadres supérieurs à l'intérieur							I	II
FACSS	Faible capacité de production	Insuffisance des enseignants de rang magistral	Atteindre les normes internationales	Former en quantité suffisante les médecins spécialistes	Capacité de production améliorée	58 spécialistes formés	28	30
	Faible qualité de formation	Inexistence des infrastructures et équipements adaptés		Promouvoir la recherche	Qualité de la formation améliorée	Nombre de publications faites		
		Insuffisance de sites d'encadrement		Faire le plaidoyer auprès des autorités pour encourager la promotion des enseignants - chercheurs		Une politique de promotion locale des enseignants mise en place		
Fac. Le Bon Samaritain	Difficulté de contrôle, de coordination et de suivi du Ministère de l'enseignement supérieur	Manque d'appropriation par le Ministère de l'enseignement supérieur	S'approprier des conditions de formation des étudiants de la faculté	Mettre en place un dispositif de concertation entre le MSP, le MESRSFP et les responsables de la faculté	Appropriation effective des conditions de formation des étudiants de la faculté par le MESRSFP	Un Acte mettant en place une commission de concertation et de coordination est pris		
	Faible qualité de formation	Insuffisance de sites d'encadrement						
IUSTA	Faible qualité de formation	Manque des enseignants qualifiés	Relever le niveau d'encadrement des étudiants	Affecter des enseignants qualifiés	Qualité de la formation améliorée	Nombre d'enseignants qualifiés affectés		
		Manque d'exercices pratiques		Former des enseignants		Nombre d'enseignants		

						formés			
	Mauvaise prise en charge de cert. patho. (hyg. Assain., kiné, odonto, radio)	Manque de techniciens supérieurs dans le domaine d'hyg. Assain., kiné, odonto, radio)	Augmenter la capacité de production des techniciens sup.	Ouvrir les filières inexistantes	Prise en charge de toutes les pathologies	Taux de référence			
		Manque de structures d'encadrement		Renforcer du plateau technique sur les sites de stage					
				Renforcer les capacités des formateurs					
INSTITUTIONS	Problèmes	Causes	Objectifs	Stratégies/Actions	Résultats attendus	Indicateurs Vérifiables	Échéance		
Domaine 1 : Formation initiale des cadres supérieurs à l'intérieur								I	II
Institut Univ. Roi Fayçal	Faible qualité de formation	Profil des enseignants	S'approprier des conditions de formation des étudiants de l'Institut	Mettre en place un dispositif de concertation entre le MSP, le MESRSFP et les responsables de l'Institut	Qualité de la formation améliorée	Un Acte mettant en place une commission de concertation et de coordination est pris			
		Inadaptation des programmes							
ISPF	Faible qualité de formation	Manque d'appropriation par le Ministère de l'enseignement supérieur et le Ministère de la Santé Publique	S'approprier des conditions de formation des étudiants de l'Institut	Mettre en place un dispositif de concertation entre le MSP, le MESRSFP et les responsables de l'Institut	Qualité de la formation améliorée	Un Acte mettant en place une commission de concertation et de coordination est pris			
		Profil des enseignants							
		Inadaptation des programmes							

Domaine 2 : Formation initiale des cadres supérieurs (spécialisation des médecins)								
Etranger	Non fonctionnalité des structures de soins spécialisées	Manque de médecins spécialistes	Rendre fonctionnelles les structures de soins	Allouer des bourses de formation aux médecins spécialistes	Structures de soins spécialisés fonctionnelles	Nombre de médecins spécialistes formés		
		Fuite des cerveaux		Développer des politiques d'incitation permettant aux spécialistes en formation à l'étranger de regagner le pays après leur formation				
				Développer des formations des médecins spécialistes à l'intérieur				
				Poursuivre la formation complémentaire des jeunes médecins généralistes		Nombre des jeunes médecins ayant bénéficié de la formation complémentaire		
INSTITUTIONS	Problèmes	Causes	Objectifs	Stratégies/Actions	Résultats attendus	Indicateurs Vérifiables	Échéance	
Domaine 3 : Formation initiale des cadres supérieurs (spécialisation des techniciens supérieurs)								
Etranger	Non fonctionnalité des structures de soins spécialisées	Déficit en techniciens supérieurs	Relever le nombre de techniciens supérieurs dans les structures de soins	Accélérer la création des filières de spécialisation dans les écoles de formation	Structures de soins spécialisés fonctionnelles	270 techniciens supérieurs formés	135	135

				Allouer des bourses de formation aux techniciens supérieurs pour des filières inexistantes				
		Suspension de la transformation des salaires en bourse		Accorder la transformation des salaires en bourse en fonction des priorités du MSP		300 techniciens supérieurs formés grâce à la transformation de leur salaire en bourse		
Domaine 4 : Evolution des filières de formation								
Local	Programmes de formation et diplômes non harmonisés avec ceux des autres pays de la sous région	Programmes désuets	Elever le niveau de formation à l'instar de la sous région	Intégrer dans la révision des curricula	Programmes de formation et diplômes harmonisés à l'instar de la sous région	L'appellation des diplômes		

Annexe 3 : Le Cadre logique de la Formation initiale des cadres moyens et Intermédiaires à l'intérieur

Institutions de formation	Problèmes	Causes	objectifs	Stratégies/Actions	Résultats attendus	Indicateurs vérifiables	Echéances	
							2011 - 2015	2016 - 2020
ENASS	Faible capacité	Insuffisance de structures	Augmenter la capacité	Etendre les locaux/construire un nouveau local	Locaux étendus/construits	PV de réception	X	X
	Insuffisance des enseignants qualifiés et permanents	Absence de plan de formation	Renforcer le nombre des enseignants qualifiés	Elaborer un plan de formation des enseignants et encadreurs des étudiants	Enseignants formés en pédagogie des sciences de la santé	Nombre d'enseignants/encadreurs formés	X	X
	Insuffisance de formation pratique	Absence de planification de TP/TD	Planifier systématiquement les TP/TD	Mettre en œuvre la planification Assurer la supervision	TP/TD réalisés	Cahier texte Rapport de supervision	X	X
	Autonomie de gestion non effective	Insuffisance de subvention et manque des initiatives génératrices de ressources additionnelles	Rendre effective l'autonomie de gestion	Faire un plaidoyer auprès des autorités	L'autonomie de gestion est effective	Plan d'action exécuté	X	
	Faible capacité d'encadrement	Insuffisance des sites de stage	Augmenter les structures sanitaires	Equiper les structures existantes Construire de nouvelles structures Former le personnel qualifié	Capacité d'encadrement renforcée	Rapports de stage	X	X

	Insuffisance de motivation des enseignants	Mauvaise gestion des ressources	Motiver les enseignants permanents	Elaborer un plan de carrière des enseignants intégrant le reste des avantages	Plan de carrière des enseignants permanents est élaboré Texte révisé	Plan de carrière disponible Texte révisé	X	
Ecoles régionales de santé (Abéché, Biltine, Moundou et Sarh)	Insuffisance des enseignants permanents	Absence de plan de formation	Renforcer le nombre d'enseignants qualifiés	Elaborer et mettre en oeuvre un plan de formation	Les enseignants sont formés en pédagogie des sciences de la santé	Nombre d'enseignants formés	X	X
	Insuffisance des sites d'encadrement	Insuffisance d'infrastructures	Augmenter les structures sanitaires	Equiper les structures existantes Construire de nouvelles structures	Capacité d'encadrement renforcée	Rapport de stage	X	X
	Absence d'autonomie effective de gestion	Absence de texte d'application de la Loi mettant en place ces écoles	Accélérer le processus d'adoption de texte d'application	Faire le plaidoyer	Le Texte d'application de la Loi est adopté	Texte adopté disponible	X	
Les écoles privées et confessionnelles	Insuffisance de structure d'accueil adéquate	Absence de normes pour l'implantation ou la création d'une école	Réglementer l'implantation ou la création des écoles privées	Elaborer les normes et les textes et les mettre en oeuvre	Normes adoptées	Textes disponibles et appliqués	X	
	Critères de recrutement des élèves non appropriés	Maximisation du profit	Harmoniser les critères de recrutement des étudiants	Organiser un atelier pour harmoniser les critères de recrutement et organiser un concours national pour l'ensemble des	Critères de recrutement harmonisés et concours national organisé	Texte harmonisant les critères et PV des résultats du concours national	X	X

				écoles				
	Insuffisance du matériel didactique	Manque de volonté	Approvisionnement en matériel didactique	Mettre à la disposition de ces écoles la liste appropriée	Matériel didactique disponible	Rapport de supervision	X	X
	Insuffisance de formateurs qualifiés	Manque de volonté	Renforcer les écoles en personnel qualifié	Affecter au moins un enseignant qualifié/école	Enseignant qualifié disponible	Présence effective	X	
Ecole de formation des auxiliaires des services de santé des armées (EFASSA)	Prestations des services insuffisantes	Formation de très courte durée	Rehausser le niveau et la durée de formation	Réviser les curricula	Curricula révisés	Rapport de l'atelier de révision	X	
	Faible capacité d'accueil	Manque d'infrastructure	Augmenter la capacité d'accueil de l'école	Affecter d'autres bâtiments/Faire l'extension de l'école	Bâtiment disponible	Note d'affectation	X	
	Insuffisance des enseignants qualifiés	Absence de formation des enseignants	Enseignants formés	Planifier et recycler les enseignants	Nombre d'enseignants formés	Rapports de formation	X	X
	Insuffisance du matériel didactique	Insuffisance d'appui à l'école	Doter l'école en matériel didactique	Faire le plaidoyer auprès de l'Etat et des bailleurs	Matériel didactique livré	PV de réception	X	X
	Cadre institutionnel inadéquat	Absence de vision politique de formation	Définir le cadre institutionnel	Rattacher l'école à la Direction de santé des armées	L'école rattachée à la Direction de santé des armées	Texte disponible	X	X

Annexe 4 : Le Cadre logique de la Formation continue :

Problèmes	Causes	Objectifs	Stratégies/Actions	Résultats attendus	Indicateurs vérifiables	Echéances	
						2011-2015	2016-2020
Déficit de performance	-Manque de politique de formation continue - L'insuffisance d'organisation de la formation continue	Renforcer systématiquement les capacités des agents pour une meilleure performance	-Elaborer la politique de formation continue au sein du MSP -Elaborer un plan quinquennal de formation continue Et des plans annuels	Une formation continue bien organisée et des agents sont devenus performants	Politique de formation disponible et mise en oeuvre	X	X
Inadaptation aux nouvelles technologies	Inaccessibilité des moyens de formation		Redynamiser la structure de coordination		Nombre d'agents recyclés	X	X
Difficulté de coordination de la formation continue	Les programmes de santé et les partenaires organisent les formations continues sans se référer à la Division de la Formation		Initier une note circulaire pour rappeler aux responsables des programmes et aux partenaires de référer aux plans de formation du MSP			X	X
Inadaptation de la formation continue par rapport à la fonction	Absence d'une base de données sur les besoins en formation et les formations		Contractualiser avec les structures de formation pour des formations au niveau local -Mettre en place une base de données sur les formations continues réalisées		Base de données sur la formation continue disponible	X	

	réalisées					X	
--	-----------	--	--	--	--	---	--

Annexe 5 : Le Cadre logique de la Gestion des institutions de formation

Problème	Causes	Objectifs	Stratégies/Actions	Résultats attendus	Indicateurs vérifiables	Echéances	
						2011-2015	2016-2020
Insuffisance de coordination des écoles publiques et privées	-Insuffisance des ressources (personnel, matériel, outils informatiques...)	Assurer une coordination efficace des institutions de formation	-Restructurer le service/Renforcer le personnel cadre	La Coordination est efficacement assurée par la Division de Formation (DRH)	-Division de la formation renforcée en cadres	X	X
	-Absence d'un cadre formel de concertation		-Mettre en place un cadre de concertation entre le MSP et les institutions de formation publiques et privées		-Comptes rendus des réunions de concertation du MSP avec les institutions de formation publiques et privées	X	X
	-Absence de textes réglementant les écoles notamment privées		Mettre en place un dispositif juridique sur les écoles régionales de santé y compris les privées		Textes réglementant les écoles adoptés en Conseil des Ministres	X	
	Manque des ressources financières pour assurer la supervision des écoles		-Mettre en place un fonds pour assurer l'opérationnalité de la coordination		Rapports de supervision	X	X

Annexe 6 : Le Cadre logique du système de GRH

Domaines	Problèmes	Causes	Objectifs	Stratégies/Actions	Résultats attendus	Echéances	
						2011-2015	2016-2020
1.1 -Recrutement	Possibilités limitées de recrutement du personnel qualifié pour faire fonctionner convenablement les structures de soins	Contraintes budgétaires Faible quota accordé par le MFP	Renforcer les capacités de recrutement en vue d'atteindre les normes en personnel de santé d'ici fin 2020	Plaidoyer auprès du Gouvernement pour l'augmentation du quota à 500 places	500 agents de santé (médecins et paramédicaux) recrutés /an	X	X
	Inadéquation des profils d'agents recrutés par rapport aux besoins des structures de soins	Imposition de profils inadaptés par le MFP Absence de compétences en gestion prévisionnelle		-Mettre en place un cadre de concertation interministérielle pour le recrutement des agents ayant le profil de santé Renforcer les compétences des gestionnaires des RH en gestion prévisionnelle	Cadre de concertation effectivement mis en place Catégories des Médecins et paramédicaux recrutés Système de gestion prévisionnelle mis en place à la DRH	X X X	X
1.2 - Système de gestion	Faible rendement des agents	Absence d'une politique de motivation Mauvaises conditions de travail Absence de plan de carrière Insuffisance de compétence en	Rendre plus efficace la GRHS et augmenter le rendement en motivant les agents	Elaborer et mettre en oeuvre la politique de motivation Améliorer les conditions de travail Elaborer le plan de carrière Renforcer les capacités	Document de politique de motivation disponible Conditions de travail améliorées Plan de carrière disponible et mis en oeuvre	X	X

		management des RH Inapplication de la loi 017 portant statut général de la Fonction publique quant à la mise en place du Système de performance basé sur les résultats		en management des RHS Mettre en place un mécanisme de performance interne au MSP	Mettre en place un Comité de réflexion pour proposer le mécanisme	X	
La non maîtrise des effectifs du personnel de santé		Absence de base des données sur les RHS		Installer une base de données sur les RHS et la mettre à jour	Base des données disponible	X	X
		Mauvais archivage des dossiers		Mettre en place un système approprié d'archivage des dossiers	Dossiers du personnel correctement archivés	X	X
		Inexistence du système d'information de RH		Développer un système d'Information des RH	Le Système d'Information des RH est rendu opérationnel	X	X
Gestion irrationnelle des RHS		Absence de Politique de GRH	Améliorer la gestion des RHS	Elaborer la Politique de GRH	Politique de GRH disponible et mis en œuvre	X	X
		Absence des outils essentiels de GRH		Elaborer les outils essentiels de GRH	Outils essentiels de GRH disponibles	X	X
		Absence de gestion prévisionnelle		Mettre en place la gestion prévisionnelle dans les services de GRH	Service de gestion prévisionnelle disponible	X	X

1.3-Utilisation des RHS	Inéquité dans la répartition géographique des RHS	<p>Interférence externe dans la GRH et notamment les affectation du personnel</p> <p>Concentration du personnel dans la capitale</p> <p>Difficulté de mobilisation du personnel féminin (Sages femmes, ...)</p> <p>Insécurité dans certaines régions Absence de motivation</p> <p>Fuite des agents vers les offres d'emplois des humanitaires (Zones des réfugiés)</p>	(Atteindre les normes en personnel de santé d'ici fin 2020)	<p>Repenser le Comité d'affectation pour le rendre plus efficace</p> <p>Redéploiement des agents vers la périphérie</p> <p>Recrutement des Sages femmes en fonction des postes disponibles dans les régions</p> <p>Mettre en place un mécanisme de coordination des activités des humanitaires</p>	Répartition géographique équitable du personnel en fonction des normes			X
1.4-Législation et réglementation (à réviser ou à renforcer)	Inadéquation du texte sur l'exercice de la clientèle privée	Désuétude du Décret N°343/PR/SPAFF.SOC du 19 décembre 1973 organisant la clientèle privée	Réorganiser le système	<p>Réviser le décret N°343/PR/SPAFF.SOC du 19 décembre 1973</p> <p>Mettre en place un comité restreint d'élaboration/ révision des textes</p>	<p>Texte révisé et appliqué</p> <p>Textes révisés/ élaborés et adoptés</p>	X		X
						X		X

	Absence de la couverture du risque du personnel de santé	Absence d'études faites dans le domaine	Personnel de santé bénéficiant d'une couverture sociale	Mener les études de concert avec la DOSS	Etudes disponibles et appliquées	X	X
--	--	---	---	--	----------------------------------	---	---

Annexe 7 : Le Cadre logique de la Recherche sur les RHS et leur développement

Problèmes	Causes	Objectifs	Stratégies/Actions	Résultats attendus	Indicateurs vérifiables	Echéances	
						2011-2015	2016-2020
Insuffisance de recherche/études faites sur le développement des RHS	Absence de culture de la recherche	Promouvoir la recherche sur le développement des RHS	-Mettre en place une banque de données sur la recherche (répertoire des chercheurs, domaines clefs de recherche...) -Mobiliser les ressources financières pour la recherche	Amélioration de la GRH à travers des études menées sur les domaines clefs du développement des RHS.	Banque de données sur la recherche disponible et mise à jour	X	X
	Insuffisance des compétences en recherche		-Renforcer les capacités des cadres du MSP sur les techniques de recherche (recherches CAP, opérationnelles...)		Disponibilité d'un fonds pour la recherche	X	X
	Absence d'un service des archives au sein du MSP		-Mettre en place un service approprié des archives		Cadres formés en techniques de recherche	X	X
					Service des archives opérationnel	X	X

