

PROJET ARIVA

APPUI AU RENFORCEMENT DE L'INDEPENDANCE VACCINALE EN AFRIQUE

UNION EUROPEENNE

ETUDE SUR LA SURVEILLANCE ET LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES AUX NIVEAUX NATIONAL ET REGIONAL

Projet n° 8 ACP ROC 039 / TPS 096

Contrat n° 005/2002/MEF/ARIVA

Rapport de mission au Tchad

(1^{er}-11 août 2003)

CREDES
CONSULTANCE EN SANTÉ PUBLIQUE • PUBLIC HEALTH CONSULTING

CREDES – 53, Rue de Turbigo – 75003 PARIS – France
Tel. : (33) 01.42.74.11.10. – Fax. : (33) 01.42.74.11.20.
E-mail : credes@credes.net

Ce rapport fait la synthèse de la mission réalisée au Tchad, par Christophe Pénicaud, du 1^{er} au 11 août 2003, avec l'appui du point focal, le Dr Albissaty Saleh Allazam. Les experts ont travaillé au niveau central à N'Djaména (Ministère de la Santé Publique, Ministère des Finances et de l'Economie, partenaires) et se sont rendus dans trois régions (Chari-Baguirmi, Kanem et Lac). Le consultant remercie ses interlocuteurs pour leur disponibilité et en particulier la Cellule PEV du Ministère de la Santé Publique pour la bonne organisation de la mission¹.

¹ Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées
Annexe 2 : Liste des organismes/institutions visités et Ordre de Mission signé par le Secrétaire Général du MSP
Annexe 3 : Calendrier de la mission
Annexe 4 : Bibliographie

1. CARACTERISTIQUES GENERALES DU TCHAD

1.1 Description du pays

Vaste pays soudano sahélien, le Tchad est avec 1.284.000 km² le 5^{ème} plus grand pays du continent africain. Administrativement, il est découpé en 17 régions et 28 départements. Il compte 7.842.000 habitants (2002). Les principales caractéristiques d'ensemble² sont les suivantes :

- Des conditions physiques diversifiées : le territoire se partage en trois grandes zones climatiques, constituant un facteur déterminant des conditions de vie des populations : une zone soudanienne au Sud du pays, une zone sahélienne au Centre et une zone désertique recouvrant tout le nord du pays,
- Une population à dominante rurale et hétérogène : 80% de la population vit en milieu rural, le reste se répartissant dans la capitale et quelques grandes villes (Abéché, Moundou, Sahr, Bongor). La densité moyenne de 6,1 h/km² cache de grandes inégalités régionales (de 0,14 h/km² dans la partie désertique du BET au nord à 70,4 h/km² dans le Logone occidental au sud). La population se caractérise par une mosaïque ethno-linguistique avec plus de 250 groupes différents.
- Un double enclavement extérieur (port le plus proche à 1500 km de la capitale N'Djamena) et intérieur (700 km seulement de routes goudronnées avec un ratio de 0,5 km/1000 km² (contre 56 en RCI et 600 en RSA) - la plupart des préfectures sont coupées les unes des autres pendant la saison des pluies),
- Des infrastructures déficientes : les télécommunications sont limitées aux préfectures et il est difficile de trouver du carburant en dehors de la capitale ; là où l'électricité est disponible (dans la capitale et dans certaines préfectures), sa fourniture est très irrégulière et son coût est l'un des plus élevés au monde (230 FCFA/kwh).

1.2 Indicateurs généraux

L'examen des principaux indicateurs généraux du Tchad fait apparaître essentiellement une situation d'ensemble difficile et des perspectives limitées d'amélioration à court terme, liées au manque de ressources humaines qualifiées et aux dysfonctionnements structurels du système socio-économique³.

- Si les perspectives économiques se sont améliorées ces dernières années avec le retour de la croissance, l'exploitation prochaine du pétrole et l'initiative de réduction de la dette, le Tchad fait cependant partie des Pays les Moins Avancés (PMA), avec un PIB réel de 142.000 FCFA par habitant (2001) et un IDH qui place le Tchad au 164^{ème} rang sur 175 pays classés,
- L'espérance de vie à la naissance est de 52 ans contre 50 ans pour la moyenne en Afrique Subsaharienne.
- Le taux de mortalité infantile au Tchad s'élève à 102 pour mille (contre une moyenne de 91 pour mille pour l'Afrique subsaharienne), le taux de mortalité infanto-juvénile est 194 pour mille (contre une moyenne de 151 pour mille) et un enfant sur cinq décède avant l'âge de cinq ans alors que les pathologies responsables du décès (diarrhées, infections respiratoires aiguës, malnutrition, paludisme, etc.) pourraient le plus souvent être prévenues ou traitées.
- La mortalité maternelle est estimée à 8 pour mille naissances mais peut être bien supérieure dans les zones les plus défavorisées.

² Principales sources : (i) MSP, Politique nationale de Santé, 1999, (ii) Plan d'action stratégique PEV 2003-2007, (iii) MSP/OMS/UNICEF/UE/BASE/DIEC/SECADEV/ITS et al., Revue externe du PEV du Tchad, 2002

³ Annexe 5 : Fiche technique Tchad

- Le niveau d'alphabétisation et de scolarisation est très faible, surtout pour les filles en milieu rural, et le nombre d'enfants par femme est relativement élevé : 5,6 enfants par femme.

1.3 Indicateurs de la Santé

Du point de vue sanitaire, l'état de santé de la population tchadienne est proche de celui des pays voisins d'Afrique sahélienne. Certains indicateurs s'avèrent particulièrement inquiétants et se sont parfois dégradés au cours des dernières années, principalement en raison de l'environnement socio-économique peu favorable et du poids des années de conflits.

- Des endémies chroniques continuent à sévir dans le pays comme le paludisme, l'onchocercose, la tuberculose, les carences en micro nutriments (iode, fer, vitamine A), la trypanosomiase dans le Sud et les maladies sexuellement transmissibles (MST) dont le SIDA.
- Des épidémies annuelles récurrentes de choléra, rougeole et méningite font encore de trop nombreuses victimes.
- Une couverture vaccinale très basse : Malgré l'appui notable des partenaires (UE, OMS, MSF), le PEV enregistre de faibles performances, liées notamment à la grande dispersion de la population, le manque de sensibilisation, la faiblesse des moyens logistiques mais aussi une stratégie inadaptée et peu opérationnelle, ne prenant pas suffisamment en compte les spécificités locales.
- Le taux d'utilisation des services de santé par la population est de 30% en moyenne. Selon les conclusions de la revue des dépenses publiques (2001) cette situation serait due à une désaffection pour les services de santé qui manquent cruellement de ressources humaines qualifiées à l'intérieur du pays, d'où la mauvaise qualité de l'accueil combinée à un coût élevé à supporter pour accéder à des soins de qualité.

1.4 Politique sanitaire

La politique sanitaire se fonde sur la Constitution qui dispose en son article 17 que « la personne est sacrée et inviolable. Tout individu a droit à la vie, à l'intégrité de sa personne ». C'est au cours du début des années 90 que le gouvernement tchadien a commencé à définir clairement cette politique de santé dans le cadre plus général de la politique de décentralisation adoptée par le pays. Les travaux qui ont précédé et suivi la table ronde sectorielle de la santé en 1993, avec un appui notable de l'UE, définissent une politique faisant du district sanitaire l'unité opérationnelle de base pour la délivrance des services (Paquet Minimum d'Activités ou PMA pour le CS et Paquet Complémentaire d'Activités ou PCA pour l'hôpital de district). Le premier découpage en districts effectués au début des années 90 a subi quelques modifications, tendant à faire de plus en plus coïncider les districts sanitaires avec les découpages administratifs. Cette orientation est importante au Tchad et implique donc une intégration croissante des responsables périphériques, y compris dans le secteur de la santé.

Le pays est divisé en 14 délégations préfectorales sanitaires, 55 districts de santé et 835 Zones de Responsabilités.

La politique nationale de santé, révisée et approuvée par l'ensemble des bailleurs de fonds lors de la table ronde sectorielle de la santé en mars 1999, comprend douze orientations stratégiques, présentées ci-dessous et commentées en annexe⁴.

- (i) Compléter la couverture sanitaire en assurant progressivement l'opérationnalité et la fonctionnalité de tous les districts
- (ii) Consolider la mise en œuvre du PMA et du PCA, notamment dans les domaines de la mortalité maternelle et infantile
- (iii) Renforcer les capacités institutionnelles au niveau central
- (iv) Assurer la disponibilité en ressources humaines qualifiées
- (v) Poursuivre les activités relatives au domaine du médicament dans le cadre de la Politique Nationale Pharmaceutique
- (vi) Renforcer le processus de déconcentration/décentralisation, en concertation avec les

⁴ Annexe 6 : les 12 orientations stratégiques de la politique nationale de santé définies lors de la table ronde sectorielle de la santé en mars 1999

- ministères concernés
- (vii) Améliorer la participation des populations au financement des services de santé
 - (viii) Développer l'approche contractuelle comme outil de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé
 - (ix) Préserver et renforcer les acquis dans les actions concernant les maladies chroniques endémiques
 - (x) Renforcer le contrôle des épidémies, en particulier le choléra et la méningite
 - (xi) Poursuivre la lutte contre les MST/SIDA dans le cadre de la multisectorialité
 - (xii) Renforcer les activités d'IEC pour accompagner la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé

L'élaboration de ce document de politique sectorielle constitue une avancée importante dans la coordination de l'aide extérieure. Il a permis en particulier aux différents partenaires de mettre en place des actions conjointes et complémentaires pour appuyer la mise en œuvre effective de la politique nationale sur le terrain (notamment pour l'appui à la Centrale Pharmaceutique d'Achats, le renforcement du système d'information sanitaire, la formation initiale décentralisée, etc.).

1.5 Différents secteurs de santé

L'offre de soins est essentiellement assurée par le secteur public. Au cours des dernières années, les Autorités tchadiennes ont retenu le développement progressif de l'approche contractuelle avec le secteur privé (lucratif ou non) comme un moyen innovant et adapté de renforcer la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé (extension de la couverture sanitaire et amélioration de la qualité des prestations notamment). Bien comprise et correctement menée, cette approche doit éviter le double écueil du désengagement de l'Etat et de la privatisation non contrôlée des services de santé.

1.6 Ressources humaines existantes

Le système sanitaire tchadien se caractérise par une grande faiblesse des ressources humaines en quantité et qualité : on compte un médecin pour plus de 36.000 hts et un infirmier DE pour plus de 22.500 habitants (ces chiffres masquent des disparités régionales).

- Médecins : Pendant des années, les seules possibilités de formation initiale pour des médecins étaient l'obtention de bourses dans les pays de l'Est, et la FACSS n'a pas une capacité suffisante pour répondre aux besoins .
- Infirmiers : La formation initiale a été interrompue pendant des années avant de reprendre avec l'ENASS mais le déficit reste encore important et reste difficile à combler.
- Cadres gestionnaires : L'absence de cette catégorie dans les préfectures a quant à elle limité les résultats en matière de renforcement de l'administration au niveau intermédiaire.

Le peu de personnel qualifié existant se concentre en zone urbaine, essentiellement à N'Djaména, en raison de conditions de travail difficiles en zones rurales et de l'absence de systèmes d'incitations et/ou de compensations.

Les années difficiles qu'a traversé le Tchad a entraîné un grand déficit en formation initiale pour toutes les catégories socioprofessionnelles de la santé. La volonté d'améliorer la couverture sanitaire est fortement handicapée par cette contrainte. En particulier, les jeunes médecins formés et affectés dans les districts sont le plus souvent mal préparés à leur rôle (délivrance du PCA), notamment à la prise en charge des urgences médico-chirurgicales ou obstétricales ainsi qu'à la gestion du district. La faible qualité des services qui en résulte ne permet pas d'augmenter significativement la production et l'utilisation des services hospitaliers.

1.7 Financement du système de santé

L'analyse des comptes nationaux de la santé révèle une importante dépendance de l'extérieur et une grande faiblesse en termes d'investissement dans la santé. Des perspectives d'amélioration sont toutefois à prévoir par des retombées de l'exploitation pétrolière de Doba et l'initiative PPTE⁵.

A l'instar des pays ACP, le système public de santé bénéficie de financements d'origines variées : Budget National mais aussi dons et prêts de partenaires publics bi ou multilatéraux, apports monétaires ou en nature d'ONG ou d'entités spécialisées (hôpitaux européens par exemple, dans le cadre de la coopération décentralisée). Ces apports se font soit, dans la généralité des cas, au travers du ministère de tutelle lui-même, soit directement auprès de dépendances périphériques (juridiquement autonomes ou non, telles que centrales d'achats de médicaments ou hôpitaux). Lorsqu'elles se font directement au travers du ministère de la Santé ces interventions intéressent soit son budget de fonctionnement soit son budget d'investissement.

Malgré l'importance relative des allocations extérieures et leur conjonction avec celles d'origine purement nationale, les ressources mobilisées en matière de santé publique demeurent en deçà du besoin de financement réel. Le Tchad se trouve donc, comme beaucoup de pays ACP, dans un contexte de ressources très limitées. La mise en place de systèmes supposant la participation financière des usagers (recouvrement des coûts partiel ou total) ne permet que marginalement de limiter le montant du besoin de financement complémentaire, tant la capacité contributive des populations bénéficiaires reste faible.

⁵ Annexe 7 : Comptes nationaux de la Santé

2. ASPECTS ORGANISATIONNELS AU NIVEAU DU MSP

2.1. Inventaire de la situation actuelle

2.1.1 Organigramme

Remarque préliminaire : Le secteur de la santé relève principalement du MSP et des 4 institutions nationales qui en dépendent (HGRN, ENASS, CNAR et CPA). Cependant, d'autres institutions sont impliquées, dont 6 ministères et la FACSS :

Institutions en charge de la Santé au Tchad	Institutions impliquées dans la surveillance épidémiologique et dans la riposte
Ministère de la Santé Publique	■
Hôpital Général de Référence Nationale	■
Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux	■
Centre National d'Appareillage et de Réadaptation	
Centrale Pharmaceutique d'Achat	■
Ministère de la Défense au travers du service sanitaire des armées	
Ministère de l'Action Sociale et de la Famille	
Ministère de la Fonction Publique	
Ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation	
Ministère de l'Enseignement Supérieur, dont relève la FACSS	
Faculté des Sciences de la Santé (FACSS)	
Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire	

L'organisation du MSP est régie par le Décret N° 086/PR/94 du 10 février 1994, tenant compte des principes de la Politique de Santé de 1993. Un nouvel organigramme est en cours de préparation, mais les développements qui suivent se fondent sur l'organigramme actuel⁶.

Dans le domaine de la surveillance épidémiologique et de la riposte contre les épidémies, les entités responsables sont les suivantes :

Nom des services / programmes / projets	Routine	Alerte précoce	Riposte
DACs (Direction des Activités Sanitaires)	X		
DMT (Division des Maladies Transmissibles)		X	X
PEV (Programme Elargi de Vaccination)	X		
SSEI (Service de Surveillance Epidémiologique Intégré) (*)	X	X	X
DSIS (Division du Système d'information sanitaire)			X
DHMA (Division de l'hygiène du milieu et assainissement)			X
CTLE (Comité technique de lutte contre les épidémies) (**)		X	X
CNS (Comité National de Santé)	Na	Na	Na
CCIA (Comité de Coordination Inter-Agences)	Na	Na	Na
Laboratoire (***)		X	
Stock cogéré			X

(*) supervise les antennes régionales

(**) rattaché à la DG

(***) appartenant à l'Hôpital Général de Référence Nationale

⁶ Annexe 8 : Organigramme du MSP découlant du Décret N° 086/PR/94 du 10 février 1994

2.1.2 Mécanismes institutionnels

Les principaux mécanismes institutionnels d'articulation entre les intervenants sont :

- le Comité Technique de Lutte contre les Epidémies, mais (i) il ne se réunit qu'en cas d'épidémies de grande importance (« éclipse » inter-épidémique, réactivation tardive en cas d'épidémie, manque d'assiduité des membres), (ii) il a une faible capacité d'anticipation (par exemple, non prise en compte des phénomènes saisonniers), (iii) il comporte des membres jugés non qualifiés, voire irresponsables (iv) il se heurte à une mobilisation difficile des fonds et n'assure pas une bonne transparence des ressources allouées, (v) il ne présente pas une bonne capacité d'évaluation des épidémies et de capitalisation des expériences passées
- le Comité National de Santé (regroupement différents ministères et présidé par le ministre de la santé publique) a été créé (depuis années 90), mais ne s'est jamais réuni
- le Comité de Coordination Inter-Agences (réunissant MSP, OMS, UNICEF, UE/DCE, MSF, Croix Rouge, Rotary), sous la présidence du MSP) qui se réunit tous les 3 mois et une fois par an : revue bilan du PEV), qui fonctionne conformément à sa mission (détermination des objectifs, définition et répartition des financements, suivi).
- La Revue bilan du PEV (réunissant les membres du CCIA + les délégations sanitaires) qui fait le bilan de l'exercice précédent et fixe les orientations pour l'exercice suivant.

Les instruments véritablement fonctionnels sont le CCIA et la revue bilan du PEV. Le CTLE peut l'être également mais uniquement en cas d'épidémie de grande importance.

2.1.3 Rôles et attributions des intervenants

Les rôles et attributions de chacun des intervenants, ainsi que les procédures ne sont pas toujours définis très clairement. Les principales manifestations de cela sont (i) des conflits / chevauchements de compétences (en cas de dysfonctionnement, chaque intervenant a tendance à se défaire sur un autre, (ii) une confusion des rôles entre les décideurs et les exécutants, (iii) une multiplication de textes (qui se sont stratifiés, aboutissant à un « imbroglia » juridique) ou une absence de texte (par exemple le laboratoire national dépendant de l'HGRN n'a pas de support décisionnel lui conférant une responsabilité particulière dans le domaine de la SE). La cohérence d'ensemble des textes mérite d'être réexaminée dans le cadre d'un PNDS.

De même, les rôles et attributions de chacun des intervenants, ainsi que les procédures ne sont pas toujours bien respectés, du fait principalement (i) d'une confusion des rôles et responsabilités entre les différents niveaux et à chaque niveau de la pyramide, (ii) d'une coordination parfois déficiente entre partenaires (par exemple, au niveau des entrées et sorties pour le stock cogéré – ce stock assure la fourniture de matériels, médicaments et consommables)

Les autres facteurs de réussite et de blocage sont :

Facteurs de réussite	Facteurs de blocage
<ul style="list-style-type: none"> - Volonté politique - Mise en place du CCIA - Avec l'appui de l'OMS et avec la participation de partenaires (UNICEF/UE) + des ONG tchadiennes (SECADEV/BASE), réalisation des revues suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Revue de la Surveillance intégrée, réalisée en septembre 2001 - Revue externe du PEV, réalisée en mars – avril 2002 - Revue externe du PFA, réalisée en novembre 2002 - Existence d'un Plan Quinquennal d'Action Stratégique du PEV 2003-2007, mis en place après la revue externe du PEV, avec définition d'un plan annuel - Existence de points focaux (2 par district) financés par l'OMS 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de dynamisme dans la relation PEV/SSEI - Manque de dynamisme dans la relation SSEI / antennes régionales - Les informations de la DSIS sont inexploitable par Le PEV, car venant trop tard (« information-cimetières ») - Complexité du système de transmission des données (cf. annexe) et absence de procédure de certification en cas de soupçon d'épidémie - Insuffisance des effectifs à tous les niveaux (+ interférences avec d'autres activités du MSP, les agents opérant en temps partagé) - Mobilisation lente du CTLE et non fonctionnalité du CNS

2.1.4 Supports officiels des mécanismes décisionnels

D'une manière générale, les mécanismes décisionnels (procédures, fiches de postes, arrêtés..) ne sont pas clairement définis de façon formelle, car les documents sont anciens et parfois contradictoires. De plus, l'organigramme du MSP est en cours de révision. Ces documents seront à mettre à jour au vu du nouvel organigramme (et d'un PNDS)

2.2. Analyse

2.2.1 Forces et Faiblesses⁷

D'une manière générale, on relève les forces et faiblesses suivantes (voir tableau page suivante)

⁷ Les éléments qui suivent se fondent sur une exploitation de l'Aide – Mémoire de la mission de la Cellule d'Appui Technique Régionale (CATR) du Projet Régional FED – ARIVA au Tchad (10 au 16 Janvier 2003), réalisée par le docteur Mahamane Hamidine, Coordonnateur de la CATR et monsieur Alexis Satoulou-Maleyo, Economiste de la santé à la CATR.

Forces	Faiblesses
<p>▪ Au niveau politique :</p> <p>L'engagement politique affiché en faveur de la santé d'une manière générale et de la vaccination de façon particulière comme un élément clé de la politique de lutte contre la pauvreté au Tchad. Cet engagement politique est matérialisé par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'inscription du secteur de la santé parmi les cinq Ministères prioritaires (Santé, Education, Enseignement supérieur, Affaires sociales et Développement rural) retenus dans le cadre de la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté. A ce titre, le secteur de la santé bénéficie en plus des fonds du budget régulier des financements supplémentaires dans le cadre de l'Initiative pour les pays pauvres très endettés (PPTE). Ainsi par exemple la ligne consacrée à l'achat des vaccins et consommables a connu une augmentation régulière depuis 2000 en passant de 286 millions à 500 millions en 2002. - L'organisation par le Gouvernement Tchadien chaque année depuis l'an 2000 de réunions de suivi et d'évaluation des recommandations décidées dans le cadre de la table ronde sur le secteur de la santé organisée en Mars 1999 à Genève (Suisse). Cette réunion qui fait le point de la mise en œuvre des 12 orientations stratégiques retenues lors de la sectorielle permet de réorienter régulièrement la politique de santé. Dans le cadre de cette évaluation le Programme Elargi de Vaccination a été placé au quatrième rang des priorités du plan d'action 2000-2001. 	<p>▪ Au niveau politique :</p> <p>L'absence de visibilité de la politique nationale de santé depuis la fin du dernier plan de développement sanitaire (1995-2000). Cette situation a comme conséquence un véritable saupoudrage de l'aide extérieure dont il est aujourd'hui difficile de mesurer les résultats en termes d'impact eu égard à une très grande diversité des situations par zone d'intervention couverte par les différents partenaires</p>

<p>▪ Au niveau opérationnel :</p> <p>En ce qui concerne le Programme Elargi de Vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La signature en 1999 d'un arrêté⁸ portant redéfinition de la mission du Service National de Vaccination - L'élaboration d'un Plan d'Action Stratégique 2003-2007, fait en avril 2003 - La rénovation d'une partie de la chaîne de froid sur le budget de l'Etat - Les instructions écrites adressées par le ministre de la santé à tous les acteurs de terrain en vue de l'augmentation de la couverture vaccinale, - La dotation du service de Coordination nationale du Programme Elargi de Vaccination en personnel en quantité et en qualité relativement satisfaisantes dans un cadre de rareté en ressources humaines prononcée - L'existence d'un comité de coordination inter-agences fonctionnel - L'application de l'initiative 20/20 des Nations Unies dans le cadre de l'exercice budgétaire 2003. <p>Au niveau de la coordination du PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'organisation en 2002 de la Revue externe du PEV avec le concours des partenaires - La bonne organisation du service qui prend en compte au niveau central les sections suivantes : « planification, logistique et administration » qui sont elles mêmes subdivisées en sous sections - Le comité technique PEV fonctionnel avec la mise en œuvre des recommandations de la revue du PEV, - Des acquis satisfaisants des JNV au profit du PEV de routine (forte implication des autorités, culture de micro-planification, logistique de transport, logistique de chaîne de froid, mobilisation sociale et participation communautaire). - La planification pluriannuelle des besoins en vaccins (sur 5 ans) - Une amélioration des résultats en terme de couverture vaccinale, qui sont passés de 27% en 2001 à environ 40% en 2002 pour le DTC 3, indicateur retenu pour le suivi du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP). 	<p>▪ Au niveau opérationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La faible coordination des activités du secteur qui conduit à une allocation des ressources en fonction des choix sans relation avec un cadre de cohérence défini (malgré toutes les ressources affectées au secteur de la santé, il n'y a que 70% de la population qui ont accès à un service de santé et qu'à l'intérieur des 70% seuls environ 40% sont situés à environ 5 km d'un centre de santé - La non actualisation de l'arrêté No 3073/MSP/DG/DRH/97 du 25 septembre 1997 portant création du CCIA qui n'a pas pris en compte des partenaires pourtant devenus incontournables comme le Ministère des Finances et la Banque Mondiale - la faible couverture vaccinale (DTCP3), conséquence de la faible couverture sanitaire, de la démotivation du personnel et de l'insuffisance qualitative et quantitative en personnel sur le terrain, - Les faiblesses constatées en matière de maintenance du matériel de chaîne de froid qui ont conduit à des détériorations massives du matériel acheté (réfrigérateurs brûlés)
<p>▪ Au niveau des partenaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - La forte mobilisation des ressources extérieures en faveur de la santé (Banque Mondiale, Union Européenne, ainsi que de nombreuses ONG en plus des partenaires traditionnels dans le domaine de la santé que sont l'OMS et l'UNICEF). - L'appartenance du Tchad au Projet ARIVA, financé par l'UE - L'admission récente du PEV au Fonds GAVI - La bonne collaboration avec le secteur privé (conservation des vaccins au Novotel par exemple) - L'existence d'un appui budgétaire direct de l'Union Européenne qui prend en compte prioritairement les secteurs sociaux, - L'appui technique apporté par l'Union Européenne, l'OMS et l'UNICEF à travers une assistance technique apporté au PEV, avec notamment une AT de qualité, en appui au PEV et au développement des systèmes informatique, financé par le 8^{ème} FED, pour 3 ans depuis avril 2002 	

⁸ Arrêté No 98/MSP/DG/DACS/99 du 16 Juin 1999 portant redéfinition du Service National de Vaccination

2.2.2 Besoins et suggestions

- Des éléments qui précèdent, il ressort les propositions suivantes :
- Redynamiser les activités du CTLE (le convoquer plus rapidement, dès l'alerte) pour le rendre plus efficace dans ses interventions
- Mettre en place une procédure de certification en cas de soupçon d'épidémie et assurer un feed back rapide des informations
- Mettre en place un mécanisme de décaissement rapide de fonds en cas d'épidémie,
- Rendre plus transparente la gestion des fonds destinés à la riposte aux épidémies
- Mettre en place un mécanisme de coordination avec les pays limitrophes
- Positionner le chef d'antenne de la SE dans l'équipe cadre de la Délégation
- Faire une révision globale des textes, à l'issue de laquelle il sera défini clairement le rôle de chaque acteur du MSP
- Faire un PNDS, où à défaut, une table ronde avec les partenaires et les autres entités nationales qui interviennent dans la SE, l'alerte précoce et la riposte pour fixer les objectifs, les rôles et les moyens
- Faire un Plan national de préparation aux épidémies
- Faire en sorte qu'il y ait systématiquement des rapports de fin d'épidémies, et capitaliser les expériences pour en tirer les leçons
- Faire un plan de formation des personnels de santé à la surveillance épidémiologique.
- Mettre en place un réseau de communication efficace entre les différentes structures de la pyramide sanitaire
- Doter le système de SE de moyens correspondants aux objectifs de la Politique de santé et du Plan Quinquennal d'Action Stratégique du PEV 2003-2007 (faire un inventaire complet des besoins et trouver des financements)
- Mettre en œuvre le Plan Quinquennal d'Action Stratégique du PEV 2003-2007
- Mettre en place un système de suivi régulier du plan élaboré (rôle à confier à un organe indépendant des acteurs : un corps multidisciplinaire de superviseurs / auditeurs avec intéressements / sanctions des personnels en fonction des résultats. Cette fonction peut être assurée par une expertise nationale ou régionale.
- Mettre en place un mécanisme de coordination entre les différentes institutions impliquées dans la surveillance épidémiologique et dans la riposte contre les épidémies. La mise en place de ce mécanisme nécessite au préalable la tenue d'un atelier national regroupant les responsables des entités concernées de ces institutions
- Mettre en place dans un bref délai un organe de réflexion regroupant les autorités sanitaires, les dispensateurs de soins, les demandeurs de soins ainsi que les partenaires en vue de définir un programme d'action à court et moyen terme clair précis et cohérent avec les objectifs de réduction de la pauvreté et prenant en compte les faibles performances actuelles du système de santé notamment la faible couverture vaccinale
- Assurer l'appropriation de la politique Nationale de santé par les autorités sanitaires nationales avec le rôle de leadership assumé effectivement par le MSP en termes de conduite des actions, de définition des grands axes et de coordination des interventions. Cette action nécessite une

réorganisation des organes de gestion du Ministère qui semblent débordés par la surcharge de travail

- Réactualiser l'arrêté portant création du CCIA/PEV (reformulation de l'arrêté en y incluant le Ministère des Finances et de l'Economie ainsi que la Banque Mondiale)
- Créer un sous comité chargé du suivi de l'Initiative pour l'Indépendance Vaccinale (IIV) au sein du Comité de Coordination Inter-agences
- En vue de pallier les ruptures de vaccins, améliorer (au niveau de la Coordination nationale du PEV) la planification des besoins en vaccins et recourir au besoin au mécanisme d'échange de vaccins mis en place dans le cadre du projet ARIVA
- En vue de répondre aux difficultés liées à l'étendue du territoire, la dispersion et la mobilité des populations, renforcer les capacités en logistique de transport et en personnel des districts sanitaires
- Réviser la visibilité du PEV dans la hiérarchie au sein du MSP
- Assurer une appropriation des acquis des JNV au profit du PEV de routine (forte implication des autorités, culture de micro-planification, logistique de transport, logistique de chaîne de froid, mobilisation sociale et participation communautaire)

3. SYSTEME DE PLANIFICATION

3.1. Inventaire de la situation actuelle

3.1.1 Stade de mise en œuvre de la Stratégie de Surveillance

En matière de mise en œuvre de la Stratégie de Surveillance intégrée des maladies et riposte, le Tchad a produit différents rapports (Revue de la Surveillance intégrée, réalisée en septembre 2001, Revue externe du PEV, réalisée en mars – avril 2002, Revue externe du PFA , réalisée en novembre 2002) et les résultats ont été exploités pour l'élaboration du Plan Quinquennal d'Action Stratégique du PEV 2003-2007.

3.1.2 Documents de planification du MSP

Les documents de planification du MSP concernant la Surveillance Epidémiologique sont :

- Le Plan Quinquennal d'Action Stratégique du PEV 2003-2007
- La Revue bilan du PEV
- Le Plan Annuel d'Action Stratégique du PEV 2003

3.1.3 Rôles et attributions des intervenants

La planification est faite selon les priorités de chaque niveau (microplanification par les ZR, plans d'action par les districts, plan d'action par les RS, synthèse par le niveau central (concertation PEV, DSIS, SSEI, BIEC).

3.1.4 Processus de planification

Pour ce qui le concerne, le PEV fait la planification des activités en suivant (i) le triptyque décisionnel (management, financement et développement des capacités), (ii) les 5 piliers du PEV (iii) les critères d'arbitrage (ampleur du p, disponibilité des ressources, faisabilité etc.) et (iv) le taux de couverture vaccinal prévu au niveau national.

3.2. Analyse

3.2.1. Forces et Faiblesses

Les principaux problèmes rencontrés lors du processus de planification sont les suivants :

- Mauvaise expression des besoins réels en matière de surveillance, lié notamment à une insuffisance de maîtrise du processus de planification à tous les niveaux, et à une incertitude sur les actions qui vont pouvoir être financées par certains partenaires.
- Les mercuriales ne sont pas à jour et ne sont pas dispatchés au niveau régional, les guides ne sont pas jugés opérationnels car trop théoriques
- Le niveau intermédiaire se plaint de ne pas être associé aux arbitrages budgétaires et « subit » donc les choix faits par le niveau central (réduction des demandes liées aux enveloppes disponibles et rigidité des lignes budgétaires).

Cependant :

- Les expériences pilotes faites dans le Guera et la Tandjile ont été jugées concluantes, et peuvent servir de modèle pour les autres régions
- Un processus nouveau a été mis sur pied pour la planification 2004, permettant aux partenaires de se positionner

3.2.2. Besoins et suggestions

Pour améliorer le processus de planification, les principales suggestions sont :

- Intégrer la surveillance épidémiologique dans le PMA
- Elaborer et mettre en œuvre un mécanisme performant de planification associant tous les intervenants dans le domaine de la surveillance épidémiologique (Etat, les représentants de différents niveaux de la pyramide), avec des procédures et un calendrier clairement défini (nota, se baser sur les acquis de la planification 2004 et les développer)
- Mettre en place un système de suivi et d'évaluation des activités planifiées, en confiant cette tâche à une instance nationale indépendante des acteurs opérationnels.

4. SYSTEMES D'INFORMATION, DE SURVEILLANCE ET D'ALERTE

4.1 Niveau central

4.1.1 Ressources Humaines

4.1.1.1 Inventaire

Les effectifs et les besoins attachés au niveau central sont portés dans le tableau en page suivante, qui fait apparaître des effectifs globaux de 30 agents (souvent en temps partagé), des besoins de 52 agents d'où un écart de 22 agents.

Qualification	Existant					Financement du salaire	Besoins					Ecart				
	SSEI	DSIS	PEV	LAB	Ttl		SSEI	DSIS	PEV	LAB	Ttl	SSEI	DSIS	PEV	LAB	Ttl
Médecin SP	1	1	1		3	Etat	1	1	1	1	4				1	1
Médecin Epidémio						Etat			2		2			2		2
Médecin Généraliste			2		2	Etat			2		2					
Microbiologiste				1	1	Etat				1	1					
Biochimiste				1	1	Etat				1	1					
Statisticien		1	1		2	Etat		1	1		2					
Tech. Labo				2	2	Etat				10	10				8	8
Biologiste																
Informaticien		1	1		2	Etat		1	3		4			2		2
Opérateurs de saisie		1	1		2	Etat		1	1		2					
Administrateur santé			1		1	Etat	1	1	1		3	1	1			2
Logisticien			1		1	Etat			1		1					
Techn. Epidemio		1			1	Etat	1	1			2	1				1
Gestionnaire de données		1			1	Etat	1	1			2	1				1
Economiste		1			1	Etat		1	1		2			1		1
AT international			1		1	UE			1		1					
Consultant national		1			1	Taiwan		1			1					
Sociologue								1	1		2		1	1		2
Démographe								1			1		1			1
Secrétaire			1		1	Etat			2		2			1		1
Chauffeur			5		5	Etat			5		5					
Technicien de telecom/radio/VHS			1		1	Etat			1		1					
Gardien			1		1	Etat			1		1					
Planton																
total	1	8	17	4	30		4	11	24	13	52	3	3	7	9	22

NB : A ces effectifs s'ajoute au sein du MSP un consultant national, Médecin SP, spécialisé en Hygiène et Epidémio, secrétaire du CTLE, rattaché à la DG

4.1.1.2 Forces et faiblesses

Même si certaines unités comme le PEV ou la DSIS se caractérisent par des agents dont il faut saluer le professionnalisme et le dévouement, ce sont surtout les faiblesses qui dominent en matière de RH.

- L'exercice d'expression des besoins en ressources humaines n'a pas été fait pour certaines entités ou n'a pas été suivi pour d'autres (faute de financement ou de RH compétentes disponibles)
- La non implication de certains agents qualifiés du MSP et, inversement, implication de responsables dans des activités auxquelles ils ne sont pas qualifiés
- Le manque de motivation de certains agents du fait du manque d'intéressement financier et plan de carrière

L'impact de ces faiblesses sur la réalisation des objectifs est que :

- Certaines activités prévues ne sont pas réalisées par manque de personnel
- Les activités réalisées ne sont pas très performantes (notamment au niveau de l'analyse)
- La qualité du travail se trouve dégradée du fait de la surcharge de travail pour le personnel existant.

L'impact des formations reçues en matière de SE au cours des 5 dernières années est en général limité faute de cohérence du plan de formation et de la discontinuité des fonctions (par exemple, les bénéficiaires de formation (EPITER) n'ont pas gardé leur poste.

A partir d'un bilan tiré des dernières épidémies, les principales difficultés rencontrées dans le domaine de la mobilisation et gestion des ressources humaines sont les suivantes :

- Mobilisation lente du CTLE, du fait des convocations tardives et de la non implication de certains de ses membres
- Insuffisance de formation en surveillance épidémiologique
- Accumulation des retards de notification à chaque niveau
- Manque d'anticipation des problèmes et de capacité d'analyse

4.1.1.3 Besoins et suggestions

Hormis les besoins en effectifs décrits ci-dessus, les principaux besoins en matière de RH, sont d'abord une amélioration du degré d'autonomie des responsables par rapport à la gestion des ressources humaines, ensuite la mise en place de logiciels et la formation correspondante, enfin, des formations complémentaires.

Les besoins spécifiques en logiciels (investigation, traitement et analyse des données) sont les suivants.

Qualification	Nombre de personnels concernés	Types de logiciels	Coûts totaux estimatifs En USD	Observations
Médecin	1	EPIINFO	Nd	(*)
Médecin Epidémiologiste	3	EPIINFO Access, Excel, logiciel de planification	Nd	(**)
Statisticien	1	EPIINFO	Nd	
Informaticien	2	EPIMAP (cartographie)	Nd	(**)
Opérateurs de saisie	2	EPIINFO	Nd	
Techn. Epidemio	1	EPIINFO	Nd	(**)
Gestionnaire de données	1	EPIINFO	Nd	(**)

(*) OMS pourrait assurer formation sur EPIINFO, au Tchad

(**) dans la mesure où ces personnels sont recrutés et sont dotés d'un poste informatique

Les autres besoins de formation pour le niveau central sont les suivants :

Qualification	Nombre de personnels concernés	Nature de la formation	Coûts totaux estimatifs En USD	Observations
Tech. Labo	5	Formation à la confirmation de MAPE	Nd	(*)
Sociologue	1	Epidémiologie	Nd	(*)
Démographe	1	Epidémiologie	Nd	(*)

(*) dans la mesure où ces personnels sont recrutés

Les autres suggestions en matière de formation pour améliorer la performance du système de SE sont les suivantes :

- Faire un plan de recrutement et de formation, trouver les financements nécessaires
- Renforcer les compétences des personnels de santé dans les domaines de l'analyse des données et la prise de décision
- Introduire des modules de formation en surveillance épidémiologique à la FACSS
- Introduire des modules de formation en SIS à la FACSS

4.1.2 Ressources Financières

4.1.2.1 Inventaire

Le Plan National de Surveillance Epidémiologique est budgétisé et ses principales sources de financement sont :

Source	Montant 2003	Description
Etat	35.000 USD	Un coordinateur SSEI + 15 chefs d'antenne
OMS	250.000 USD	en extra-budgetaire, donc sous-réserve d'un accord sur plaidoyer annuel) pour prise en charge salaire chauffeurs + carburant + frais de maintenance + salaires équipe pays (3 experts) + outils de gestion pour 14 antennes régionales + 95 points focaux de district (2 par district, sauf à N'Djaména) pm : 18 véhicules (4 au niveau central et 1 pour chaque région) achetés par l'OMS sur les exercices antérieurs
MSF	ND	Gestion des épidémies, fourniture de vaccins méningite, prise en charge des coûts opérationnels (avion mobilisable en une semaine avec équipe et matériels)
UE (8ème FED)	ND	Prise en charge des coûts opérationnels au niveau intermédiaire et périphérique
BM / GTZ (PASS)	ND	Prise en charge des coûts opérationnels au niveau central, intermédiaire et périphérique

Lors du dernier exercice (2002, où l'intégration n'était pas effective), les ressources financières qui ont été allouées n'ont pas correspondu aux besoins exprimés par les différents unités. Les allocations ont en général été entièrement mobilisées : ça a été le cas pour le budget de Etat, de l'OMS, de MSF et de la BM / GTZ (PASS), mais incomplètement pour le budget de UE (8^{ème} FED).

4.1.2.2 Forces et Faiblesses

Les principales forces sont (i) la consommation généralement bonne des crédits alloués et (ii) une aide extérieure conséquente. Les difficultés sont nombreuses :

- Le responsable de la gestion des ressources financières au niveau de la SSEI n'opère pas dans des conditions optimales : il n'est pas gestionnaire, mais Médecin de santé Publique (sans aucun adjoint, alors qu'il perd beaucoup de temps en tâches de gestion), et n'a reçu aucune formation particulière en gestion des ressources financières, ni de l'Etat et ni des différents partenaires (il gère les fonds de l'OMS de la SE).
- Les mécanismes de gestion/utilisation des ressources financières entre les différents niveaux (central/régional/périphérique) sont souvent déficients : le financement des activités de la surveillance épidémiologique est décentralisé au niveaux régional et périphérique conformément aux plans d'action élaborés, mais les avis de crédits arrivent avec retard, ce qui oblige les niveaux intermédiaires et périphériques à (i) traiter avec des fournisseurs qui majorent leurs prix (pour répercuter les retards de paiement) (ii) utiliser les recettes du RC, ce qui peut entraîner des ruptures de MEG.
- A partir d'un bilan tiré des dernières épidémies, les principales difficultés rencontrées dans le domaine de la mobilisation et gestion des ressources financières sont (i) l'insuffisance des allocations par rapport aux besoins exprimés (ii) la grande déficience du réseau bancaire dans les régions, ce qui oblige à transporter de l'argent (sauf sur les villes de Moundou et Sahr et sur les autres villes où la poste est fonctionnelle), (iii) de multiples difficultés pour une mobilisation rapide des ressources financières, (iv) la non-transparence dans la gestion des fonds de l'Etat et (v) des lourdeurs dans les procédures des bailleurs (illustrée par la difficulté pour l'OMS d'avoir tous les justificatifs, d'où retards sur les prises en charge).

4.1.2.3 Besoins

- Augmenter les ressources financières allouées à la SE
- Renforcer la SSEI en compétences gestionnaires, pour décharger des tâches de gestion le responsable unique (médecin)
- Activer et alléger les procédures de mise à disposition des fonds
- Mettre en place un système de contrôle des fonds et instituer un système efficient de sanctions et intéressements en fonction des résultats

4.1.3 Ressources Matérielles

4.1.3.1 Inventaire du matériel logistique

Les moyens matériels logistiques alloués à la surveillance épidémiologique au niveau central sont les suivants :

	Existant					F ou NF (***)	Financement		Enveloppes de frais de fonctionnement et maintenance suffisantes (oui/non)	Besoins					Ecart				
	(nombre + nom pour les logiciels)						matériel neuf (Etat ou partenaires)	frais de fonctionnement et de la maintenance (Etat ou partenaires)		(nombre + nom pour les logiciels)									
	SSEI	DSIS	PEV	LAB	Til					SSEI	DSIS	PEV	LAB	Til	SSEI	DSIS	PEV	LAB	Til
Laptop	1	1	2	-	4	Nd	Nd	Nd	Nd	1	5	2	-	8	-	4	-	-	4
Desktop	1	5	3	1	10	Nd	Nd	Nd	Nd	1	5	5	1	12	-	-	2	-	2
Logiciel spécialisés en SIS/SIG, SE et labo	nd	*	**	-	-	Nd	Nd	Nd	Nd		*	**		-	-	-	-	-	-
Imprimante	1	4	3	1	9	Nd	Nd	Nd	Nd	1	5	3	1	10	-	1	-	-	1
Photocopieuse	1	1	4	-	6	Nd	Nd	Nd	Nd	1	1	4	-	6	-	-	-	-	-
Rétroprojecteur	-	-	-	-	-	Nd	Nd	Nd	Nd	-	1	1	1	3	-	1	1	1	3
Data show	-	-	1	-	1	Nd	Nd	Nd	Nd	-	1	1	-	2	-	1	-	-	1
Véhicule	1	2	5	-	8	Nd	Nd	Nd	Nd	1	2	5	-	8	-	-	-	-	-
Moto	-	-	3	-	3	Nd	Nd	Nd	Nd	-	-	3	-	3	-	-	-	-	-
Velo	-	-	-	-	-	Nd	Nd	Nd	Nd	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tél. intnal	-	-	-	-	-	Nd	Nd	Nd	Nd	1	1	1	1	4	1	1	-	1	4
Fax	-	-	-	-	-	Nd	Nd	Nd	Nd	1	1	1	1	4	1	1	-	1	4
Tel Portable	-	-	-	-	-	Nd	Nd	Nd	Nd	1	1	1	1	4	1	1	-	1	4
Radio VHS	1	-	1	-	2	Nd	Nd	Nd	Nd	1	-	1	-	2	-	-	-	-	-
Internet	-	-	-	-	-	Nd	Nd	Nd	Nd	1	1	1	1	4	1	1	-	1	4
GPS	-	-	-	-	-	Nd	Nd	Nd	Nd	1	1	1	-	4	1	1	1	-	4

- * tous les investissements de la SSEI ont été faits par l'OMS
- ** MAP info, SIS Tchad, SIS HOP,
- *** F ou NF = Etat de fonctionnement

- mécanismes d'articulation entre les différents niveaux de la pyramide

Pour ce qui concerne les mécanismes d'articulation entre les différents niveaux de la pyramide dans le cadre de la surveillance épidémiologique, la plupart des ressources sont décentralisées aux niveaux régional et périphérique. En cas d'une épidémie, le niveau central (avec l'aide de partenaires) appuie les services déconcentrés par la mise à disposition de logistique, ressources humaines et matérielles nécessaires. Toutefois, ces actions sont menées non sans difficultés :

- Retards dans la notification des cas au niveau central
- Retards dans la mise à disposition des ressources matérielles et financières

De ce fait, il est suggéré de :

- Revitaliser le SSEI
- Réduire les délais de notification et de feed-back

- cas particulier des laboratoires

Pour ce qui concerne le cas particulier des laboratoires, les difficultés liées aux ressources financières, matérielles / équipements affectées à la surveillance sont les suivantes :

- Approvisionnement irrégulier des réactifs, milieux de culture et consommables
- Absence de contrôle de qualité interne et externe
- Inexistence d'un système de mise en réseau
- Absence de moyens pour la supervision des laboratoires régionaux et périphériques
- Absence de moyens de communication (téléphones, e.mail et fax)

Au niveau des laboratoires, les suggestions sont de :

- Augmenter les allocations des laboratoires en réactifs, milieux de culture et consommables
- Mettre en place un système fonctionnel de contrôle de qualité interne et externe
- Mettre en réseau les laboratoires des différents niveaux
- Superviser les laboratoires régionaux et périphériques
- Equiper les services de laboratoires en moyens de communication (fax, téléphone et internet)

4.1.3.2 Maintenance du matériel logistique et équipements de laboratoires

La maintenance des ressources matérielles est généralement non-optimale : en cas de panne d'un appareil, la maintenance est assurée par l'Etat ou le bailleur concerné, mais la procédure de mise en œuvre de la réparation est lente. Pour lever ces difficultés, il est suggéré de :

- Doter les services de SE de ressources humaines et financières en rapport avec les besoins
- Accélérer la procédure de décaissement des fonds en cas de panne d'un appareil
- Mettre en place un mécanisme de suivi régulier du système de maintenance des ressources matérielles.

4.1.3.3 Gestion des médicaments, réactifs et consommables

L'acquisition, le stockage et la distribution des médicaments, vaccins, réactifs et consommables peut se résumer comme suit :

	Acquisition	Stockage	Distribution
Médicaments	CPA	CPA, puis dépôts régionaux	« push » de capitale à district, « pull » ensuite
Vaccins	PEV	chaîne du froid du PEV	« push » de capitale à district, « pull » ensuite
Réactifs et consommables	CPA	CPA, puis dépôts régionaux	« push » de capitale à district, « pull » ensuite

Le financement des médicaments, vaccins, réactifs et consommables est assuré par les acteurs suivants :

	Médicaments	Vaccins	Réactifs	Consommables
Etat	X	X		X
OMS		X	X	X
UE	X			
MSF		X	X	X
GAVI		X		
Ménages	X			

Sur la base des dernières épidémies, les dispositifs mis en place se sont caractérisés comme suit :

- il n'a pas eu d'échanges de stock
- dans la gestion des dernières épidémies, le niveau central a assuré la mobilisation des ressources (Logistique, achat vaccins et médicaments) sur le budget de l'Etat, avec l'appui de partenaires (comme MSF).

Les difficultés sont essentiellement liées à l'insuffisance logistique pour approvisionner les niveaux régional et périphérique en médicaments, vaccins et consommables. Il est donc suggéré de mettre en place une logistique efficace pouvant satisfaire les besoins en approvisionnement des structures en cas d'épidémie

4.1.3.4 Forces et faiblesses

En matière de ressources matérielles, les difficultés dominent :

- Retards dans la notification des cas au niveau central, liés aux insuffisances de moyens de communication et l'absence de moyens de communication (téléphones, e.mail et fax) pour l'ensemble des services
- Retards dans la mise à disposition des ressources matérielles
- Approvisionnement irrégulier des réactifs, milieux de culture et consommables
- Absence de contrôle de qualité interne et externe dans les laboratoires
- Inexistence d'un système de mise en réseau des laboratoires
- Absence de moyens pour la supervision des laboratoires régionaux et périphériques
- Insuffisances des ressources consacrées à la maintenance procédures mise en œuvre des réparation est lente. Pour lever ces difficultés, il est suggéré de :
- Absence de mécanismes d'échanges de stock
- Insuffisance logistique pour approvisionner les niveaux régional et périphérique en médicaments, vaccins et consommables.

4.1.3.5 Besoins et suggestions

- Revitaliser le SSEI
- Doter les services de moyens matériels pour réduire les délais de notification et de feed-back (radios, fax, téléphone et internet)
- Augmenter les allocations des laboratoires en réactifs, milieux de culture et consommables

- Mettre en place un système fonctionnel de contrôle de qualité interne et externe dans les laboratoires
- Mettre en réseau les laboratoires des différents niveaux
- Equiper les services de laboratoires en moyens de communication
- Doter les services de SE de ressources matérielles en rapport avec les besoins, et en ressources humaines formées à ces matériels, avec les financements correspondants pour assurer les services de maintenance et de réparation
- Accélérer les procédures de décaissement des fonds en cas de panne d'un appareil
- Mettre en place un mécanisme de suivi régulier du système de maintenance des ressources matérielles
- mettre en place une logistique efficace pouvant satisfaire les besoins en approvisionnement de médicaments, vaccins et consommables des structures en cas d'épidémie.

4.1.3.6 Cas particulier du secteur privé

Aucune donnée n'a pu être collecté sur le secteur privé, lié au fait que son implication dans la SE est limitée, voire nulle. De fait, les cliniques de santé privées du secteur formel ne participent pas au système de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles. On relève également en ce qui les concerne un manque d'informations sur l'importance de la SE ainsi qu'un manque de supervision de ce secteur par les services publics concernés.

A cet effet, il est suggéré de :

- Inventorier toutes les structures sanitaires de soins privées susceptibles d'être impliquées dans la SE
- Sensibiliser ce secteur sur la nécessité de la SE
- Impliquer le secteur privé dans la formation recyclage des personnels de santé
- Mettre à disposition des structures privées de soins des fiches techniques de définitions des cas des maladies courantes en général et des maladies prioritaires en particulier.
- Définir un circuit clair de l'information sanitaire entre les structures privées et les structures publique
- Mettre en place un système de suivi régulier des activités de SE des secteur privé.

4.2 Niveau intermédiaire et périphérique

4.2.1 *Inventaire des ressources*

Si l'inventaire des ressources aux niveaux régional et périphérique pour la surveillance épidémiologique n'a pu être détaillé faute d'un système global de recensement, d'une manière générale, on relève de nombreuses difficultés :

- Ressources humaines
 - Insuffisance de ressources humaines : les chefs d'antenne sont seuls, et devraient être secondés ; les laboratoires n'ont pas les personnels adéquats
 - Manque de formation des personnels de santé dans le cadre de la surveillance épidémiologique
 - Manque de plan de carrière du personnel
 - Problème d'autorité : certains interlocuteurs soulignent que l'OMS donne des instructions aux points focaux (co-financés par l'OMS), or, ils ne devraient recevoir d'instruction que du DPS

Exemple du Kanem :

- un seul chef d'antenne avec véhicule OMS
- deux points focaux sans moyen de transport, pour les 3 districts fonctionnels
- absence de point focal pour le 4eme district non fonctionnel
- Ressources financières
- Les niveaux intermédiaires & pér. ne sont pas associés aux arbitrages budgétaires
- Rigidité budgétaire (lignes non flexibles)
- Retards dans les notifications d'avis de crédit, d'où surcoûts par les fournisseurs, retards dans la mise en œuvre, limitation des taux d'absorption
- Absence de fonds spéciaux aux niveaux intermédiaires & pér. en cas d'épidémies, d'où utilisation de fonds par ces niveaux au détriment d'autres activités
- Dépendance de l'aide extérieure pour les prises en charge d'épidémies (OMS, BM/PASS)
- Absence de banque au niveau provincial (sauf exception)
- Ressources matérielles/équipements
- Les points focaux manquent de moyens de transport (motos)
- Les services manquent de matériels de communication, de bureautique, d'informatique et de consommables,
- Les labos manquent en particulier de centrifugeuses, microscopes, bains marins
- Médicaments, vaccins, réactifs et consommables
- Retards en 2003 lié à remise en cause par UNICEF du protocole actuel avec le MSP (Problème de responsabilité sur les achats faits en direct)
- Insuffisance des dotations en vaccins (d'où ruptures sur BCG, antiamariles et antirougeoleux)
- Manque de réactifs au niveau des labos

4.2.2 Forces et faiblesses

Les faiblesses dominent. En les classant par niveau, on peut les caractériser comme suit :

Niveau	Faiblesses ⁹
CS	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'outils - Insuffisance d'interprétation des données/réactions - Manque de formation et de recyclage du personnel - Manque de moyens de communications/ Défait de communication à temps - Manque de volonté / conscience professionnelle
Bureau du District	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de supervision - Manque de capacités diagnostiques de laboratoire - Insuffisance de capacités analytiques et de réactivité - Manque de moyens de communications - Manque de d'entente et de franche collaboration entre le MCD et les autorités politico-administratives du district
Délégation préfectorale sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'exercice analytique - Insuffisance de capacités diagnostiques de laboratoire - Insuffisance de réactivité

⁹ Les éléments qui suivent se fondent sur le document « Problématique de la SE des maladies à potentiel épidémique au Tchad, le point de la situation par les partenaires du secteur santé, esquisses de solutions à proposer au MSP », Dr Grigorian (OMS), Dr Yam (OMS), Dr Vanlerberghe (MSF), Dr Nebardoum (MSF), 2002

	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de volonté et de responsabilité - Communication tardive des données
Niveau central	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'exercice analytique - Insuffisance de suivi - Insuffisance autorité

4.2.3 Besoins et suggestions

- Ressources humaines
 - Réexaminer l'organisation au niveau régional, surtout pour les régions vastes comme le BET ou le Kanem
 - Affecter des personnels dans les antennes et dans les labos
 - Organiser des séances de formation/recyclage en surveillance épidémiologique et la riposte
 - Identifier et mettre en œuvre un plan de carrière du personnel évoluant dans le cadre de la surveillance épidémiologique
- Ressources financières
 - Associer les niveaux intermédiaires & pér. aux arbitrages budgétaires
 - Alléger les procédures budgétaires de l'Etat (rendre possible la flexibilité entre lignes)
 - Activer la mise à disposition de fonds
 - Prévoir des fonds spéciaux aux niveaux intermédiaires & pér. en cas d'épidémies,
 - Simplifier les procédures de l'aide extérieure pour les prises en charge d'épidémies (OMS, BM/PASS)
- Ressources matérielles/équipements
 - Doter les points focaux en moyens de transport (motos)
 - Faire un plan d'acquisition de matériel de communication, de bureautique, d'informatique et de consommables en liaison avec les partenaires
- Médicaments, vaccins, réactifs et consommables
 - Passer par la CPA pour les achats de vaccins et les réactifs (moins cher, plus rapide, capacités techniques, transparence, qualité identique, paiement rapide, crédibilité des fournisseurs) A cette fin, faire une revue générale montrant que la CPA répond bien aux critères requis pour garantir la qualité, le coût et la rapidité d'intervention (faisabilité fin 2004), utiliser ARIVA pour le plaidoyer, demander un back up qualité par UNICEF
 - Augmenter les capacités de chambre froide au niveau de la CPA
 - Mettre en place un réseau liant les CA pour les échanges de stocks inter-pays (utiliser l'ACAME)
 - Mettre en place un réseau des laboratoires au niveau national et inter-pays, conformément aux recommandations de l'atelier sur les stratégies de renforcement des services de laboratoire (Dakar, 25-27 novembre 2002).
- Bilan par niveau

De ce qui précède, en classant l'analyse par niveau, on peut suggérer les esquisses de solutions suivantes :

Niveau	Esquisses de solutions ¹⁰	Responsabilité
CS	Envoyer systématiquement à tous les niveaux inférieurs (DPS, Districts, ZR) une lettre circulaire de rappel à vigilance à l'approche des périodes épidémiques traditionnelles	Niveau central
	Améliorer le système de communication	Niveau central
Bureau du District	Procéder à une supervision systématique des districts à l'approche des périodes épidémiques	Niveau de la DPS
	Nommer un personnel formé avec TDR clairs comme responsable de la SE	Niveau central
	Pourvoir tous les districts en systèmes de radiophonie	Niveau central
	Assurer à tous les districts un bon niveau de capacités diagnostiques de laboratoire	Niveau central
Délégation préfectorale sanitaire	Assurer un bon niveau en capacités analytiques et en réactivité	Niveau de la DPS
	Instituer une source unique d'information	Niveau central
Niveau central	Renforcer et revaloriser la responsabilité du Service de Surveillance épidémiologique intégré (SSEI) de la DAcS auprès des DPS et des MCD	Niveau central
	Améliorer la supervision formative du niveau central au bénéfice du niveau intermédiaire (DPS) avant et après les épidémies	Niveau central
	Faire fonctionner de manière permanente les commissions et sous-commissions du Comité Technique de Lutte contre les Epidémies (CTLE)	Niveau central
	Apporter un appui conséquent à toutes les délégations en matière de lutte contre les épidémies	Niveau central
	Assurer un bon feed-back des activités	Niveau central

4.3 Niveau sous régional

4.3.1 Inventaire des ressources

La mission a permis de constater que la dimension sous régionale n'était pas traitée au Tchad, même si beaucoup de responsables rencontrés ont manifesté un vif intérêt sur cette dimension. De ce fait, aucune donnée particulière (sur les organismes, les ressources humaines, financières, matérielles ainsi que les vaccins et médicaments...) n'a pu être collectée.

4.3.2 Difficultés

Les difficultés à prévoir pourraient être liées à la position géographique périphérique du Tchad par rapport au périmètre ARIVA. De plus, le Tchad étant le seul pays d'Afrique centrale, il ne fait pas partie des réseaux habituels des autres pays ARIVA. Toutefois, le Tchad a déjà participé à des initiatives régionales, comme par exemple lors des JNV dans la zone du Lac Tchad où des équipes tchadiennes viennent opérer en territoires nigériens et nigérians, et inversement.

4.3.3 Besoins et suggestions

Une meilleure articulation du Tchad avec les autres pays membres d'ARIVA serait sûrement nécessaire. A cette fin, des plaidoyers doivent être développés et des outils mis en place (par exemple, une mise en réseau des centrales d'achats de médicaments, d'une part, des laboratoires, d'autre part).

On peut aussi suggérer que les MSP des pays membres désignent des points focaux (plusieurs par pays) et les dotent d'un outil internet. Ces points focaux, étroitement associés aux système de surveillance nationaux, pourront par exemple se joindre dès qu'une alerte épidémique se présente dans des zones frontalières, ce, pour permettre d'activer la mobilisation du pays voisin – et l'échange de moyens, si nécessaire (vaccins, matériels, principalement).

¹⁰ Les éléments qui suivent se fondent sur le document « Problématique de la SE des maladies à potentiel épidémique au Tchad, le point de la situation par les partenaires du secteur santé, esquisses de solutions à proposer au MSP », Doc. cité en note précédente.

5 STADE DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE DE SURVEILLANCE INTEGREE

5.1 Inventaire de la situation actuelle

5.1.1 *Stade*

Le Niveau de mise en œuvre de la SEI au Tchad est satisfaisant : différentes revues ont été faites (Revue de la Surveillance intégrée, réalisée en septembre 2001, Revue externe du PEV, réalisée en mars – avril 2002, Revue externe du PFA , réalisée en novembre 2002), qui ont donné lieu à des rapports dont les résultats ont été exploités pour l'élaboration du Plan Quinquennal d'Action Stratégique du PEV 2003-2007

5.1.2 *Partenaires*

Ces revues ont été faites par les intervenants suivants : MSP / OMS / UNICEF / UE / BASE / DIEC / SECADEV / ITS, c'est à dire l'Administration, les principaux partenaires dans la santé, et deux ONG tchadiennes.

5.1.3 *Budget, source de financement*

Ces données n'ont pas pu être collectées.

5.2 Analyse

5.2.1 *Forces et Faiblesses*

Au titre des forces, on peut mentionner que (i) ces revues ont été de grande qualité, (ii) elles ont permis au MSP d'avancer dans sa recherche de solutions, (iii) elles constituent un bon exemple de partenariat et (iv) elles vont servir de point d'appui très utile pour la suite du projet ARIVA, ainsi que pour le développement du dialogue entre intervenants au Tchad et au niveau régional.

Les points qui méritent une attention particulière est le surcroît de travail que va entraîner le passage de 6 maladies à suivre à plus (8 pour le MSP, 20 pour l'OMS, des précisions seront nécessaires). A ce stade, les outils de suivi des nouvelles maladies à suivre ne sont pas encore opérationnels et les personnels ne sont pas encore formés.

5.2.2 *Besoins et suggestions*

Compte tenu du nombre plus important de maladies à suivre, des moyens de communication seront à développer ; les outils de suivi des nouvelles maladies à suivre seront à développer et il faudra également prévoir des formations au suivi des nouvelles grilles. D'une manière générale, il faudra faire un recensement des nouveaux besoins liés à l'augmentation du nombre de maladies à suivre et trouver les financements correspondants.

6 EXPERIENCES VECUES

6.1 Inventaire de la situation actuelle

6.1.1 *Description des capacités nationales d'alerte et réponse précoce*

Les capacités nationales d'alerte et réponse précoce sont assurées par les intervenants suivants :

Nom des services / programmes / projets	Alerte précoce	Riposte
DMT (Division des Maladies Transmissibles)	X	X
SSEI (Service de Surveillance Epidémiologique Intégré) (*)	X	X
DSIS (Division du Système d'information sanitaire)		X
DHMA (Division de l'hygiène du milieu et assainissement)		X
CTLE (Comité technique de lutte contre les épidémies) (**)	X	X

Laboratoire (***)	X	
Stock cogéré		X

(*) supervise les antennes régionales

(**) rattaché à la DG

(***) appartenant à l'Hôpital Général de Référence National

6.1.2 Partenariat avec les pays limitrophes

Aucun mécanisme de partenariat avec les pays limitrophes n'a été défini. Le seul pays voisin du Tchad à relever du programme ARIVA est le Niger. Les autres pays – donc non membres d'ARIVA – sont le Nigeria, le Cameroun, la RCA, le Soudan et la Libye.

6.1.3 Appui d'institutions supra nationale, internationale ou régionale

Les seuls partenaires recensés dans la SE et la riposte sont l'OMS, l'UNICEF, l'UE, GAVI, et MSF.

6.1.4 Budget, source de financement

Les éléments financiers sont difficiles à obtenir. Un chiffrage sera nécessaire à obtenir dans les meilleurs délais possibles.

6.2. Analyse

6.2.1 Acquis

Lors de la mission, il est ressorti qu'il n'y a pas eu d'expérience transfrontalière, et qu'il n'existe pas de mécanisme de coordination avec les pays limitrophes. L'examen des expériences vécues se limite donc au niveau national et montre principalement comme acquis l'appui des partenaires (OMS, UNICEF, UE, PASS/BM et MSF)

6.2.2 Difficultés

Les difficultés sont nombreuses :

- Inexistence d'un Plan national de préparation aux épidémies
- Mobilisation lente du CTLE, interventions en milieu ou fin de cycle épidémique
- Retards dans la mobilisation des ressources financières et matérielles (exemple du stock co-géré)
- Absence de rapports de fin d'épidémies liés au risque de mise en cause des décideurs
- Absence de mécanisme de coordination avec les pays limitrophes
- Difficultés dans la communication entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire (insuffisances en radios, distances, surtout au nord, coût des transports)
- Insuffisance des effectifs en quantité et en qualité (les rares formations n'ont pas beaucoup servi car les agents formés ne sont pas restés et les formateurs n'étaient pas sélectionnés suivant des critères de compétence)

Enfin, à titre d'exemple concret, le bilan de l'épidémie de choléra à N'Djaména en 2001 fait apparaître :

Points faibles	Points forts
<ul style="list-style-type: none"> - importantes lacunes dans la récolte des données - problème de définition de cas pour certains cholériques - manque de fiches techniques - interférences intempestives de quelques hommes politiques - absence de réunion de fin d'épidémie entre partenaires (MSP, OMS, MSF) - absence de production de rapport conjoint (MSP, OMS, MSF) de prise en charge de l'épidémie 	<ul style="list-style-type: none"> - rapidité de convocation du CTLE - mise sur pied d'un comité ad hoc - élaboration rapide de propositions d'actions pour le comité ad hoc - partage clair des responsabilités - nomination de personnels ad hoc - récupération des matériels en fin d'épidémie

6.2.3 Suggestions et remarques diverses

- Faire un Plan national de préparation aux épidémies
- Activer la mobilisation du CTLE en cas d'épidémies, le faire se réunir en routine au moins tous les deux mois
- Produire des procédures allégées pour la mobilisation des ressources financières et matérielles en cas d'épidémies
- Produire systématiquement des rapports de fin d'épidémies et capitaliser les leçons apprises
- Mettre en place des mécanismes de coordination avec les pays limitrophes, notamment par une mise en réseau de points focaux équipés en moyens de communications modernes et diversifiés (internet, GPS, radios, téléphone cellulaire et fixe, fax)
- Equiper les différentes entités responsables de la SE et la riposte aux trois niveaux de la pyramide sanitaire en moyens de communication (radios, véhicules ou motos) et avec des enveloppes correspondantes pour la maintenance, les frais d'utilisation, les réparations et les fournitures
- Améliorer l'efficacité des ressources humaines employés à la SE et à la riposte par la production d'un plan de formation et trouver les financements correspondants.

7 CONCLUSIONS ET PROPOSITIONS

Chacun des volets ci-dessus a fait l'objet de suggestions à partir d'une analyse rapide des forces et faiblesses constatées. D'une manière générale, il ressort que les principales actions à examiner sont :

- Mettre en place un mécanisme de coordination entre les différentes institutions impliquées dans la surveillance épidémiologique et dans la riposte contre les épidémies. La mise en place de ce mécanisme nécessite au préalable la tenue d'un atelier national regroupant les responsables des entités concernées de ces institutions
- Mettre en place un système de suivi régulier du Plan Quinquennal d'Action Stratégique du PEV 2003-2007 (rôle à confier à un organe indépendant des acteurs : un corps multidisciplinaire de superviseurs / auditeurs avec intéressements / sanctions des personnels en fonction des résultats. Cette fonction peut être assurée par une expertise nationale ou régionale
- Mettre en place dans un bref délai un organe de réflexion regroupant les autorités sanitaires, les dispensateurs de soins, les demandeurs de soins ainsi que les partenaires en vue de définir un programme d'action à court et moyen terme clair précis et cohérent avec les objectifs de réduction de la pauvreté et prenant en compte les faibles performances actuelles du système de santé notamment la faible couverture vaccinale
- Faire un Plan national de préparation aux épidémies
- Activer la mobilisation du CTLE en cas d'épidémies, le faire se réunir en routine au moins tous les deux mois
- Produire des procédures allégées pour la mobilisation des ressources financières et matérielles en cas d'épidémies
- Produire systématiquement des rapports de fin d'épidémies et capitaliser les leçons apprises
- Mettre à disposition des structures privées de soins des fiches techniques de définitions des cas des maladies courantes en général et des maladies prioritaires en particulier
- Mettre en place un système fonctionnel de contrôle de qualité interne et externe dans les laboratoires
- Passer par la CPA pour les achats de vaccins et les réactifs, plutôt que par UNICEF (D'après la CPA : moins cher, plus rapide, capacités techniques, transparence, qualité identique, paiement rapide, crédibilité des fournisseurs) A cette fin, faire une revue générale montrant que la CPA répond bien aux critères requis pour

garantir la qualité, le coût et la rapidité d'intervention (faisabilité fin 2004), utiliser ARIVA pour le plaidoyer, demander un back up qualité par UNICEF

- Mettre en place des mécanismes de coordination avec les pays limitrophes, notamment par une mise en réseau de points focaux, des laboratoires et des centrales d'achat de médicaments équipés en moyens de communications modernes et diversifiés (internet, GPS, radios, téléphone cellulaire et fixe, fax) Ces intervenants, étroitement associés aux systèmes de surveillance nationaux, pourront par exemple se joindre dès qu'une alerte épidémique se présente dans des zones frontalières, ce, pour permettre d'activer la mobilisation du/des pays voisin(s) – et l'échange de moyens, si nécessaire (vaccins, matériels, principalement)
- Equiper les différentes entités responsables de la SE et la riposte aux trois niveaux de la pyramide sanitaire en moyens de communication (radios, véhicules ou motos) et avec des enveloppes correspondantes pour la maintenance, les frais d'utilisation, les réparations et les fournitures
- Améliorer l'efficacité des ressources humaines employés à la SE et à la riposte par la production d'un plan de formation et trouver les financements correspondants.