



Proposition du Tchad
en vue d'un soutien de l'Alliance GAVI
au renforcement du système de santé (RSS)

Mars 2008

Résumé 4

<u>1^{ère} partie : processus d'élaboration de la proposition</u>	5
1.1: Le Comité national de Coordination et d'Appui au Renforcement du Système de Santé (CNCARSS)	5
1.2: Synthèse du processus d'élaboration de la proposition	6
<u>2^{ème} partie : information générale sur les pays</u>	8
2.1: Informations sociodémographiques et économiques les plus récentes sur votre pays	8
2.2: Synthèse du document de la politique nationale santé	8
<u>3^{ème} partie : analyse de situation / évaluation des besoins</u>	10
3.1: Evaluations récentes du système de santé	10
3.2: Obstacles principaux à l'amélioration de la couverture vaccinale identifiés par des évaluations récentes	11
3.3: Obstacles qui sont en train d'être maîtrisés de manière satisfaisante avec les ressources existantes	15
3.4: Obstacles qui ne sont pas en train d'être maîtrisés de manière satisfaisante et qui ont besoin d'un soutien RSS additionnel de la part de GAVI	16
<u>4^{ème} partie : buts et objectifs du soutien RSS de GAVI</u>	18
4.1: Buts du soutien RSS de GAVI	18
4.2: Objectifs du soutien RSS de GAVI	18
<u>5^{ème} partie : activités RSS de GAVI et calendrier d'exécution</u>	21
5.1: Durabilité du soutien RSS de GAVI	22
5.2 : Activités principales et calendrier d'exécution	24
<u>6^{ème} partie : suivi, évaluation et recherche opérationnelle</u>	27
6.1: Indicateurs d'incidence et de résultats	27
6.2: Indicateurs d'activités	28
6.3: Collecte, analyse et utilisation des données	29
6.4: Renforcement du système S&E	31
6.5: Recherche opérationnelle	31
<u>7^{ème} partie : dispositifs de mise en oeuvre</u>	32
7.1: Gestion du soutien RSS de GAVI	32
7.2: Rôles et responsabilités des partenaires-clés (membres du CCSS et les autres)	33
7.3: Gestion financière du soutien RSS de GAVI	34
7.4 Mécanismes d'achat	35
7.5: Dispositifs d'établissement des comptes-rendus	35
7.6: Besoins en assistance technique	36
<u>8^{ème} partie : coûts et financement du soutien RSS de GAVI</u>	37
8.1: Coût de la mise en oeuvre des activités RSS de GAVI et l'appui de l'Etat et des autres partenaire	37
8.2 Calcul de l'allocation RSS de GAVI aux pays	38
8.3: Provenance de tous les financements prévus pour les activités de renforcement des systèmes de san	38

Abbreviations et acronymes

ACD :	Approche Atteindre chaque District
AVS	Activités Vaccinales Supplémentaires
BCG :	Bacille de Calmette et Guérin
BELACD:	Bureau d'Etudes, de Liaison des Activités Caritatives pour le Développement
BM :	Banque Mondiale
CDMT :	Cadres des Dépenses à Moyen Termes
COGES:	Comité de Gestion
COOPI:	Coopération Italienne
CPA :	Centrale Pharmaceutique d'Achat
CG	Comité de Gestion
CNCARSS	Comité Nationale de Coordination et d'Appui au Renforcement du Système de Santé
CCSS	Comité de Coordination du Secteur de la Santé
CS:	Centre de Santé
CPE :	Consultation Préventive Enfants
DACSI:	Division d'Appui, de Coordinaiton et de Suivi Informatique

Résumé

La réunion d'adoption du plan d'urgence qui s'est tenue en Juillet 2007 a permis d'identifier 4 principales contraintes majeures qui constituent des goulots d'étranglement empêchant l'augmentation et le maintien de la couverture vaccinale.

Il s'agit de : (i) faiblesse de ressources humaines; (ii) faiblesse du système d'informations sanitaires; (iii) ruptures fréquentes en médicaments essentiels et consommables médicaux; (iv) insuffisances dans l'organisation et la gestion des Districts Sanitaires,

Pour faire face à ces contraintes, le MSP a soumissionné au fonds RSS GAVI afin de contribuer à l'augmentation et au maintien de la couverture vaccinale des enfants de moins d'un an.

Le but de la proposition est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination à travers l'extension de la SAASDE et de l'ACD dans 10 Districts Sanitaires d'ici 2012 afin d'augmenter et de maintenir la couverture vaccinale de 95 % en DTC3 et de 95% en VAT 2 chez les femmes enceintes.

Pour arriver à ces résultats, trois objectifs spécifiques ont été retenus. Il s'agit de : (i) renforcer en personnel qualifié et motivé les 10 Districts retenus d'ici 2012; (ii) rendre performant le système d'approvisionnement et de gestion des médicaments et des produits médicaux dans les formations

des 10 Districts retenus d'ici 2012; (iii) renforcer l'organisation et la gestion des services

renforcer la gestion des médicaments et des ressources financières et assurer un approvisionnement régulier en médicaments en complément a la dotation de l'Etat.

Au niveau des centres de santé, il est prévu de : (i) former le personnel de 100 centres de santé en PCIME+/ Nutrition, PEV+ et CPN+, (ii) mettre en place des outils et directives pour la gestion des médicaments et des recettes du recouvrement des coûts, (iii) assurer une dotation en médicaments aux 100 centres de santé, (iv) doter 100 centres de santé en motos pour les stratégies avancées, (v) assurer

le suivi à la réorganisation des comités de santé et à l'organisation du monitoring / micro

Est créé par Arrêté Ministériel N°141/PR/PM/MSP/SE/SG/DGRP/DP/07 du 04 Juillet 2007 afin de coordonner l'élaboration et la mise en œuvre du programme de renforcement du système de santé **(annexe 1)**. Le CNCARSS s'acquitte de l'ensemble de ses tâches depuis le 04 Juillet 2007.

Le CNCARSS est assisté d'un comité technique créé par Arrêté Ministériel N° 142 /PR/PM/MSP/SE/SG/DGRP/DP/07 du 04 Juillet 2007 **(annexe 2)**. Le comité technique est chargé de l'élaboration de la proposition. Le comité technique et le comité national ont été créés à la même date par Arrêté ministériel.

3 réunions de suivi ont été organisées par le comité technique **(annexe 3)** pour l'élaboration, la validation et l'adoption de la proposition.

Ces réunions ont porté sur le lancement des travaux de l'élaboration de la proposition, le suivi de son élaboration et sa validation.

Le CNCARSS s'est réuni deux fois. La première réunion s'est tenue le 19 Juillet 2007 et a permis d'examiner le 1^{er} draft présenté par le comité technique. La deuxième réunion a eu lieu le 25 Juillet 2007 et a été l'occasion d'échanger autour du 2^{ème} draft et de l'adopter.

Rôle et fonction généraux :

1. Le comité technique est chargé de : (i) proposer un plan de travail pour l'élaboration de la proposition ; (ii) élaborer la proposition ; (iii) mobiliser des compétences pouvant faciliter l'élaboration et la validation de la proposition ; (iv) assurer la validation technique de la proposition ; (v) organiser la réunion de validation de la proposition.

Le comité national est l'organe ultime du processus d'élaboration de la proposition. Son rôle est de :

- une 2ème réunion du comité technique s'est tenue le 25 Juillet 2007. au cours de cette réunion, un plan de travail accompagné d'une répartition des tâches entre les membres du groupe de travail a été présenté par le consultant national et validé par les membres du comité technique.
- Après ces 2 premières réunions, 2 réunions d'élaboration de la proposition ont été tenues par le groupe de travail. Ces réunions ont abouti à l'élaboration d'un 1^{er} draft de la proposition le 14 Septembre 2007.
- Le comité technique s'est réuni le 21 Septembre 2007 pour examiner ce 1^{er} draft. Ce draft a été validé sous réserve d'intégration des observations faites par les membres du comité technique le 21 septembre 2007 (**annexe 5**).
- Les observations faites au 1^{er} draft par le comité technique ont été intégrées et ont permis d'obtenir un 2^{ème} draft le 24 Septembre 2007.
- Le 1^{er} draft a été soumis au CNCARSS pour lecture Le 25 Septembre 2007;
- Le 2^{ème} draft de la proposition a été présenté à la réunion d'adoption du CNCARSS le 27 Septembre 2007 (**annexe 6**) qui l'a adopté avec quelques observations de fond et de forme. Ces observations sont prises en compte par le groupe de rédaction et ont permis d'obtenir un document final.
- La proposition finale a été transmise au secrétariat technique de GAVI par le président du comité national le 4 octobre 2007.

Le président du comité technique, Dr OUMAR ABDELHADI, Directeur de la Planification a suivi l'élaboration de la proposition. Au cours du processus de l'élaboration de la proposition, des extraits ont été mis à sa disposition pour avis. Le premier draft de la proposition a été aussi lu et approuvé par Dr OUMAR.

La proposition a été aussi examinée par les techniciens du Ministère de la Santé Publique et ceux du Ministère des Finances. Parmi ceux qui ont examiné cette proposition, nous citons : Dr Garba Tchang coordonnateur national du PEV ; Dr. KONO Noudjalbaye Directrice de la Santé de Reproduction et de Service de Vaccination, Dr Kanika Djam Inspecteur Général de la santé publique. Le document a été aussi examiné par les techniciens du système des Nations Unies au Tchad : Dr Batakao de l'OMS, Dr. Granga de l'UNICEF, Mme Fatimatou Djalbord de l'UNFPA Les techniciens issus des rangs des ONG et de la société civile ont donné leurs avis techniques sur le document : Dr Abdraman Djimet de l'Agence des Musulmans d'Afrique.

Le 1^{er} draft de la proposition a été envoyé à tous ces acteurs. Ensuite des observations sont envoyées au consultant national où elles sont intégrées dans le document qui a permis d'obtenir le deuxième draft .

Un groupe de rédaction présidé par le Président du comité technique assisté d'un consultant national et

l'Informatique) ; le groupe du système des Nations Unies (OMS, UNICEF, ONU SIDA, UNFPA) ; (ii) les bi et multilatéraux (Coopération Française) ; (iii) les ONG, associations et religieux (AMA, ...)

2^{eme} partie : information générale sur les pays

2.1: Informations sociodémographiques et économiques les plus récentes sur votre pays¹

Informations	Valeur	Informations	Valeur
Population	9 564 400	RNB par habitant	444,2 USD*
Cohorte de naissance annuelle	392140	Taux de mortalité des enfants de mois de cinq ans	191/ 1000
Nourrissons survivants* *	352142	Taux de mortalité infantile	102/ 1000
Pourcentage du RNB alloué à la santé	Non disponible	Pourcentage des dépenses du gouvernement au titre de la santé	5%

* estimation

** Nourrissons survivants = nourrissons encore en vie à l'âge de 12 mois

Indicateur	Valeur	Année de l'information	Source de l'information
Information démographique			
Totale de la population	9564400	2006	Données réactualisées DSIS/DCAP 2004
Nombre de naissances vivantes	392140	2006	DSIS/DCAP
Nourrissons survivants	352142	2006	DSIS/DCAP
Pourcentage du RNB alloué à la santé	NON DISPONIBLE		
Informations socio économiques			
RNB par habitant	444,2 USD	2006	INSEED
Taux de mortalité des enfants de mois de cinq ans	191 mille	2004	EDST2

Le système face à ces problèmes de santé. Il a été constaté une faiblesse d'accès de la population aux services de santé, de la disponibilité de ces services, de leur utilisation, de leur couverture et de leur qualité. Par

gestion des ressources mobilisées.

Afin de faire face à ce nouveau défi, le Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec ses partenaires, a élaboré une PNS couvrant la période 2007-2015. Cette politique qui est le premier élément

3^{ème} partie : analyse de situation / évaluation des besoins

3.1: Evaluations récentes du système de santé³

Titre de l'évaluation	Institutions participantes	Domaines / thèmes couverts	Dates
Rapport de la série d'ateliers sur la réforme du système de santé	Le Ministère de la Santé Publique, L'OMS, l'Unicef, la Banque Mondiale.	L'objectif de l'atelier est d'arriver à un consensus : un programme de réforme hospitalière, de la couverture du risque lié à la maladie et du renforcement de l'organisation et de la gestion des centres de santé. l'atelier a couvert ces domaines l'appui de deux consultants extérieurs	2003
Document de politique nationale de santé ; bilan de la mise en œuvre de la politique nationale de santé 1999-2006 et axes stratégiques 2007-2015.	Le Ministère de la Santé Publique, L'OMS, l'Unicef, la Banque Mondiale, l'Union Européenne, l'UNFPA, Coopération Française	Le document de politique nationale de santé s'inscrit dans le cadre de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et de la stratégie de réduction de la pauvreté (SNRP).	2006
Rapport de pré faisabilité de l'approche sectorielle en santé	Le Ministère de la Santé Publique, l'Union Européenne,	Un rapport analysant les principales contraintes du secteur de la santé et recommandant le développement de l'approche sectorielle pour améliorer la performance de ce secteur .La mise en place de 3 outils sont recommandés pour la mise en place de cette approche : l'élaboration d'une politique nationale sanitaire (PNS), l'élaboration d'un plan national de développement sanitaire (PNDS), et l'élaboration d'un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT).	2006
Politique Nationale de Santé	MSP et Partenaires	Santé	2007
Enquête Démographique et de Santé (EDST 2)	Ministère du Plan et de l'Economie	Santé	2007
Enquête sur la consommation du secteur informel (ECOSIT)	Ministère du Plan et de l'Economie	Santé et conditions de vie de ménages	2007
Rapport sur la SNRP2,	Le Ministère de la Santé Publique, le Ministère en charge du Plan, le Ministère en charge de l'Action Sociale, le PNUD, L'OMS, l'Unicef, la Banque Mondiale, l'Union Européenne, l'UNFPA, Coopération Française,	Un rapport et en même temps un plan d'action 2008-2010 qui cible les principales interventions prioritaires à développer pour contribuer à lutter contre la pauvreté. Il s'agit de la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, les consultations prénatales et accouchements assistés, la vaccination infantile. Un accent particulier est mis sur le redéploiement des ressources humaines et les autres ressources au profit des zones d'accès difficiles et rurales.	2007
Rapport sur l'évaluation des coûts des OMD	Le Ministère de la Santé Publique, le Ministère en charge du Plan, le Ministère en charge de l'Action Sociale, le PNUD, L'OMS, l'Unicef, la Banque Mondiale, l'Union Européenne, l'UNFPA, Coopération Française	Rapport dont l'objectif est d'estimer les moyens nécessaires pour permettre d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) à l'horizon 2015. Les domaines analysés sont : le VIH/SIDA, la Tuberculose, le paludisme, la santé maternelle et infantile. L'analyse a été faite par un groupe de 3 consultants nationaux.	2007
Plan d'urgence du MSP 2007-2008	Le Ministère de la Santé Publique, le Ministère en charge du Plan, le Ministère en charge de l'Action Sociale, le PNUD, L'OMS, l'Unicef, la Banque Mondiale, l'Union Européenne, l'UNFPA, Coopération Française	Le plan d'urgence est un plan qui vise à développer 11 paquets d'interventions prioritaires et urgentes pour la période 2007-2008. le PNDS prendra la relève à partir de 2009. les volets couverts portent sur : (i) le développement des ressources humaines ; (ii) le Désengorgement de l'HGRN et l'accélération de la réforme hospitalière ; (iii) coordination des interventions en santé des réfugiés et déplacés ; (iv) Mise en place d'un observatoire national de santé ; (v) rationalisation de l'approvisionnement en médicaments, réactifs et consommables médicaux ; (vi) renforcement de la détection et de la riposte contre les épidémies ; (vii) accélération de l'atteinte des OMD ; (viii) accélération de l'élaboration du PNDS ; (ix) renforcer, le leadership et la gestion du partenariat ; (x) développement de la santé des travailleurs ; (xi) développement des stratégies appropriées	2007

³ Au cours des trois dernières années.

		d'IEC/CCC.	
PPAC, 2007 – 2012	Le Ministère de la Santé Publique, le Ministère en charge du Plan, le Ministère en charge de l'Action Sociale, le PNUD, L'OMS, l'Unicef, la Banque Mondiale, l'Union Européenne, l'UNFPA, Coopération Française	C'est un plan pluri annuel de la mise en œuvre de la vaccination pour la période 2008-2012. Une analyse de situation du contexte socio sanitaire et économique a été faite. Des grandes lignes d'action pour le développement d'un programme visant à augmenter et à maintenir la couverture vaccinale ont été définies et adoptées.	2007
Feuille de route pour la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	Le Ministère de la Santé Publique, le Ministère en charge du Plan, le Ministère en charge de l'Action Sociale, le PNUD, L'OMS, l'Unicef, la Banque Mondiale, l'Union Européenne, l'UNFPA, Coopération Française	Document stratégique pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Il s'inspire des objectifs du millénaire pour le développement (OMD).	2007
Rapport de la revue de la coopération Tchad Unicef	Le Ministère de la Santé Publique, le Ministère en charge du Plan, le Ministère en charge de l'Action Sociale, le PNUD, L'OMS, l'Unicef, la Banque Mondiale, l'Union Européenne, l'UNFPA, Coopération Française	Programme de coopération entre le Ministère de la Santé Publique et l'Unicef couvrant la période 2006-2010. Son principal objectif est de contribuer à la réduction de la mortalité infantile et infanto juvénile. Sa principale stratégie est le développement de la SAASDE.	2007
Biennium de coopération Tchad – OMS 2008-2009	Le Ministère de la Santé Publique et L'OMS,	Programme de coopération entre le Ministère de la Santé et l'OMS pour la période 2008-2010. Son objectif est de contribuer à la mise en œuvre de la politique nationale de santé en assurant un appui aux programmes nationaux et au renforcement du système de santé.	2007

3.2: Obstacles principaux à l'amélioration de la couverture vaccinale identifiés par des évaluations récentes

A Problèmes de santé qui touchent surtout les enfants et les femmes

La protection du couple mère – enfant constitue une priorité majeure du Gouvernement du Tchad. Cependant, malgré les efforts fournis par le Ministère de la Santé Publique, force est de constater que la mortalité maternelle et infantile au Tchad demeure très élevée. Ce qui fait que les indicateurs de santé du Tchad sont parmi les moins bons de la sous région d'Afrique.

Principaux problèmes touchant les femmes

Le taux de mortalité maternelle, qui était de 827 pour 100.000 naissances vivantes en 1997 lors de l'EDST I, est actuellement de 1.099 à l'EDST II de 2004. Les principales causes de ces décès

- Près de 90 % des enfants souffrant d'infections respiratoires aiguës n'ont pas été vus par un personnel médical ;
- 44 % des enfants de moins de cinq ans ne dorment pas sous une moustiquaire ;
- Près de 60% des enfants ayant eu un épisode diarrhéique n'ont pas bénéficié d'une thérapie de réhydratation par voie orale ;
- 41 % des enfants souffrent de malnutrition modérée et près d'un enfant sur cinq souffre de malnutrition sévère ;

Par ailleurs, depuis plus de dix ans le paludisme, les diarrhées, les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), les dysenteries et la malnutrition sont restés les premiers motifs de consultation chez les moins

de 5 ans, la rougeole et le tétanos néonatal constituent les maladies les plus meurtrières (Annexe 12)

B Les obstacles liés à la faiblesse de la réponse du système de santé

Malgré l'effort mené en matière de vaccination, la couverture nationale reste faible et n'a jamais atteint 80% (DCT3 77% en 2006).

La faiblesse du système de santé du District favorise la fréquence des maladies évitables par la vaccination. Cette situation continue d'alimenter la létalité de la rougeole et du tétanos néonatal et les place parmi les maladies infantiles les plus meurtrières. La persistance des cas de PVS avec 5 cas notifiés en 2007 contre 1 cas en 2006 témoigne de la faiblesse du système de surveillance, de la faible qualité des AVS.

charge des problèmes de santé de toute la population d'une zone de responsabilité couvrant environ 5000 à 10 000 habitants. On rencontre cette situation dans la plupart des centres de santé, particulièrement dans les zones rurales ou d'accès difficiles. Ainsi, les activités de vaccination sont confiées en général aux aides soignants et aux manœuvres payés par le système de recouvrement des coûts. Ces derniers sont aussi sollicités fréquemment pour aider le responsable du centre de santé dans certains actes tels que les pansements, la gestion de la pharmacie de détails et de stock, voire les consultations. Par ailleurs, les agents qualifiés sont parfois contraints de s'absenter pendant de longues durées pour suivre leurs dossiers administratifs ou leurs salaires au niveau de la capitale.

L'analyse des statistiques sanitaires du MSP en 2005 fait ressortir un écart important entre les normes OMS et la couverture nationale (1 médecin pour 27000 habitants contre une norme de 1 pour 10.000) (**annexe 12**). Le personnel de santé est concentré dans les grands centres urbains au détriment des zones rurales.

De manière générale, le constat lié à la problématique du développement des ressources humaines de la santé au Tchad se résume à :

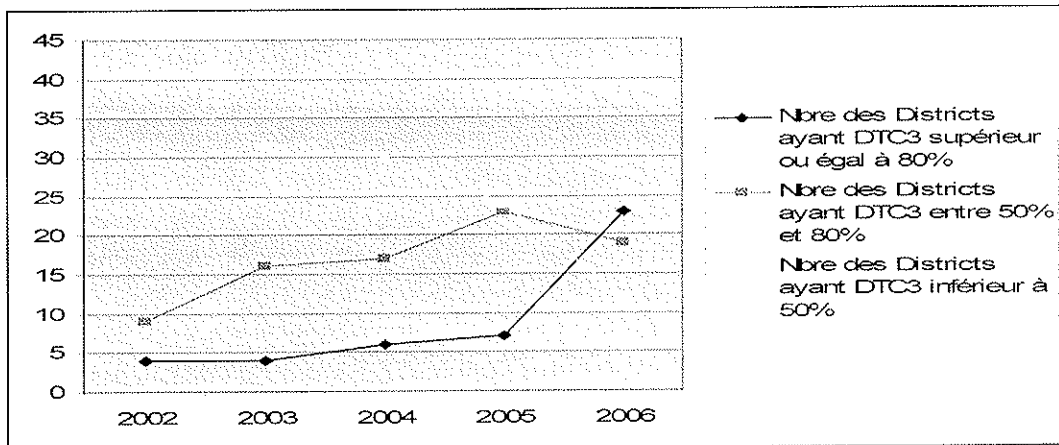
- Une insuffisance qualitative et quantitative en personnel caractérisée par : (i) une insuffisance en personnel dans les centres de santé et hôpitaux; (ii) une très faible qualification du personnel tant pour les soins curatifs que préventifs et promotionnels; (iii) une insuffisance dans la définition de tâches et fonction des différentes catégories des prestataires; (iv) une insuffisance dans la planification de la formation initiale et continue; (v) une faiblesse de la coordination de la formation continue.
- Une insuffisance dans la gestion du personnel de santé dont les principales causes sont : (i) une répartition inégale du personnel par DSR, par zones rurales et urbaines; (ii) une prédominance du personnel dans les grands centres urbains et les grands hôpitaux; (iii) une faible motivation du personnel; (iv) une absence d'un plan de carrière des agents; (v) une faiblesse de planification et de gestion du personnel.

b. La faiblesse de l'utilisation, de la couverture et de la qualité en services de santé

En 2003, l'enquête sur les soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) a relevé une faible

utilisation des services de santé et plus particulièrement les services de santé maternelle et infantile

Graph 2 : évolution de la performance des Districts Sanitaires en couverture vaccinale



Source : PPAC, 2007

Les causes de cette situation pourraient se résumer ainsi : (i) éloignement des parents des centres de santé ; (ii) faible motivation des parents ; (iii) faible utilisation et analyse des données pour une recherche active des perdus de vue ; (iv) faible implication de la communauté dans les activités de vaccination de routine.

Cette faible implication de la population ne facilite pas l'utilisation des services de santé quand la barrière liée à l'accessibilité géographique est levée.

Bien que la participation communautaire soit instituée officiellement au Tchad en 2001 dans les formations sanitaires, très peu de centres de santé disposent de comités de santé représentatifs et fonctionnels (annexe 12).

Il convient de souligner également la faible intégration et continuité des services offerts à la population, particulièrement en santé maternelle et infantile, et cela ne facilite pas l'utilisation

Selon les statistiques du MSP de 2006, peu des Districts Sanitaires disposent de véhicules pour assurer des supervisions des centres de santé. En outre, les Districts qui disposent des véhicules réalisent des supervisions peu efficaces (sans fiches de supervision, irrégularité des missions).

Au niveau des centres de santé seule la population vivant autour des centres de santé a accès aux services. La réalisation des stratégies avancées prévues par la politique nationale est faiblement assurée faute de moyens logistiques et de personnel.

En outre, la faiblesse de l'organisation au niveau des Districts et des Zones de Responsabilités limite les capacités de supervision et de suivi des centres de santé par les équipes cadres des Districts. L'évaluation de l'opérationnalité des Districts Sanitaires en 2002 a montré que moins de 50 % des Districts étaient opérationnels (**annexe 16**). En 2006, le nombre des Districts fonctionnels est de 57 sur les 68 Districts Sanitaires (**annexe 12**).

3.3: Obstacles qui sont en train d'être maîtrisés de manière satisfaisante avec les ressources existantes

Des efforts sont entrain d'être faits par le MSP pour maîtriser un certain nombre d'obstacles avec les ressources existantes. Plus précisément :

(i) Reorganisation du système de santé ; (ii) la dotation du

3.3.2 La politique nationale de santé est mise en œuvre à travers des plans stratégiques et des plans d'action annuels des délégations sanitaires régionales et des Districts Sanitaires. Un plan national de développement sanitaire 2009-2012 est en cours d'élaboration. Le processus d'élaboration de ce plan est ~~encadré~~ avec la participation de tous les acteurs de la santé y compris la société civile et les

associations de défense des malades. En attendant la finalisation du PNDS, un plan d'urgence a été élaboré et adopté le 4 Juillet 2007. Ce plan d'urgence qui couvre une période de 18 mois (Juillet 2007 – Décembre 2008) a permis d'analyser le système de santé et de retenir quatre domaines d'interventions

~~qui ont été~~ ~~le~~ ~~Plan~~ ~~de~~ ~~Délégation~~ ~~de~~ ~~la~~ ~~région~~ ~~DSS~~ ~~CAVI~~ ~~pour~~ ~~faire~~ ~~face~~ ~~aux~~ ~~écarts~~

reconnaissance des efforts fournis par ce personnel et une insuffisance dans les directives de la gestion du personnel. Cette situation entraîne une démotivation et un découragement du personnel de santé.

(iv) **Fragilité du système d'approvisionnement et de distribution des médicaments et de consommables médicaux;**

La fragilité du système d'approvisionnement et de distribution est caractérisée par la faible capacité financière de la CPA pour assurer un approvisionnement régulier en médicaments, consommables et petit matériel médico technique. C'est ce qui occasionne des ruptures fréquentes des médicaments et de consommables médicaux dans les formations sanitaires. Par ailleurs on constate une faiblesse dans l'encadrement des gestionnaires des PRA, une insuffisance des missions de supervision et de contrôle.

(v) **Insuffisance des capacités d'appui à l'organisation et à la gestion des Services de santé.**

Les Directions et services concernés par les problèmes sus cités, disposent d'un personnel formé en nombre suffisant dans la plupart des cas et qui éprouve des difficultés pour assurer un appui technique aux DSR et aux Districts pour le renforcement du système de santé afin de soutenir les activités de vaccination. L'insuffisance des Directives (fiches de supervision, procédures et mécanismes de suivi ou de supervision, système de gestion efficace des ressources et des informations), de la logistique (matériel informatique, moyens de supervision et d'approvisionnement en médicaments et autres ressources) et la faiblesse des capacités techniques constituent les principales causes de cette situation. C'est pourquoi, il est envisagé des actions visant à renforcer les capacités de ces Directions afin de leur permettre d'une part de coordonner la mise en œuvre de la proposition, de contrôler l'utilisation des ressources.

Il s'agit de (a) Direction de la Planification, (b) Direction des Ressources Humaines, (c) Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et du Médicament, (d) Direction de l'Organisation des Services de Santé, (e) Direction Générale de l'Action Sanitaire Régionale, (f) Secrétariat Général, (g) Inspection Générale.

3.4.2 Au niveau intermédiaire: L'insuffisance en ressources humaines qualifiées limite les capacités d'appui du niveau régional aux Districts Sanitaires pour la mise en œuvre des interventions, notamment l'approvisionnement en médicaments, la formation et la supervision. Pour faire face à cette contrainte, il a été prévu de renforcer les capacités logistiques, managériales et de supervision des différents niveaux du système de santé.

Par ailleurs, les difficultés de gestion des statistiques sanitaires dues à l'insuffisance de l'outil informatique et de la formation du personnel ne facilitent pas l'analyse et l'utilisation des données collectées. Le manque de moyens logistiques ne permet pas aux DSR et aux Districts sanitaires d'organiser des stratégies de récupération active des rapports mensuels d'activité des formations sanitaires.

3.4.3 Au niveau District: 87% des Districts Sanitaires (57/68) et 74% des Zones de Responsabilités (ZAR) sont fonctionnelles avec CPA centres de santé. Cependant du fait de l'immensité du territoire

cause de la démotivation du personnel, des ruptures fréquentes en médicaments essentiels et vaccins observés vers la troisième année de mise en œuvre de la SAASDE, des relâchements des équipes cadres des Districts dans le suivi des comités de santé et de l'irrégularité des sessions de monitoring.

De manière globale les obstacles qui ne sont pas entrain d'être maîtrisés et qui ont besoin d'un appui du RSS GAVI se résument à :

- Des ruptures fréquentes en médicaments essentiels et produits médicaux dans les formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé);
- Des faiblesses en coordination, suivi des interventions à différents niveaux du système de santé, particulièrement au niveau des Districts Sanitaires

Une faiblesse des capacités techniques et managériales des structures de santé au niveau

- 95% en DTC3 ;
- 95% en VAT 2 chez les femmes enceintes :

4.2.2 Objectifs spécifiques

- (i) Renforcer en personnel de santé qualifié et motivé les 10 Districts Sanitaires retenus d'ici 2012 ;
- (ii) Rendre performant le système d'approvisionnement et de gestion des médicaments essentiels génériques et des produits médicaux dans les formations sanitaires de 10 districts sanitaires d'ici 2012 ;
- (iii) Renforcer l'organisation et la gestion des services de santé dans les 10 Districts Sanitaires et 6 structures du niveau central d'ici 2012

4.3 Principales stratégies et activités essentielles

Les stratégies utilisées découlent de la SAASDE et sont réparties dans 3 domaines d'intervention : (i) ressources humaines ; (ii) gestion rationnelle des médicaments essentielles et produits médicaux ; (iii) Organisation et gestion de services de santé y compris le niveau communautaire.

Ces stratégies et les principales activités à développer sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : description des principales stratégies et des activités essentielles y afférentes

N°	Domaines d'intervention	Objectifs spécifiques	Principales stratégies	Activités essentielles
1		Renforcer	Renforcement des capacités	<ul style="list-style-type: none"> • Affecter des agents qualifiés dans les 10 Districts Sanitaires retenus • Payer des primes d'installation et

	Organisation et gestion des services de santé	Renforcer l'organisation et la gestion des services de santé dans les 10 Districts Sanitaires et 6 structures du	Renforcement des capacités managériales techniques Planification / coordination Amélioration du suivi supervision	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des ateliers de planification, ▪ élaborer des outils et des procédures sur l'organisation et la gestion des DSR, des Districts et de la participation communautaire ▪ Réviser les mécanismes et des
--	---	--	---	---

- Superviser et contrôler la gestion des médicaments et produits médicaux.
- Doter les 100 centres de santé en médicaments essentiels génériques. Cette première dotation sera précédée d'un renforcement des capacités gestionnaires des équipes des centres de santé (le responsable du centre de santé, le gestionnaire des médicaments et les autres infirmiers prescripteurs).
Le renforcement des procédures de gestion des médicaments et des ressources financières issues de la

5.1: Durabilité du soutien RSS de GAVI

Le soutien de GAVI au renforcement du système de santé du Tchad est prévu pour cinq ans, couvrant la période 2008-2012.

Le but, les objectifs et les stratégies de cette proposition s'intègrent dans le cadre d'un développement de projets de santé plus larges qui vont contribuer à la durabilité des interventions à développer

pour financer la mise en œuvre de la PNS de manière durable. A cet effet, l'organisation d'une réunion de positionnement des partenaires du MSP est prévue en 2008.

Le financement de RSS par GAVI qui va couvrir la période 2008-2012 va compléter ce dispositif. Les résultats qui seront à la fin 2012 seront aussi consolidés grâce à ce mécanisme qui permettra de financer la mise en œuvre de la PNS jusqu'en 2015.

5.2 : Activités principales et calendrier d'exécution

Objetif général :

Assurer l'extension de la SASDE dans 10 Districts Sanitaires d'ici 2012 afin d'augmenter et de maintenir la couverture vaccinale de :

- 95% en DTC HepB-Hib3;
- 95% en VAT 2 chez les femmes enceintes :

Objetif spécifique 1 : Renforcer en personnel de santé qualifié et motivé les 10 Districts Sanitaires retenus d'ici 2012 ;

	Année 1 (2008)				Année 2 (2009)				Année 3 (2010)				Année 4 (2011)				Année 5 (2012)			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Activité 1.1 : Elaborer et mettre à la disposition de 8 DRS et de 10 Districts Sanitaires des outils efficaces de gestion du personnel de santé	Elaboration et diffusion des outils																			
Activité 1.2 : Affecter du personnel de santé requis dans les 100 centres de santé et les 10 hôpitaux repartis dans les 10 Districts Sanitaires	Affectation des agents requis dans : 30 CS et 3 hôpitaux				Affectation des agents requis dans : 40 CS et 4 hôpitaux				Affectation des agents requis dans : 30 CS et 3 hôpitaux											
Activité 1.3 : Former le personnel des 8 DSR, de 10 DS et des membres des communautés à la PCIME, la CPN + et le PEV+.					Formation des agents dans : 70 CS et 7 hôpitaux				Formation des agents requis dans : 30 CS et 3 hôpitaux											
Activité 1.4 : Organiser des cérémonies pour récompenser le personnel performant au niveau central et dans les Districts sélectionnés	élaboration des procédures et outils de gestion de la performance				Cérém. de récompenses des agents dans : 70 CS, 7 hôpitaux et NC				Cérém. de récompenses des agents dans : 100 CS, 10 hôpitaux et NC				Cérém. de récompenses des agents dans : 100 CS, 10 hôpitaux et NC				Cérém. de récompenses des agents dans : 100 CS, 10 hôpitaux et NC			
Activité 1.5 : Assurer un suivi efficace des dossiers administratifs du personnel de santé	■ ■ ■ ■				■ ■ ■ ■				■ ■ ■ ■				■ ■ ■ ■				■ ■ ■ ■			
Activité 1.6 : Réaliser une étude pour disposer de plus de données sur les stratégies de redéploiement, de rétention et de motivations du personnel de santé	■																			

	Année 1				Année 2				Année 3				Année 4				Année 5			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Objectif spécifique 3 : Renforcer l'organisation et la gestion des services de santé dans les 10 Districts Sanitaires et 6 structures du niveau central d'ici 2012 ;																				
Activité 3.1 : Réviser ou élaborer et diffuser : (i) les directives sur l'organisation et le fonctionnement des DSR et Districts Sanitaires ; (ii) les guides et les directives pour la gestion des Districts sanitaires ; (iii) les directives et les guides pour l'organisation et le fonctionnement des comités de santé	■																			
Activité 3.2 : Former le personnel de 8 DSR et 10 Districts sur les directives, outils et procédures de l'organisation et du fonctionnement des DRS et Districts:					Formation du personnel des 4 DSR et 5 DS			Formation du personnel des 4 DSR et 5 DS												
Activité 3.3 : Réviser les mécanismes et procédures de collecte des données du SIS					■															
Activité 3.4 : Former et équiper 8 équipes des DSR et Districts sélectionnés pour la collecte et la gestion des informations sanitaires;					Formation des équipes 8DSR et 10 DS4-DSR			Equipement des équipes 8DSR et 10 DS4-DSR												
Activité 3.5 : Réaliser une étude pour disposer des données visant à renforcer le suivi des activités au niveau communautaire ; (f) Suivi des principaux indicateurs au niveau communautaire à travers le monitoring ; (fi) L'organisation et le fonctionnement des cosan	■																			
Activité 3.6 : organiser des réunions de suivi et de coordination aux différents niveaux du système de santé : <ul style="list-style-type: none"> • au niveau central : 4 réunions par an de coordination des partenaires du MSP et 1 réunion de comité directeur par an ; • au niveau des DSR et des Districts sélectionnés : 4 réunions de comité de directeur par an ; • Au niveau communautaire : 4 séances des stratégies avancées (SA)/mois /CS; et 1 session de monitoring / semestre / centre de santé; 	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Activité 3.7 : superviser les activités et contrôler la gestion des ressources aux différents niveaux du système de santé : <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau communautaire : 4 séances des stratégies avancées (SA)/mois /CS; et 1 session de monitoring / semestre / centre de santé. • au niveau des zones de responsabilité des Districts sélectionnés : 2 réunions de monitoring par an avec les comités de santé ; et une mission de supervision par trimestre • au niveau des DRS et des Districts sélectionnés : 4 réunions de comité de directeur par an ; et 1 mission de supervision par semestre dans les Districts sélectionnés • au niveau central : 4 réunions par an de coordination des partenaires du MSP et 2 missions de supervision et 2 missions de contrôle par an 	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Activité 3.8 : Réaliser une enquête rapide pour disposer des données de base sur certains indicateurs liés aux ressources humaines, aux supervisions et aux ruptures des médicaments.	■																			

Gestion, suivi et évaluation de la proposition

6^{ème} partie : suivi, évaluation et recherche opérationnelle**6.1: Indicateurs d'incidence et de résultats**

Indicateur	Source de données	Valeur de la base de référence ⁴	Source ⁵	Date de la base de référence	Objectif	Date-butatoire
1. Couverture nationale en DTC HepB-Hib3 (%)	Données de routine	77%	DSIS, PEV	2006	95%	2012
2. Proportion de districts atteignant $\geq 80\%$ de couverture par le DTC3,	Données de routine	23	DSIS, PEV	2006	51	2012
3. Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1000),	Enquête Nationale (EDST)	191%0	INSEED	2004	64%	2015
4. Proportion des hôpitaux et des centres de santé des Districts sélectionnés disposant du personnel de santé qualifié et motivé et présent au moins 10 mois sur 12 au cours du dernier mois écoulé.	Données de routine	Non disponible	DRH/DSIS	2007		2012
5. Proportion des formations sanitaires des District sélectionnés ayant eu un nombre moyen de jours de ruptures en dix sortes de médicaments essentiels au cours de du trimestre écoulé.	Données de routine	Non disponible	DSIS / DPLM	2007	80%	2012
6. Proportion des Districts sélectionnés utilisant efficacement des outils et des procédures de gestion, réalisant des supervisions de qualité et ayant une base des données.	Données de routine	0	DSIS	2007	100%	2012

6.2: Indicateurs

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données	Valeur de base de référence ¹	Source	Date de la base de référence	Objectif	Date-buttoire
1. Couverture nationale en DTC HepB-Hib3 (%)	Nbre des nourrissons 0-11 mois ayant atteint leur 1 ^{er} anniversaire et ayant reçu dans le délai le DTC3	Nbre total des nourrissons 0-11 mois ayant atteint leur 1 ^{er} anniversaire	Données de routine (RMA)	77%	DSIS	2006	95%	2012
2. Proportion de districts atteignant ≥80% de couverture en DTC3	Nombre de districts atteignant ≥80% de couverture en DTC3	Nbre total des Districts	Données de routine (RMA)	23	Rapport d'activités	2006	51	2012
3. Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1000)	Nbre des enfants de moins de cinq ans décédés avant leur 5 ^{ème} anniversaire	Nbre total des enfants de moins de 5 ans	EDST	191 P. 1000	INSEED, EDST	2004	64 P. 1000	2015
4. Proportion des hôpitaux et des centres de santé des Districts sélectionnés disposant du personnel de santé qualifié et motivé et présent au moins 10 mois sur 12 au cours du dernier mois écoulé.	Nombre des hôpitaux et des centres de santé des Districts sélectionnés disposant du personnel de santé qualifié et motivé et présent au moins 10 mois sur 12 au cours du dernier mois écoulé.	Nbre total des hôpitaux et des centres de santé des Districts Sanitaires sélectionnés	DSIS, Direction des Ressources Humaines	Non disponible	DSIS, Direction des Ressources Humaines	2007	8 hôpitaux 80 centres de santé	2012
5 Proportion des hôpitaux et des centres de santé des District Sanitaires sélectionnés ayant moins de 10 jours de rupture de médicaments essentiels au cours du trimestre écoulé.	Nombre des hôpitaux et des centres de santé des District Sanitaires sélectionnés ayant eu un nombre moyen de jours de ruptures en dix types de médicaments essentiels au cours du trimestre écoulé.	Nombre des centres de santé et des hôpitaux des Districts sélectionnés	Données de routine	Non disponible	DSIS/DPLM	2007	8 hôpitaux 80 centres de santé	2012
6. proportion des Districts sélectionnés disposant d'un plan opérationnel, utilisant des outils et des procédures de gestion, réalisant des supervisions de qualité et produisant des rapports d'activités régulièrement.	Nombre des Districts sélectionnés disposant d'un plan opérationnel, utilisant des outils et des procédures de gestion, réalisant des supervisions de qualité et produisant des rapports d'activités régulièrement	Nombre des Districts sélectionnés	DOSS, DSIS, DS, DSR	Non disponible	DOSS, DSIS, DS, DSR	2007	10	2012

6.3: Collecte, analyse et utilisation des données

Indicateurs	Collecte des données	Analyse des données	Utilisation des données
Incidence et résultats			
1. Couverture nationale en DTC HepB-Hib3 (%)	Niveau centres de santé	Centres de santé, Districts, DSR et DSIS	Centres de santé y compris communautaire, Districts, DSR et central
2. Proportion de districts atteignant ≥80% de couverture en DTC3	Centres de santé, Districts Sanitaires, DSR	Districts Sanitaires, DSR, DSIS	Niveau central : cabinet, MSP, Directions Centrales, DSIS, Chercheurs, DS, DSR
3. Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1000)	Enquête auprès de la population	INSEED, DSIS	Gouvernements, partenaires du MSP, Directions centrales DU MSP, DSR, DS, Chercheurs
4. Proportion des hôpitaux et des centres de santé des Districts sélectionnés disposant du personnel de santé qualifié et motivé et présent au moins 10 mois sur 12 au cours du dernier mois écoulé.	CS, hôpitaux, DS, DSR, Direction des Ressources Humaines, DSIS	DS, DSR, Direction des Ressources Humaines, DSIS	Gouvernements, partenaires du MSP, Directions centrales DU MSP, DSR, DS, CS,
5. Proportion des hôpitaux et des centres de santé des Districts Sanitaires sélectionnés ayant moins de 10 jours de rupture de ruptures en dix types de médicaments essentiels au cours du trimestre écoulé.	CS, hôpitaux, PRA, DS,	DS, DSR, DPLM, DSIS	Gouvernements, partenaires du MSP, Directions centrales DU MSP, DPML, DSR, DS, Chercheurs
6. Proportion des Districts sélectionnés disposant d'un plan opérationnel, utilisant des outils et des procédures de gestion, réalisant des supervisions de qualité et produisant des rapports d'activités régulièrement.	CS, DS, DSR, Direction de la Pharmacie, Laboratoire et Médicaments, DSIS	CS, DS, DSR, Direction de la Pharmacie, Laboratoire et Médicaments, DSIS	CS, DS, DSR, Direction de la Pharmacie, Laboratoire et Médicaments, Gouvernement, partenaires du MSP, SG/MSP, partenaires du MSP
Activités			
1 Proportion des PRA, des hôpitaux et des centres de santé sélectionnés disposant des agents de santé formés sur la gestion des médicaments et produits médicaux	DSR, DS, DSIS Direction de la Pharmacie (DPLM)	DSR, DS, DSIS, Direction de la Pharmacie (DPLM)	DSR, DS, DSIS, Direction de la Pharmacie (DPLM), Cabinet du MSP, SG/MSP, partenaires du MSP
2 Proportion des centres de santé et des hôpitaux sélectionnés ayant des agents de santé et des membres des communautés formés sur la PCIME, CPN + et PEV+;	DSR, DS, CS, DSIS	DSR, DS, CS, DSIS	DSR, DS, CS, DSIS, DOSS, Cabinet du MSP, SG/MSP, partenaires du MSP
3 Proportion des centres de santé sélectionnés ayant organisé des sessions de monitoring ;	DSR, DS, CS, DSIS	DSR, DS, CS, DSIS, communauté	DSR, DS, CS, DSIS, communauté, Cabinet du MSP, SG/MSP, partenaires du MSP
4 Proportion de centres de santé ayant bénéficié d'au moins 6 visites de supervision au cours de l'année écoulée, pendant lesquelles une liste de contrôle quantifiée a été utilisée	CS, DS, DSR, DSIS	CS, DS, DSR, DSIS	CS, DS, DSR, COSAN, Directions Centrales, partenaires du MSP
5. Proportion des centres de santé des Districts sélectionnés ayant organisé des séances des stratégies avancées	DSR, DS, CS, communauté DSIS	DSR, DS, CS, communauté DSIS	DSR, DS, CS, DSIS, communauté, Cabinet du MSP, SG/MSP, partenaires du MSP
6. Proportion des centres de santé et des hôpitaux des Districts sélectionnés ayant des agents récompensés sur la base de leurs performances	DSR, DS, CS, DSIS Direction des Ressources Humaines	DSR, DS, CS, DSIS Direction des Ressources Humaines	DSR, DS, CS, DSIS, Cabinet du MSP, SG/MSP, partenaires du MSP Direction des Ressources Humaines

Tableau de suivi de l'évolution des progrès enregistrés

Indicateurs	2008	2009	2010	2011	2012
Incidence et résultats					
1. Couverture nationale en DTC HepB-Hib3 (%)	40	88	90	95	95
2. proportion de districts atteignant ≥80% de couverture en DTC3	46 (80%)	48 (85%)	51 (90%)	51(90%)	51(90%)
3. Taux de mortalité des enfants de mois de cinq ans (pour 1000)	191 P 1000	ND	ND	64 P / 1000 en 2015	64 P / 1000 en 2015
4. Proportion des hôpitaux et des centres de santé des Districts sélectionnés disposant du personnel de santé qualifié et motivé et présent au moins 10 mois sur 12 au cours du dernier mois écoulé.	2 hôpitaux (20%) 10 centres de santé (10%)	4 hôpitaux (40%) 30 centres de santé (30%)	6 hôpitaux (60%) 50 centres de santé (50%)	8 hôpitaux (80%) 80 centres de santé (80%)	8 hôpitaux (80%) 80 centres de santé (80%)
5. Proportion des hôpitaux et des centres de santé des District Sanitaires sélectionnés ayant moins de 10 jours de rupture de ruptures en dix types de médicaments essentiels au cours du trimestre écoulé.	2 hôpitaux (20%) 10 centres de santé (10%)	4 hôpitaux (40%) 30 centres de santé (30%)	6 hôpitaux (60%) 50 centres de santé (50%)	8 hôpitaux (80%) 80 centres de santé (80%)	8 hôpitaux (80%) 80 centres de santé (80%)
6 Proportion des Districts sélectionnés disposant d'un plan opérationnel, utilisant des outils et des procédures de gestion, réalisant des supervisions de qualité et produisant des rapports d'activités régulièrement.	2 Districts (20%)	6 Districts (60%)	10 Districts (100%)	10 Districts (100%)	10 Districts (100%)
Activités					
1 Proportion des PRA, des hôpitaux et des centres de santé sélectionnés disposant des agents de santé formés sur la gestion des médicaments et des produits médicaux	8 PRA(100%) 10 hôpitaux(100%)	8 PRA, 10 hôpitaux, 100 CS (100%)	8 PRA, 10 hôpitaux, 100 CS (100%)	8 PRA, 10 hôpitaux, 100 CS (100%)	8 PRA, 10 hôpitaux, 100 CS (100%)
2 Proportion des centres de santé et des hôpitaux sélectionnés ayant des agents de santé et des membres des communautés formés sur la PCIME, CPN + et PEV+;	-	7 hôpitaux 70 centres de santé (70%)	10 hôpitaux 100 centres de santé (100%)	10 hôpitaux 100 centres de santé (100%)	10 hôpitaux 100 centres de santé (100%)
3 Proportion des centres de santé sélectionnés ayant organisés des sessions de monitoring ;	-	30 centres de santé (30%)	60 centres de santé (60%)	100 centres de santé (100%)	100 centres de santé (100%)
4. Proportion de centres de santé ayant bénéficié d'au moins 6 visites de supervision au cours de l'année écoulée, pendant lesquelles une liste de contrôle quantifiée a été utilisée.	40 (40%)	60 (60%)	100 (100%)	100 (100%)	100 (100%)
5. Proportion des centres de santé des Districts sélectionnés ayant organisé des séances des stratégies avancées	-	80 (80%)	100 (100%)	100 (100%)	100 (100%)
6. Proportion des centres de santé et des hôpitaux des Districts sélectionnés ayant des agents récompensés sur la base de leurs performances	-	7 hôpitaux 70 centres de santé (70%)	7 hôpitaux 70 centres de santé (70%)	10 hôpitaux 100 centres de santé (100%)	10 hôpitaux 100 centres de santé (100%)

6. Renforcement du système S&E

La collecte des données pour apprécier l'évolution de l'indicateur d'impact relatif à la mortalité infantile sera basée sur l'enquête démographique et de santé du Tchad (EDST) prévue en 2010. La collecte des données pour le suivi des indicateurs de résultats et d'effets relatifs à la mise en œuvre des principales interventions de la proposition sera basée sur les mécanismes existants (DSIS, les supervisions des différents niveaux du système de santé, les monitorages au niveau communautaire). A cet effet, les formations existantes, les Districts Sanitaires (DS), les RSS, les CS, les AS, les HCS, les

7^{ème} partie : dispositifs de mise en oeuvre

7.1: Gestion du soutien RSS de GAVI

Mécanisme de gestion	Description
<p>Nom de la personne responsable / groupe responsable de la gestion de la mise en oeuvre du soutien RSS de GAVI / S&E etc.</p>	<p>Dr OUMAR ADBEL HADI, Directeur de la Planification et Président du Comité technique est responsable de la gestion de la mise en oeuvre et du suivi évaluation de la proposition.</p> <p>La gestion des fonds sera axée sur quatre aspects (i) la programmation des activités, (ii) la gestion financière, (iii) la passation des marches et (iv) le suivi/Evaluation.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La programmation des activités: Le Programme global sera décliné en plans annuels de travail faisant ressortir les activités devant contribuer à l'atteinte des objectifs annuels et partant des objectifs globaux. Les activités sont planifiées sur l'année avec les responsabilités clairement identifiées. A ces activités correspondent des ressources tant humaines, matérielles que financières conformément au canevas de planification du MSP.. 2. La gestion financière: Les ressources financières mises à la disposition du MSP seront gérées selon les procédures du MSP. Cette gestion fera l'objet d'un audit par les services de l'Inspection Générale du MSP et du contrôle d'Etat au besoin. Des audits pourraient être envisagées en cas de nécessité. 3. la passation des marches : Elle se passe selon Les procédures des marches publics du gouvernement garantissant La transparence et L'acquisition des meilleurs produits aux meilleurs prix. Un plan d'acquisition facilite l'exécution des achats afin que les produits soient disponibles en temps voulus. 4. Le suivi/Evaluation Plusieurs outils de suivi/évaluation sont mis en oeuvre par le MSP a travers la Division du Système d'Information Sanitaire à savoir les visites de terrain, les rapports périodiques, les réunions de concertations, les évaluations externes. Toutes les activités sont soumises au système de suivi/évaluation chaque année.
<p>Rôle du CCSS (ou son équivalent) dans la mise en oeuvre du soutien RSS de GAVI et dans le S&E</p>	<p>Le comité de pilotage ou comité de national, est l'organe de décisions pour la mise en oeuvre et le suivi de du soutien RSS GAVI. Il aura la responsabilité d'approuver la proposition et son budget, d'approuver les plans d'action et budget annuel pour la mise en oeuvre de la proposition ainsi que certains gros achats. Le comité de pilotage organise les réunions de suivi trimestriel et les différents revues. Il approuve le recrutement des consultants, leur termes de références.</p>
<p>Mécanisme de coordination du soutien RSS de GAVI avec les autres activités et programmes du système</p>	<p>La coordination du soutien de GAVI sera intégrée aux mécanismes de coordination des interventions avec les partenaires. Les réunions statutaires de coordination et de concertation entre le MSP et les partenaires aux différents niveaux du système de santé seront utilisées pour le suivi et la coordination du soutien de GAVI. Des rapports de visite de terrain, les rapports annuels et les rapports d'évaluation alimenteront les concertations avec les instances de coordination, les partenaires et les intervenants et les populations cibles de la subvention.</p>

7.2: Rôles et responsabilités des partenaires-clés (membres du CCSS et les autres)

Titre / Poste	Organisation	Membre du CCSS oui/non	Rôles et responsabilités de ce partenaire dans la mise en œuvre du soutien RSS de GAVI
Représentant du PNUD au Tchad	Bureau PNUD à N'Djaména	Oui	Coordonner les interventions du système des Nations Unies pour faciliter le suivi du soutien du RSS GAVI
Représentant de l'OMS au Tchad	Bureau OMS à N'Djaména	Oui	Conseiller du Ministre de la Santé Publique, Chef de file des partenaires du Ministère de la Santé, le Représentant de l'OMS facilite la mobilisation des partenaires du MSP pour analyse et l'adoption de la proposition RSS GAVI ainsi que le suivi de la mise en œuvre de cette proposition. L'OMS est aussi le partenaire privilégié pour la mobilisation de l'assistance technique particulièrement pour les études.
Représentant de l'UNICEF au Tchad	Bureau Unicef à N'Djaména	Oui	Principal partenaire du MSP pour la mise en œuvre de la SAASDE et l'approvisionnement en vaccins. Joue un rôle important dans l'adoption de la proposition et appui à la mise en œuvre.
Représentant de la Banque Mondiale au Tchad	Bureau de la Banque Mondiale à N'Djaména	Oui	facilite la mobilisation des partenaires du MSP pour analyse et l'adoption de la proposition RSS GAVI ainsi le suivi de la mise en œuvre cette proposition.
Représentant de la Coopération Française au Tchad et conseiller du Ministre de la Santé Publique	Bureau de l'AFD à N'Djaména	Oui	Important partenaire pour l'appui au RSS dans le cadre du développement des ressources humaines et facilitera l'adoption de la proposition RSS GAVI ainsi le suivi de la mise en œuvre cette proposition.
Représentant de l'EEMET	Bureau de l'EMEET à N'Djaména	Oui	Important partenaire du Ministère de la Santé Publique, participe à l'amélioration de la couverture sanitaire avec d'importantes formations sanitaires. Il facilitera la mise en œuvre du RSS GAVI en complémentarité avec les autres ONG confessionnelles
Représentant du comité Islamique	Bureau à N'Djaména	Oui	Important partenaire du Ministère de la Santé Publique, participe à l'amélioration de la couverture sanitaire avec d'importantes formations sanitaires. Il facilitera la mise en œuvre du RSS GAVI en complémentarité avec les autres ONG confessionnelles
Représentant du CILONG	Bureau à N'Djaména	Oui	Facilitera la mobilisation des ONG impliquées dans l'amélioration des interventions en santé pour l'adoption et la mise en œuvre et le suivi du RSS GAVI.
Représentant de CELIAF	Bureau à N'Djaména	Oui	Facilitera la mobilisation des associations impliquées dans l'amélioration des interventions en santé pour l'adoption et la mise en œuvre et le suivi du RSS GAVI.

Mécanisme procédure /	Description
Mécanisme de transfert des fonds RSS de GAVI au pays	Le Directeur de la Planification, président du comité technique va ouvrir un compte bancaire dans les institutions de la place au nom du comité de pilotage du RSS GAVI. Les fonds Sur la base du plan d'action et des budgets annuels de la proposition, les fonds nécessaires à la mise en œuvre seront virés dans ce compte.
Mécanisme de transfert des fonds RSS de GAVI du niveau central vers la périphérie	Chaque Médecin Chef de District ouvrira un compte bancaire dans le chef lieu de sa DSR. Le Président du Comité procédera à un virement des fonds sur la base des budgets des Districts approuvés par le comité de pilotage. Pour les DSR qui n'ont pas institutions bancaires, des comptes seront ouverts dans les localités les proches au profit de ces Districts ou à N'Djaména.
Mécanisme (et responsabilités) d'utilisation du budget et d'autorisation	<p>Au niveau central le décaissement de fonds du compte principal géré par le Directeur de la Planification sera effectué après trois signatures : Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique, Président du comité de pilotage, le Représentant de l'OMS et le Directeur de la Planification président du comité technique.</p> <p>Au niveau DSR et District, le décaissement de fonds à partir du compte de chaque DSR ou DS ne sera possible qu'à la suite d'au moins 2 signatures impliquant différents acteurs concernés par la mise en œuvre et le suivi du RSS GAVI. Une signature du DSR ou MCD secondée par une autre signature d'un représentant des partenaires.</p> <p>Chaque DSR, chaque MCD et chaque Directeur Technique est responsable de l'emploi des fonds mis à sa disposition sur la base des lignes budgétaires approuvées par le comité de pilotage. Il rendra compte de sa gestion à sa hiérarchie et aux populations organisées en comité de santé. Les rapports financiers trimestriels seront envoyés au comité de pilotage via le Directeur de la Planification. Au niveau central, le comité de pilotage rendra compte de sa gestion périodiquement au parlement.</p>
Mécanisme de déboursement des fonds RSS de GAVI	RSS GAVI procédera par virement des fonds dans le compte du comité de pilotage sur la base des plans d'action approuvés par le comité de pilotage et des budgets soutenant ces plans Ainsi que des rapports financiers des précédents virements. Une requête périodique sur la base des mécanismes de gestion adoptés par le comité de pilotage sera adressée au RSS GAVI.
Procédures d'audit	<p>Des missions de contrôles seront organisées tous les 3 ou 6 mois ou bien au besoin et à la discrétion de l'Inspection Générale du MSP.</p> <p>D'autres contrôles au niveau du Gouvernement seront diligentés au besoin à travers les missions de contrôle d'Etat.</p> <p>Des audits externes pourraient être envisagés au besoin.</p> <p>Les rapports de toutes ces missions de contrôles seront mis à la disposition du comité de pilotage pour faciliter la prise de décision allant dans le sens de rationaliser les ressources mises à la disposition des différents services bénéficiaires du fond RSS</p>

7.3: Gestion financière du soutien RSS de GAVI

7.4 Mécanismes d'achat

Les achats seront effectués suivant les procédures existantes. Deux types d'achat sont prévus : les achats des équipements et les achats des médicaments et consommables médicaux.

Les achats des équipements (véhicules et autres équipements) seront effectués suivant les procédures du Ministère de la Santé Publique.

Les achats des médicaments et consommables médicaux seront faits à travers la Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA). La CPA créée par la loi 33/PR/94 est chargée de l'acquisition et de distribution des médicaments, du matériel technique et des consommables pour le secteur de la santé. La CPA dispose du statut d'établissement public autonome (Loi n° 33/PR/94 du 22 octobre 1994 et le Décret n° 10/PR/MSP/95, annexe 15). Cette structure est opérationnelle depuis décembre 1996. Elle assure une bonne coordination et une meilleure gestion de l'approvisionnement des médicaments essentiels dans le secteur public et le secteur privé à but non lucratif.

7.5: Dispositifs d'établissement des comptes-rendus

Pour assurer la planification des interventions, la mise en œuvre et le suivi des progrès réalisés et l'utilisation des ressources mobilisées dans le cadre du RSS GAVI, la mise en place d'un mécanisme efficace et basé sur des dispositifs existants s'avère nécessaire.

Ce mécanisme permettra en premier lieu à s'assurer de la pertinence et de la cohérence des interventions retenues dans les plans d'action. Il doit aussi faciliter la mobilisation et l'affectation de ces ressources pour la mise en œuvre et surtout de l'emploi judicieux de ces ressources et des progrès réalisés suite au développement des interventions mises en œuvre.

Ce mécanisme comprend des dispositifs pour le suivi de la mise en œuvre et de l'utilisation des fonds à différents niveaux du système de santé. Ce dispositif renforce le mécanisme existant et implique les acteurs concernés par le secteur de la santé par souci de transparence et de complémentarité des interventions. À ce titre, les partenaires extérieurs du Ministère de la Santé, la société civile et les ONG y sont représentés.

Les dispositifs comprennent : (i) un comité de gestion; (ii) un comité technique chargé d'élaborer le plan national de renforcement du système de santé ; et (iii) un comité national de coordination et d'appui au renforcement du système de santé .

Le comité de gestion (CG) est une structure qui sera mise en place aux différents niveaux du système de santé par le Ministère de la Santé Publique pour assurer la gestion des interventions et des ressources du RSS GAVI.

Au niveau District, le CG sera présidé par le Médecin Chef de District qui sera secondé par un représentant d'un partenaire du MSP. Les autres intervenants dans le Districts seront membres du comité de gestion.

Au niveau DSR, le CG sera présidé par le Délégué Régional Sanitaire et la vice présidence sera assurée par le représentant d'un partenaire du MSP. Les autres intervenants dans le Délégation seront membres de

7.6: Besoins en assistance technique

Activités nécessitant une assistance technique	Durée envisagée	Date envisagée (année, trimestre)	Provenance envisagée (locale, partenaire etc.)
1. Réviser les mécanismes de collecte des données du SIS	30 jours	3 ^{ème} trimestre 2008	international
2. Réaliser une étude sur le suivi des principaux indicateurs au niveau communautaire à travers le monitoring et l'organisation et le fonctionnement des comités de santé	45 jours	2 ^{ème} trimestre 2008	International et local
3. Réaliser une étude pour faciliter la mise en œuvre des conclusions des études antérieures sur les stratégies de redéploiement, de rétention et de motivation du personnel de santé	45 jours	4 ^{ème} trimestre 2008	International et local
4. Evaluer le fonctionnement des 150 centres de santé et assurer un accompagnement aux centres de santé peu performants	45 jours	4 ^{ème} trimestre 2011	Local
5. Réaliser une enquête rapide pour disposer des données de base sur certains indicateurs liés aux ressources humaines, aux supervisions et aux ruptures des médicaments.	30 jours	2 ^{ème} trimestre 2008	Local

l'Etat et des autres partenaires

	Montant en \$ US alloué par an			Total alloué en \$ US
	2009	2010	2011	
Sanitaires un personnel de santé disponible, formé et	-	-	-	-
	245,400	184,050	-	19,160
	252,000	108,000	-	613,500
	39,331	61,806	61,806	360,000
	2,200	2,200	2,200	228,450
	-	-	-	11,000
	-	-	-	1,000
538,931	356,056	64,006	64,006	1,233,110
ts essentiels génériques et des produits médicaux dans				
	-	-	-	-
	16,320	-	-	1,025
	181,700	181,700	181,700	21,760
	160,000	-	40,000	908,500
	120,000	-	-	200,000
	-	-	10,400	200,000
	-	-	-	16,000
478,020	181,700	232,100	187,300	1,347,285
ts niveaux du système de santé ;				
	-	-	-	-
	11,042	-	-	14,000
	-	-	-	22,084
	45,000	-	-	25,750
	-	-	-	82,500
	-	-	-	2,000
	50,500	50,500	50,500	212,063
	430,250	430,250	430,250	1,725,350
	-	-	-	2,000
536,792	480,750	480,750	480,750	2,085,747
44,000	51,000	44,000	51,000	312,000
44,000	51,000	44,000	51,000	312,000
1,597,743	1,069,506	820,856	783,056	4,978,142

8.2 Calcul de l'allocation RSS de GAVI aux pays

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
POP	9564400	9 860 896	10 166 584	10 481 748	10 806 682	11 141 690	11 487 082	
0-11 mos	344 318	354 992	365 997	377 343	389 041	401 101	413 535	
Naissances attendues	392 140	404 297	416 830	429 752	443 074	456 809	470 970	
Mortalité infantile	39 998	41 238	42 517	43 835	45 194	46 595	48 039	
nourrissons survivants	352 142	363 058	374 313	385 917	397 880	410 215	422 931	
allocation / nourrisson	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	
allocation annuelle	-	-	935 783	964 793	994 701	1 025 537	1 057 328	4 978 142

8.3: Provenance de tous les financements prévus pour les activités de renforcement des systèmes de san

Sources de financement	Domaines d'intervention								2010	2011	2012	Montant total par partenaire	
ETAT	A tous les niveaux du système de santé Salaires, fonctionnement, approvisionnement en médicament produits médicaux et matériel médico technique, réhabilitation et construction et entretien d'infrastructures, logistique								73 663 999	73 663 999	94 851 262	94 011 057	544 829 662
GAVI	Niveau central mais 10 Districts en priorité: approvisionnement en médicament et matériel médico technique, formation continue, primes de performance, équipement (véhicules et motos), supervision, suivi et évaluation, renforcement de l'organisation et de la gestion, appui à la participation communautaire								704 580	1 598 343	1 070 106	821 456	4 978 141
UNICEF	Niveau central, 18 Districts en priorité: approvisionnement en médicament et matériel médico technique, formation continue, équipement (véhicules et motos informatique), supervision, suivi et évaluation, renforcement de l'organisation et de la gestion, appui à la participation communautaire								4 129 000	4 129 000	4 129 000		16 516 000
AFD	Niveau central (Divisions de la formation et gestion du personnel) et les écoles de formation et 1 DSR Formation initiale et continue supervision, primes de performance, prestation des services en santé maternelle et infantiles, équipements (véhicules, motos, informatique)								2 400 000	2 400 000	2 400 000	2 400 000	12 000 000
OMS, COOP. SUISSE/BASE, BELACD	Niveau central, DSR et District: formation initiale et continue, surveillance épidémiologique, participation communautaire, équipements, approvisionnements en médicaments, supervision, suivi et évaluation								3 540 000	3 540 000	50 000	50 000	10 770 000
UE	Niveau central et 6 DSR et District: formation initiale et continue, équipements, approvisionnements en médicaments, supervision, suivi et évaluation								1 500 000				2 500 000
AMRH	Niveau central, DSR et Districts/ Formation initiale								40 000	40 000	40 000	40 000	200 000
TOTAL									82 832 999	85 477 579	102 540 368	97 322 513	591 793 803

Source des informations sur la provenance des financements :

- **GAVI:** *Allocation RSS de GAVI sur la base de RNB > 365 USD par habitant, soit 2,5 \$ US par nouveau-né par an pour une cohorte de naissance.*
- **Gouvernement :** *budget général de l'Etat et prévision budgétaire (annexe 19)*
- **UNICEF:** *Programme de Coopération Tchad –Unicef, 2006-2010 (annexe 20)*

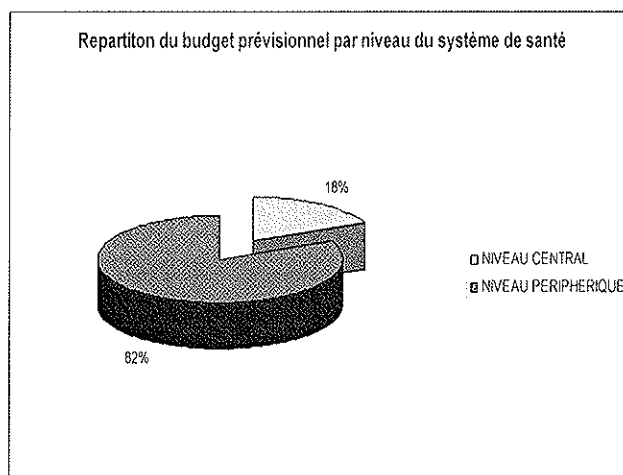
Projet d'appui à la DSR de Wadi Fira, (annexe 21)

- Biennium Tchad OMS 2008-2009, (annexe 22)

- UNION EUROPEENE : Projet Santé 8^{ème} FED (annexe 23)

Répartition du budget par niveau du système de santé

Repartiton du budget prévisionnel par niveau du système de santé	MONTANT	%
NIVEAU CENTRAL	910,985	18
NIVEAU PERIPHERIQUE	4,067,157	82
TOTAL	4,978,142	100



Repartiton du budget par catégorie des coûts

Documents d'appui à la proposition pour un soutien RSS de GAVI

Documents remis avec la proposition	Disponible (Oui/Non)	Durée	Pièces jointes numéro
Arrêté portant création du comité technique Arrêté portant création du Comité national de Coordination et d'Appui au Renforcement du Système de Santé	Oui	2007	annexe 1,2
Comptes rendus des réunions du comité technique (processus d'élaboration de la proposition et sa validation) et du Comité national de Coordination et d'Appui au Renforcement du Système de Santé (réunion d'adoption)	Oui	2007	annexe 3
Plan d'urgence du MSP	OUI	2007-2008	annexe 4
Compte rendu de la réunion du comité technique de validation	Oui	2007	annexe 5
Compte-rendu de la réunion d'adoption de la proposition par le Comité national de Coordination et d'Appui au Renforcement du Système de Santé du signé par son Président	Oui	2007	annexe 6
Rapport sur les soins obstétricaux d'urgence	OUI	2002	annexe 7
Document de Politique Nationale de Santé du Tchad	Oui	2007-2015	annexe 8a
Bilan de la Politique Nationale de Santé, 1999 -2006	OUI	1999-2006	annexe 8b
Rapport sur la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté au Tchad	Oui	2008-2011	Annexe 9
TDR du processus d'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire	Oui	2007	annexe 10
Feuille de Route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale	Oui	2007	annexe 11
Annuaire des Statistiques du MSP 2006	Oui	2006	Annexe 12
PPAC 2008-2012	Oui	2008-2012	annexe 13
Rapport d'évaluation de la Stratégie d'Africaine d'Accélération pour la Survie et le Développement de l'Enfant (SAASDE)	Oui	2005	annexe 14
Rapport de préféabilité de l'Approche Sectorielle dans le domaine de la santé	Oui	2006	annexe 15
Rapport d'évaluation de l'opérationnalité des Districts Sanitaires au Tchad	Oui	2002	annexe 16
Arrêté portant organigramme du MSP	OUI	2007	annexe 17
Budget détaillé	OUI	2007	Annexe 18
<i>Budget général de l'Etat et prévision budgétaire</i>	OUI	2008	Annexe 19
<i>Programme de Coopération Tchad –Unicef, 2006-2010</i>	OUI	2006	Annexe 20
<i>Projet d'appui à la DSR de Wadi Fira,</i>	OUI	2007	Annexe 21
<i>Biennium Tchad –OMS 2008-2009=</i>	OUI	2008	Annexe 22
<i>Projet Santé 8^{ème} FED</i>	OUI	2006	Annexe 23

Formulaire 2007 pour un soutien RSS de GAVI

9.1: Adhésion du gouvernement

Le gouvernement du Tchad s'engage à fournir des services de vaccination et d'autres services de santé de la mère et de l'enfant sur une base durable. L'efficacité du renforcement des systèmes de santé sera passée en revue chaque année par le biais d'un système de suivi transparent. Le gouvernement demande aux partenaires de financement de l'Alliance GAVI d'apporter une aide financière pour soutenir le renforcement des systèmes de santé tel qu'il a été présenté dans cette proposition.

Ministère de la santé :

Nom :
Professeur AVOCKSOUMA DJONA
ATCHENEMOU

Titre / Poste:
Ministre de la Santé Publique

Signature :

Date : 01/10/07

Ministère des finances :

Nom :
Mr. ABAKAR MALLAH MOURCHA

Titre / Poste:
Ministre Secrétaire d'Etat Charge du Budget

Signature :

Date :

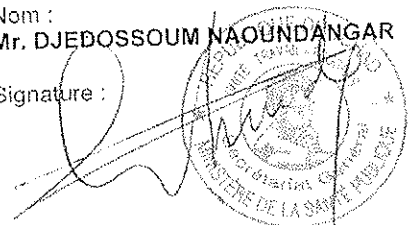
9.2: Adhésion du Comité national de Coordination et d'Appui au Renforcement du Système de Santé (CNCARSS)

Les membres du Comité national de Coordination et d'Appui au Renforcement du Système de Santé (CNCARSS) ont adhéré à cette proposition à l'occasion d'une réunion qui s'est tenue le 27 Septembre 2007 à N'Djaména. Le compte-rendu de cette réunion signé est joint en annexe 1.

Président du CNCARSS

Nom :
Mr. DJEDOSSOUM NAOUNDANGAR

Signature :

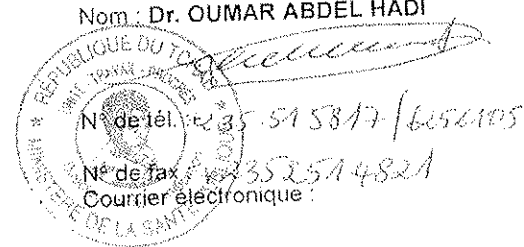


Poste / Organisation :
Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique

Date : 01/10/07

9.3: Personne à contacter pour tous renseignements :

Nom : **Dr. OUMAR ABDEL HADI**



N° de tél. : 35 51 58 17 / 65 21 05

N° de fax : 35 25 44 82 1

Courrier électronique :

Titre : **Directeur de la Planification, Président du Comité Technique du soutien RSS GAVI**

Adresse : **B.P 440**